

# Fonction gestion des risques dans les établissements de santé. Evaluation du programme qualité et gestion des risques dans le cadre de la V2010

***Dr Marie-Laure Pibarot et Diane Martinez***

***Direction de la Politique Médicale***

***Département Qualité, Sécurité des Soins***

***Coordination sécurité des patients***

# Fonction gestion des risques : Une réflexion récente

- 2004 : Circulaire n° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en œuvre d'un programme de GdR dans les ES



Paris le 14 avril 2004

Le Ministre de la santé, de la famille  
et des personnes handicapées

à

Mesdames et Messieurs les Directeurs des  
agences régionales de l'hospitalisation  
*(pour mise en oeuvre)*

Mesdames et Messieurs les Préfets de  
régions  
Directions régionales des affaires sanitaires  
et sociales *(pour information)*

Mesdames et Messieurs les Préfets de  
départements  
Direction départementales des affaires  
sanitaires et sociales *(pour diffusion)*

Mesdames et Messieurs les Directeurs des  
établissements de santé  
*(pour mise en oeuvre)*

Circulaire DHOS/E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé

**Résumé :**  
Chaque établissement de santé développe un programme de gestion globale et coordonnée des risques. Ce programme comporte les objectifs à atteindre et les actions à mener en matière de prévention et de maîtrise des risques, de sensibilisation, d'information, de formation et d'évaluation du programme.

**Mots-clés :**  
évaluation, programme de gestion des risques, management des risques, gestionnaire de risques, hiérarchisation des risques, formation et sensibilisation.

**Texte de référence :** Art L.6113-2, Art L.6113-3 et art L.6114-3 du CSP

**Gestion globale des risques focus : sur**  
**Risques cliniques, techniques et environnemental sécurité dès lors qu'ils mettent en jeu la sécurité des patients et des personnels et la continuité des soins**

**Pilotage**

**Un gestionnaire de  
risque**  
**Mobilisation des  
compétences**

**Un programme**  
**Écrit, validé, évalué**  
**Projet ES / CPOM**  
**Rapport**

# Circulaire GdR 2004 - Evaluation



Bilan de la mise en œuvre du programme de gestion des risques  
dans les établissements de santé  
depuis la diffusion de la circulaire DHOS E2 / E4 n°176 du 29 mars 2004  
relative à la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques  
en établissement de santé

Etude commandée par le Ministère de la santé et des sports

Rapport du diagnostic établi  
suite à l'analyse des résultats de l'enquête nationale sur la gestion des risques

Pour la  
DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE  
L'ORGANISATION DES SOINS (DHOS)  
Bureau qualité et sécurité des soins en établissement de santé (E2)

Septembre 2009

**1574 établissements  
de santé  
(données déclaratives)**

Septembre 2009

# Circulaire GdR 2004 – Evaluation

## ■ 90% ont un gestionnaire de risque

<0,5 ETP

Recrutement interne : 56%

Poste < 4 ans : 58%

GdR + qualité : 71%

Compétences

- expérience d'encadrement et missions transversales (1535 et 1404 citations).
- expérience fonction en lien avec les vigilances sanitaires ( 624 fois)
- formation diplômante en qualité ( 754 fois)
- Formation diplômante en en gestion des risques (508 fois).

## ■ 76% ont constitué une équipe GdR

< un ETP dans 58% + autre fonction (certification..)

*2009 – DEDALE : 1574 établissements de santé (données déclaratives)*

# Circulaire GdR 2004 – Evaluation

## ■ 99% ont un système de signalement

- La moitié ont une méthodologie d'analyse des causes des EIG

## ■ 52% ont un programme de gestion des risques

## ■ 36% ont une gdr structurée

- Comité de pilotage, équipe transverse, référents services/pôles

## ■ 26% ont une stratégie formelle

- Objectifs validés par les instances
- Démarche inscrite dans le plan d'établissement
- Formalisation en plan d'action, inscription CPOM

1 -

**2009 – DEDALE : 1574 établissements de santé (données déclaratives)**

# Facteurs de réussite, Freins et Leviers

## REUSSITE

- Motivation et participation des personnels
- Implication et engagement de la direction

## FREINS

- Turn over, manque de ressources humaines
- Pbs économiques
- Culture de sécurité
- Manque de formation & compétence

## LEVIERS (ES)

- Accréditation / certification
- nouvelles réglementations, circulaires...
- Acte volontariste de l'ES
- .....
- Évolutions assurancielles / contentieux ( 8<sup>ème</sup> / 9<sup>ème</sup>)

# Loi HPST et ses décrets

## ■ Le président de la CME (art D. 6143-37 du CSP)

□ est chargé, conjointement avec le directeur de l'établissement, de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

□ est chargé du suivi de cette politique.

- Il peut organiser des évaluations internes à cette fin. Il veille à la mise en œuvre des mesures de la Q et de la sécurité de la patiente et de la patient. Il informe les autorités de tutelle et le directeur de l'établissement.

□ présente au directeur de l'établissement par la CME (à l'exception de la CME de l'établissement) le projet médical.

□ élabore avec le directeur et en conformité avec le CPOM, le projet médical.

- Il en assure le suivi de la mise en œuvre et en dresse le bilan annuel. Le projet médical comprend notamment les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.... (art D 6143-37-1)

Décret gestion des risques  
et circulaire  
(à paraître)



**Critère 8.b** Fonction "gestion des risques"



La gestion des risques en établissement de santé est une démarche collective, animée, coordonnée, mise en œuvre et évaluée. Cette démarche est étroitement liée et est coordonnée à la démarche qualité. La transversalité de la fonction gestion des risques permet de mobiliser toutes les compétences utiles et de fédérer les acteurs autour des objectifs du programme ; cette fonction peut être mutualisée entre plusieurs établissements (circulaire DHOS/E2/E4 N° 176 du 29 mars 2004).

La fonction gestion des risques peut être confiée, en fonction de la taille de l'établissement, à un gestionnaire de risque à temps partiel ou à temps plein, une personne désignée par l'établissement ou un groupe interne (cellule qualité et gestion des risques, par exemple) avec un responsable désigné.

**E1** | Prévoir

Une fonction "gestion des risques" est définie dans l'établissement.

**E2** | Mettre en œuvre

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles autour des objectifs du programme de gestion des risques.

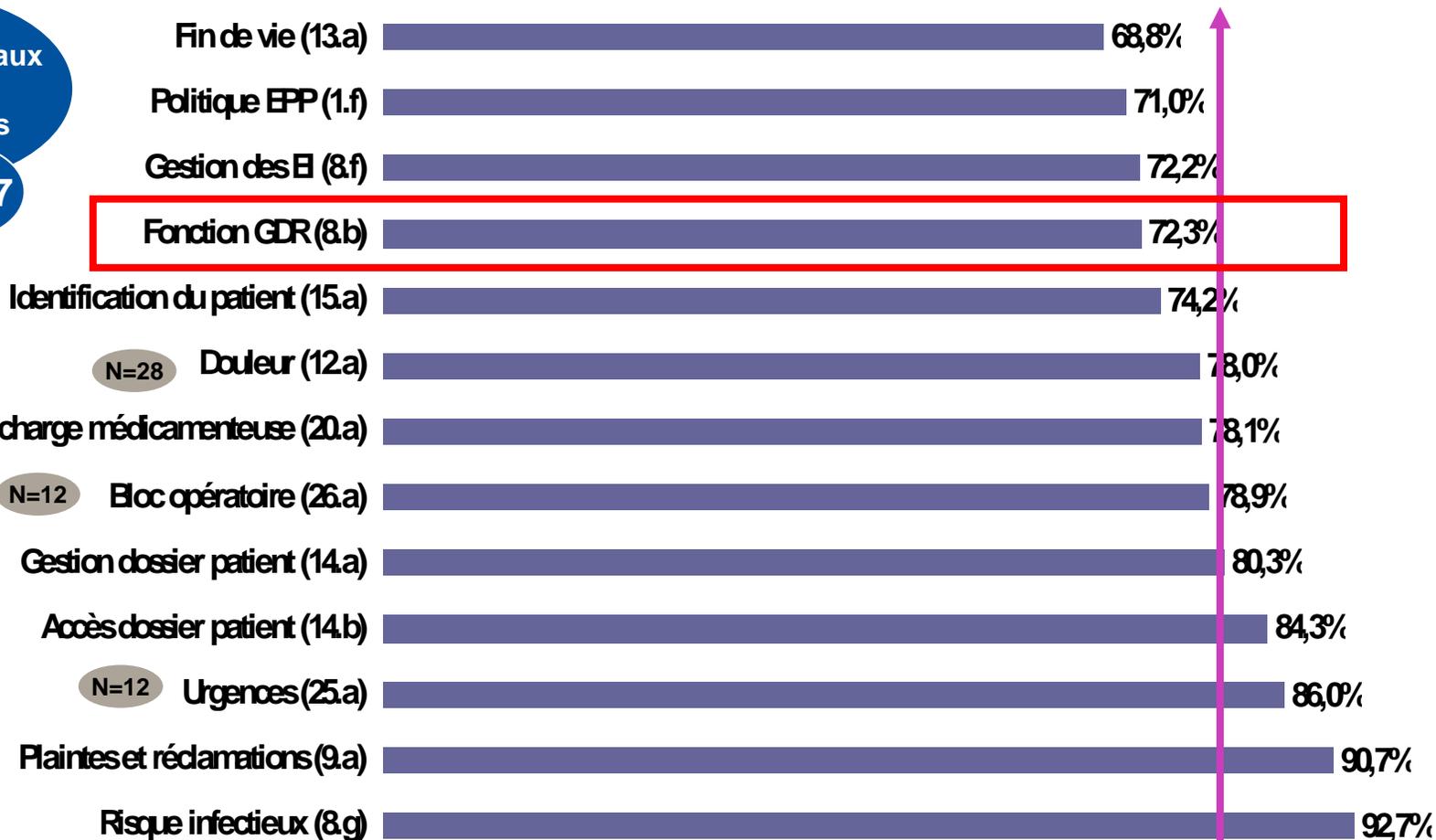
**E3** | Évaluer et améliorer

Les conditions d'exercice de la fonction gestion des risques sont évaluées.

# ENQUETE PEP AP 2009 – Bilan au 26 novembre 2009

Score moyen par PEP (tout type de prise en charge)

Nombre d'hôpitaux concernés et répondants  
**N = 27**



80%

# ENQUETE PEP AP 2009 – Bilan au 26 novembre 2009

## Score moyen par PEP : MCO et SSR/HAD

Nombre d'hôpitaux concernés et répondants  
**N = 27**

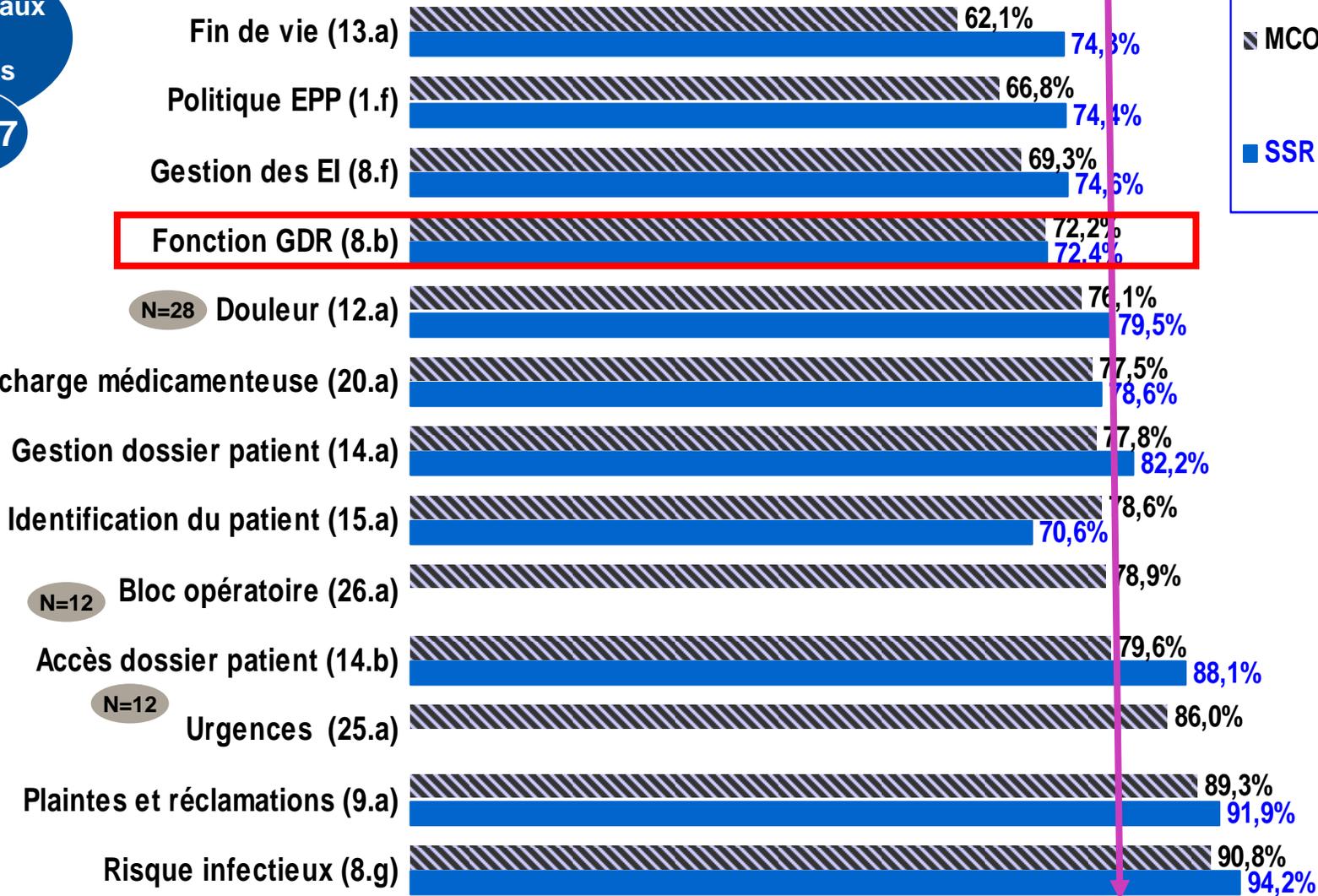
N=25

N=28

N=12

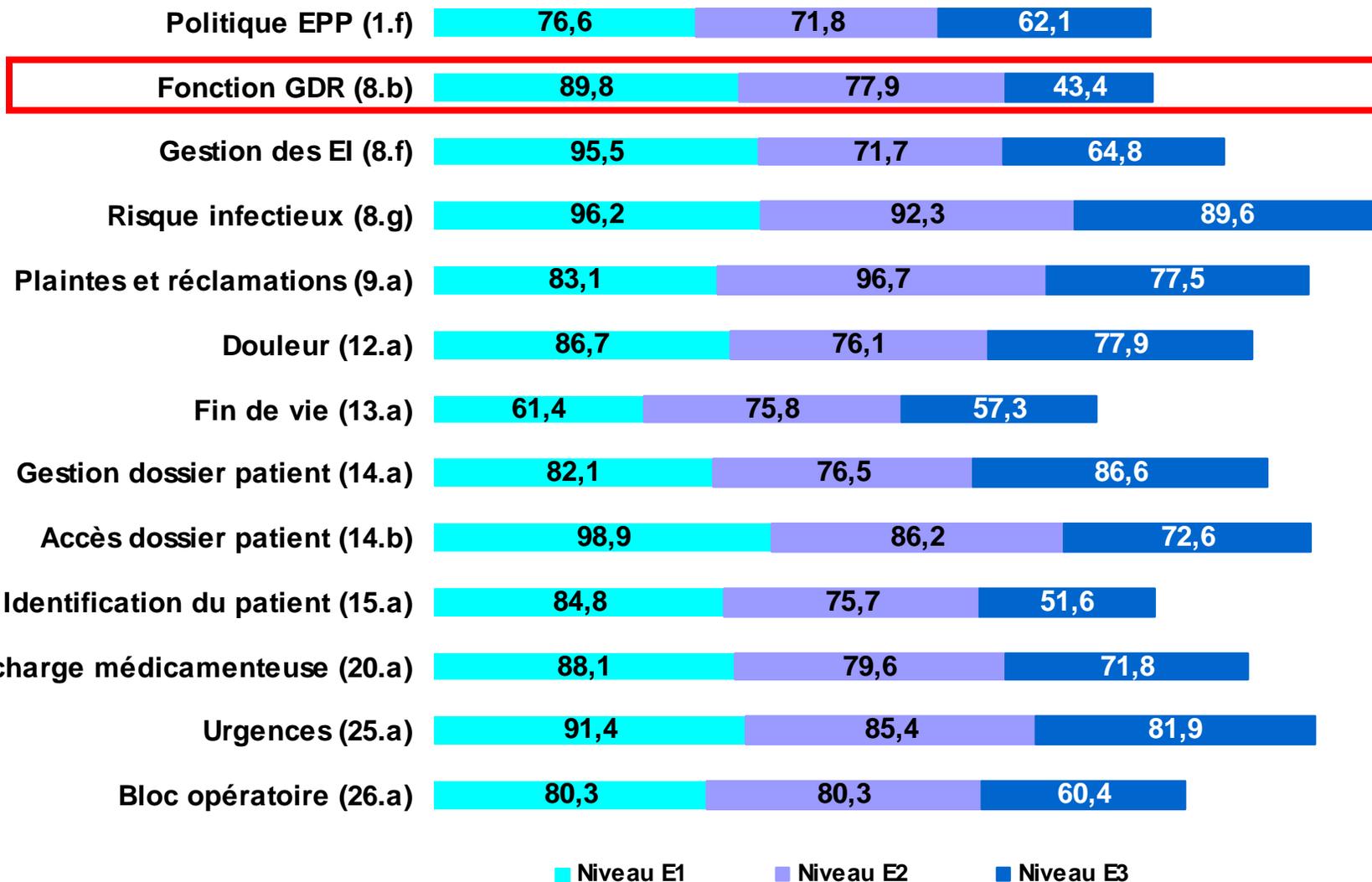
N=12

■ MCO  
 ■ SSR



80%

# Enquête sur les pratiques exigibles prioritaires



# Fonction(s) gestion des risques à l'AP-HP (siège)

## ■ Fonctions spécialisées

- intégrées aux directions fonctionnelles

## ■ Equipes formées pluriprofessionnelles

## ■ Fiche de mission

## ■ Travail en réseau avec les référents des hôpitaux

## ■ Programme

- Déclinaison et adaptation des programmes nationaux, obligations réglementaires & analyse de risques (REX ou analyse a priori)

## ■ Coordination

- Instances : commissions qualité/sécurité des soins et COPIL Q-GdR (DG)
- Groupes de travail thématiques

**Risque technique**  
**Risque professionnel**  
**Sécurité anti-malveillance**  
**Sécurité informatique**  
**Risques associés aux soins**

# FOCUS fonction GdR associée aux soins(siège)

## ■ Médicalisée, formée et pluriprofessionnelle

- 1 Médecin
- 1 Chargé de mission, ingénieur

## ■ Même département / direction

- Vigilants / EOH
- Equipe Certification, qualité, EPP
- Directeur chargé des crises sanitaires

## ■ Liens étroits

- DCSI et CME (commissions qualité/sécurité et groupes de travail)
- DG et COPIL Q-GdR en charge de la coordination
- DAJDP pour les plaintes/ réclamations et EIG

# Fonction gestion des risques à l'AP-HP (sites/GH)

37 sites



12 Groupes hospitaliers

- **Un gestionnaire de risque, au sein des directions Qualité / GdR\***

- Médicalisation inconstante
- Formation variable
- Statut souvent précaire

- **Travaille en lien avec qualité et référents risques / domaine**

- **Périmètre hétérogène**

- Risques professionnels
- Risques exceptionnels

- **Un gestionnaire de risque, au sein des directions qualité/ GdR/ usagers**

- > compétences
- > Médicalisation
- Pérennisation

- **Fiche de mission en cours d'élaboration**

- À ajuster avec le décret GdR

\* *Suivi régulier des équipes Q-GdR*

# Plan stratégique 2010-2014 : Tableau de suivi de la politique Q-GdR-U

Objectifs prioritaires	Cible(s)	Éléments de suivi	Priorité
<b>Axe 1 : Mettre en œuvre un management de la qualité et de la gestion des risques centré patient</b>			
1. Promouvoir un management dynamique de la qualité centré le patient	Mettre en place les <b>organisations QGRU compétentes, lisibles et médicalisées</b> impliquant les usagers, en rapport avec les objectifs, dans chaque GH et hôpital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organigramme hiérarchique et fonctionnel « qualité – gestion des risques – relations avec les usagers »*</li> <li>- Effectifs et qualification des personnels « G - GdR – RU »</li> <li>- Fiches de poste</li> </ul>	1
	<b>Identifier formellement une fonction gestion des risques</b> par GH et hôpital (PEP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Professionnel qualifié « gestion des risques » clairement identifié dans chaque hôpital</li> <li>- Fiche de poste formalisée</li> </ul>	1
	Associer les usagers	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Description des modalités d'association des usagers</li> </ul>	1



**Critère 8.a** Programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins rassemble les plans d'actions à mettre en œuvre en application de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Il est élaboré à partir des priorités d'amélioration de la qualité identifiées dans la politique d'établissement, de l'analyse des retours d'information concernant l'activité, en particulier concernant la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques qui ont été identifiés comme majeurs et récurrents (cf. 8d, 8f).

Il peut inclure :

- ⊗ des plans d'actions institutionnels sur des thèmes transversaux à mettre en œuvre dans tous les secteurs d'activité concernés ;

- ⊗ des plans d'actions spécifiques définis et mis en œuvre dans certains secteurs d'activité.

Pour l'ensemble des plans composant ce programme, un ou des pilote(s) sont nommés et un délai de réalisation est fixé. Ces plans font l'objet d'un suivi au niveau des secteurs d'activité et d'une intégration au niveau de l'établissement afin de mutualiser les expériences et d'assurer un pilotage global.

L'accréditation des médecins et des équipes médicales pour les activités concernées par le Décret 2006-909 (Art. D. 4135-2) est prise en compte.

**E1** | Prévoir

Un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est formalisé.

Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents.

Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.

Le programme est soumis aux instances.

**E2** | Mettre en œuvre

Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.

**E3** | Évaluer et améliorer

Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.

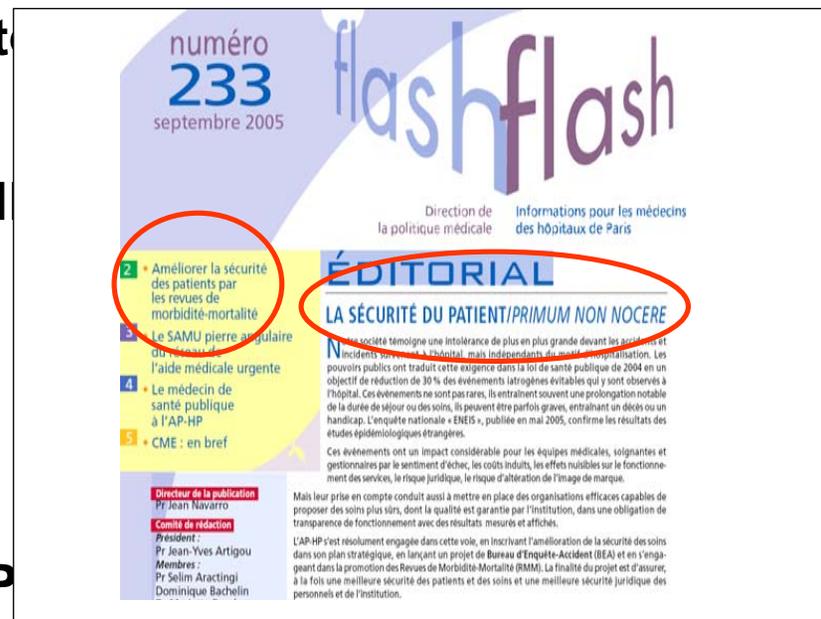
Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.

# Plan stratégique 2005-2009 : ligne directrice 8

- 1 – Lutte contre les IN
- 2 – Préparation aux grandes pandémies de grippe
- 3 – Prévention des risques liés aux activités médicales et de soins
- 4 – Gestion des risques liés aux installations, équipements et processus techniques
- 5 – Mise en conformité du patrimoine et de l'organisation aux règlements sanitaires et techniques (réanimation)
- 6 – Amélioration de la sécurité des professionnels

# Projet RMM : Revues de morbi-mortalité

- 2005 – Plan stratégique
- 2006 – Engagement de la communauté médicale
  - Les services « à risque » font des RMM
  - Colloque RMM/ président de la CME
  - Guide RMM et charte AP-HP
- 2007- 2008 : Formations, quiz
- 2009 : Enquête sur les RMM à l'AP-HP

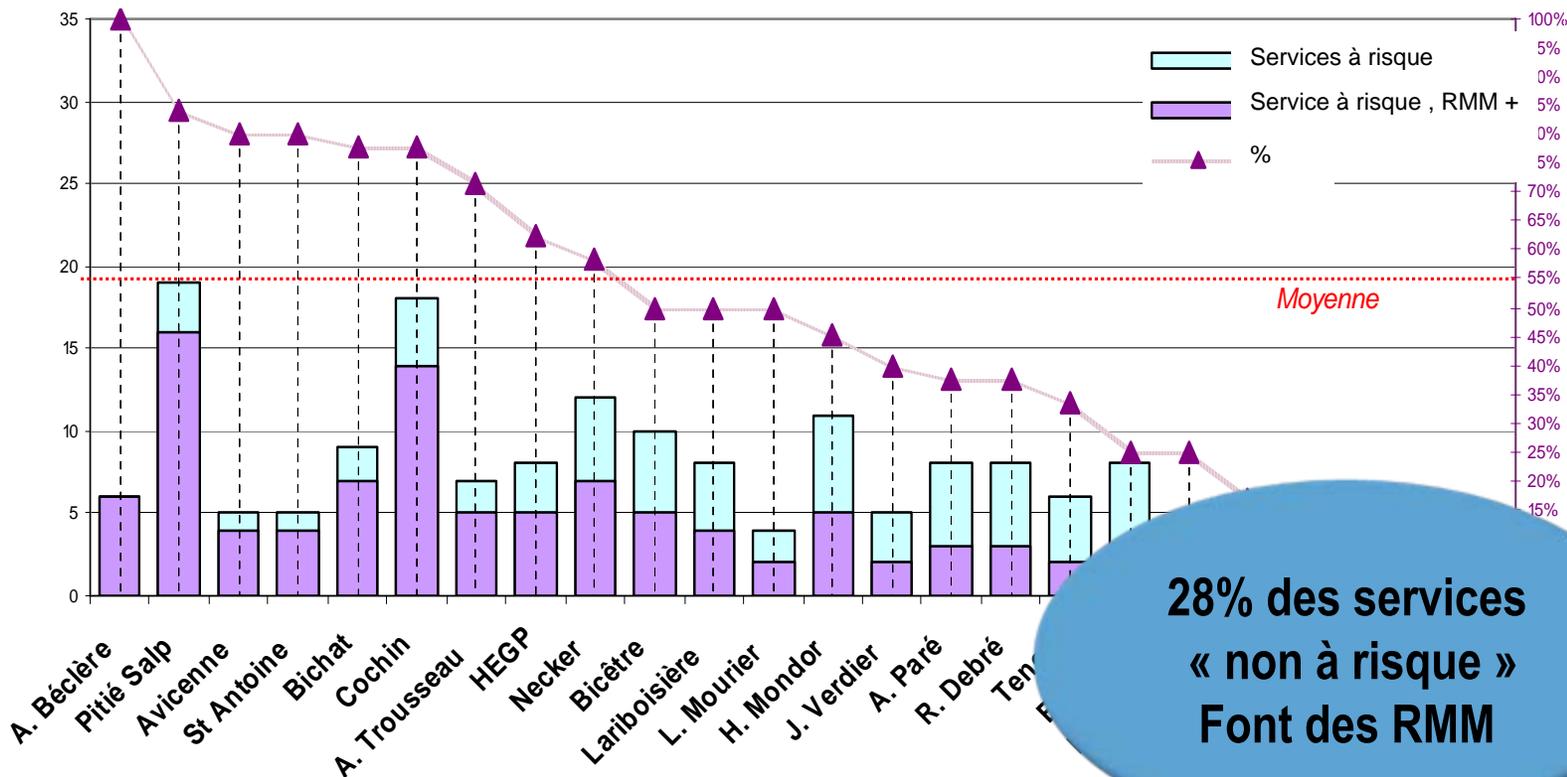


It's a long way ....

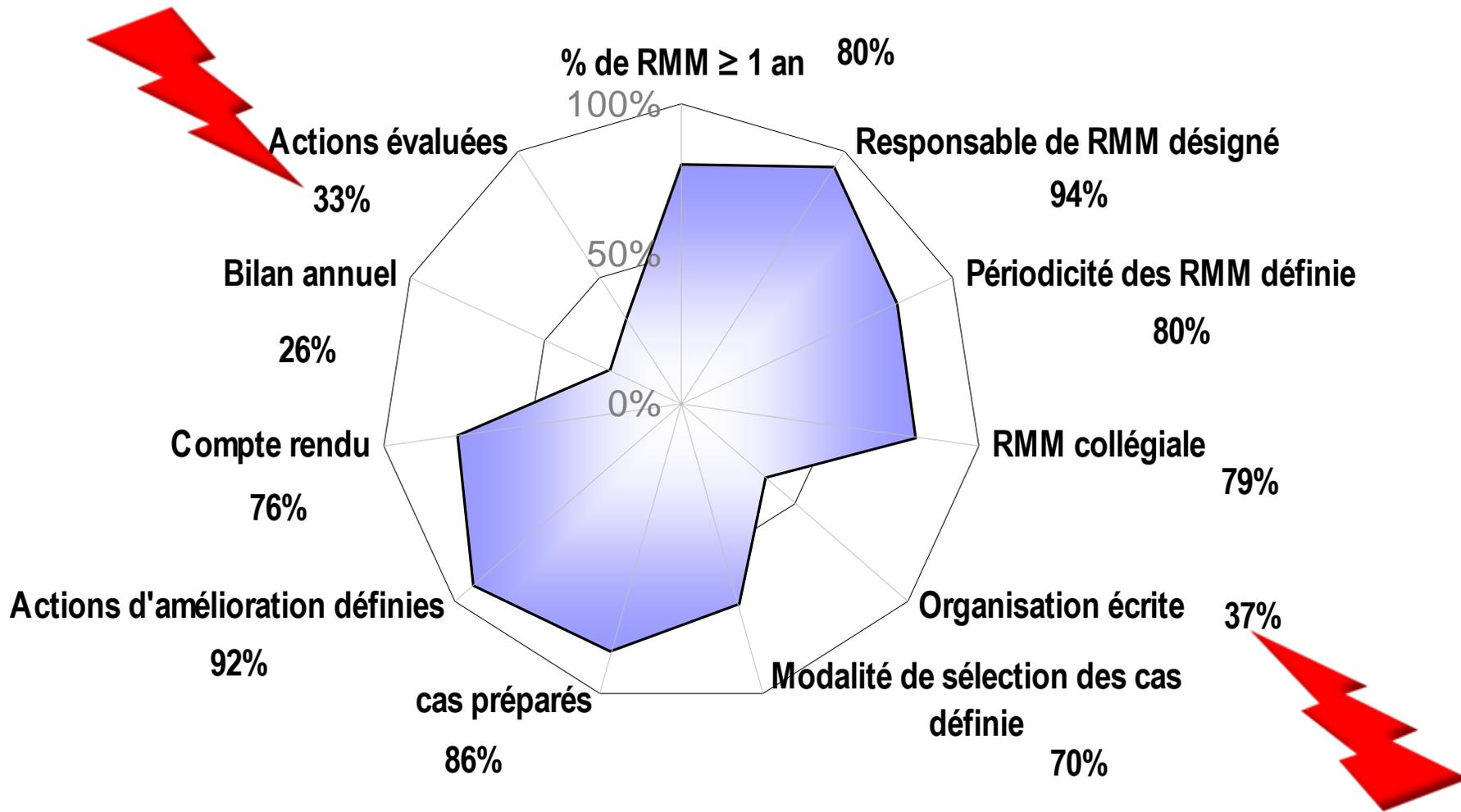
# Enquête RMM à l'AP-HP

**En 2008, 55% des 180 services « à risque » de l'AP-HP font des RMM**

**Grande variabilité, selon les hôpitaux**  
**RMM Services à risques : total AP-HP**



# RMM : modalités



# RMM = Engagement des hôpitaux

- Engagement des hôpitaux : résultats globaux

	AP-HP	MCO	SSR/SLD	HAD
Nombre d'hôpitaux	38	23	14	1
Nombre de pôles	174	139	31	4
Plan stratégique	76%	83%	64%	1
Référent RMM	73%	78%	64%	1
% de pôles ayant inscrit les RMM dans leurs contrats	44%	40%	55%	4/4
Bilan CQSS	55%	61%	43%	1

- Lien entre l'engagement des hôpitaux et les taux de RMM
  - Les établissements ayant mis en place une politique de promotion des RMM ont plus de RMM ( $p < 0,03$ ).
  - Toutes les RMM « EPP ou organisées » sont réalisées dans des hôpitaux ayant développé au moins 1 axe d'engagement ( $p < 0,01$ )

# RMM – la décision de la CME\* (sept 09)

- Cible 100% dans les services « à risque »
- Développement des RMM dans les « autres » services : oncologie, radiothérapie et les SAU
- Inscrire les RMM dans tous les contrats de pôle et les projets impliquant les services ciblés

# Fonction gestion des risques et programme

## ■ Liens indissociables entre

- Fonction gestion des risques (PEP)
- Programme
- Politique

## ■ Difficultés dans évaluation

- Efficacité du programme GdR
  - Process
  - Résultats

# Fonction gestion des risques

## ■ Dimension technique et dimension managériale

- loi HPST / rôle du président de la CME et du directeur

## ■ Périmètre

- Focus sur « risques associés aux soins +++
- Définition plus large que la iatrogénie
- Gestion et formalisation des interfaces avec les autres risques +

## ■ Ecart importants entre préconisations et réalité

- Futur décret gdr et circulaire d'application devront prendre en compte les constats de l'évaluation de 2009 (ressources, compétence, culture de sécurité, leadership...)