



Vision de la gestion des risques par un hygiéniste



Joseph HAJJAR
Service d'hygiène et d'épidémiologie



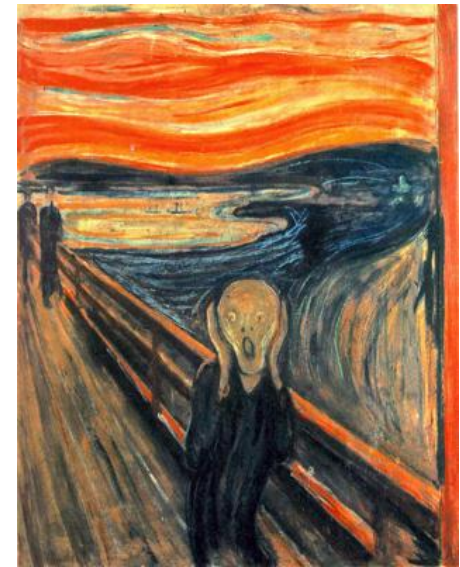
Quelques semaines auparavant



- **Orateur (de bonne foi...)**
 - J'avais mal lu la demande
- **Présidente du CS (maintenant sa pression...)**
 - Tu ne peux pas reculer, le programme est diffusé
- **O**
 - Et si je parlais plutôt de notre métier...
- **P**
 - Impossible, c'est déjà confié à une autre...



Nota bene



- Vécu et opinion personnelle
- Aucune preuve scientifique
- *...mais a-t-on besoin d'études prouvant l'intérêt du parachute pour prévenir un traumatisme majeur (voire le décès) lors d'un saut...*

BMJ helping doctors make better decisions

Search | Latest content

BMJ. 2003 December 20; 327(7429): 1459-1461.

PMCID: P

doi: [10.1136/bmj.327.7429.1459](https://doi.org/10.1136/bmj.327.7429.1459)

Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials

[Gordon C S Smith](#), professor¹ and [Jill P Pell](#), consultant²

La gestion des risques en santé, une nécessité

- **Scandales sanitaires**
- **Evènements indésirables en établissement de soins**

L'enthousiasme

Les premiers pas de la gestion des risques (1988 – 2000)

- **Lutte contre les IN - PRECURSEURS !**
- **Vigilances et leur coordination**
 - Hémo, Pharmaco, Matéριο,...
- **Sécurités sanitaires**
 - **Obligations réglementaires**
 - Loi de sécurité sanitaire
 - Guide de sécurité sanitaire en ES
 - **Suivi des contrôles**
 - V1 accréditation ANAES (et référentiels QPR, VST, SPI)

Puis les années de structuration de la démarche (2000-2010)

- **Et les premières cascades de textes**
 - Principes méthodologique pour la GDR en ES
 - Recommandations de mise en place d'une GDR dans les ES
 - Réactualisation des guides pour les plans d'urgences
 - Document unique (risques professionnels)
 - Certification V2 et V2010 (13 PEP dont 8 en GDR avec 12 références)
 - Check-list (BO, endoscopie, CVC, ...)

Des résultats encourageants

- **Au moins pour la LIN**

Année	1996	2001	2006
Nombre d'établissements	830	1 533	2 337
Nombre de patients	236 334	305 656	358 467
Nombre de patients avec au moins une IN	15 798	18 042	17 820
Taux de prévalence (%)	6,7	5,9	4,9

Le découragement

Une GDR « emballée »

- **Empilement des structures** (national, régional et interrégional, local)
- **Mille-feuilles des circuits** (et leur incohérence)
- **Avalanche de textes** (« tsunami » de la loi HPST)
- **Hécatombe d'enquêtes, d'audits, d'inspections** (sujets identiques mais d'agence/tutelle différentes)
- **Sans oublier tout ce qui concerne...**
 - L'amélioration continue de la qualité des soins
 - Les indicateurs (IN, QUALHAS, IPAQSS,...)
 - Le développement professionnel continu
 - ...

Pour des résultats « décevants »

- **ENEIS 2004**

- **EIG en cours
d'hospitalisation**

- **7,2 EIG / 1 000 JH**
dont 2,7 évitables

- **ENEIS 2009**

- **EIG en cours
d'hospitalisation**

- **6,2 EIG / 1 000 JH**
dont 2,6 évitables



Des raisons

Conclusion

La faible évolution des résultats entre 2004 et 2009 est d'abord liée à la « granularité » des indicateurs qui recouvrent des pans de pratiques et d'organisations très larges : l'enquête ENEIS n'est pas en mesure de montrer des résultats de programmes ou actions en gestion des risques sectoriels fins. L'absence d'évolution de ces indicateurs ne permet cependant pas de conclure à l'absence de changements en termes de culture de sécurité et de comportements des acteurs du système de santé (non mesurés par les indicateurs), ni même à l'absence de résultats des actions en cours : l'augmentation de la complexité technique des actes et des contraintes organisationnelles et budgétaires, avérée sur la période étudiée, aurait notamment pu conduire à une augmentation des risques et de la fréquence des EIG. Enfin,

**Rapport des différents
composants d'un mélange**

Extraits de la journée recherche SF2H – 2011

- **Facteurs en termes d'organisation des soins ayant un impact sur la prévention des risques [infectieux] associés aux soins**
 - **Ratio personnel/patient**
 - **Turnover du personnel**
 - **Formation**
 - **Charge de travail**
 - **Nombre et taux d'occupation des lits**

Extraits de la journée recherche SF2H – 2011

- **Conditions favorisant ce type de risque [souvent réunies dans nos établissements]**
 - **Manque de personnel / temps consacré aux soins**
 - **Fonctionnement en « procédure dégradée » y compris secteurs à haut risque infectieux**
 - **Recours à l'intérim**
 - **Manque de disponibilité des professionnels pour leur formation**

Une confirmation

TABLEAU 5

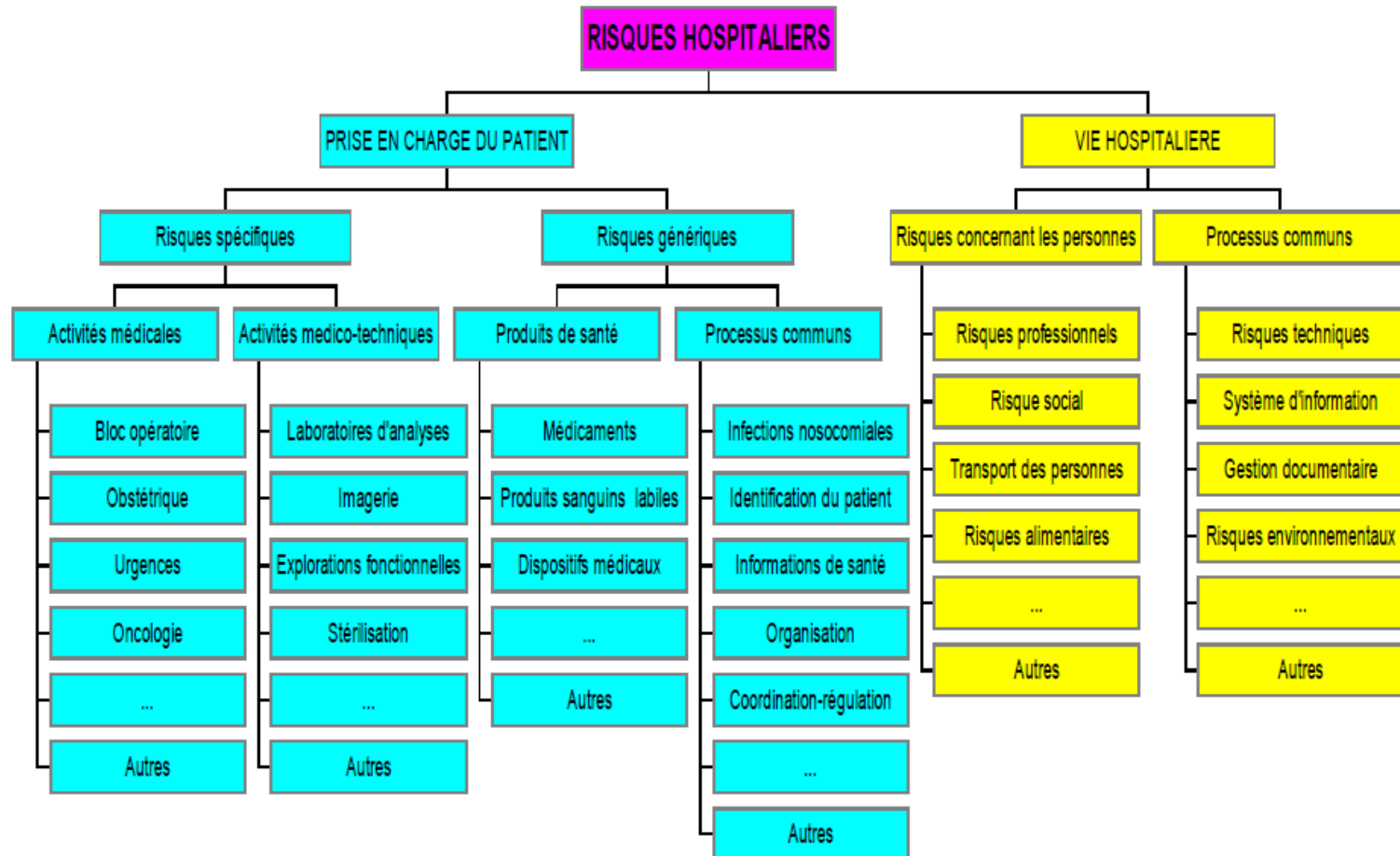
Répartition des facteurs contributifs des EIG évitables identifiés pendant l'hospitalisation - 2009

Facteurs ayant favorisé l'EIG	EIG évitables (n=87)	
	Nombre	(%)
Défaillance humaine d'un professionnel	24	27,6
Supervision insuffisante des collaborateurs	23	26,4
Mauvaise définition de l'organisation et de la réalisation des tâches	11	12,6
Communication insuffisante entre professionnels	21	24,1
Composition inadéquate des équipes	14	16,1
Infrastructures inappropriées	15	17,2
Défaut de culture qualité	7	8

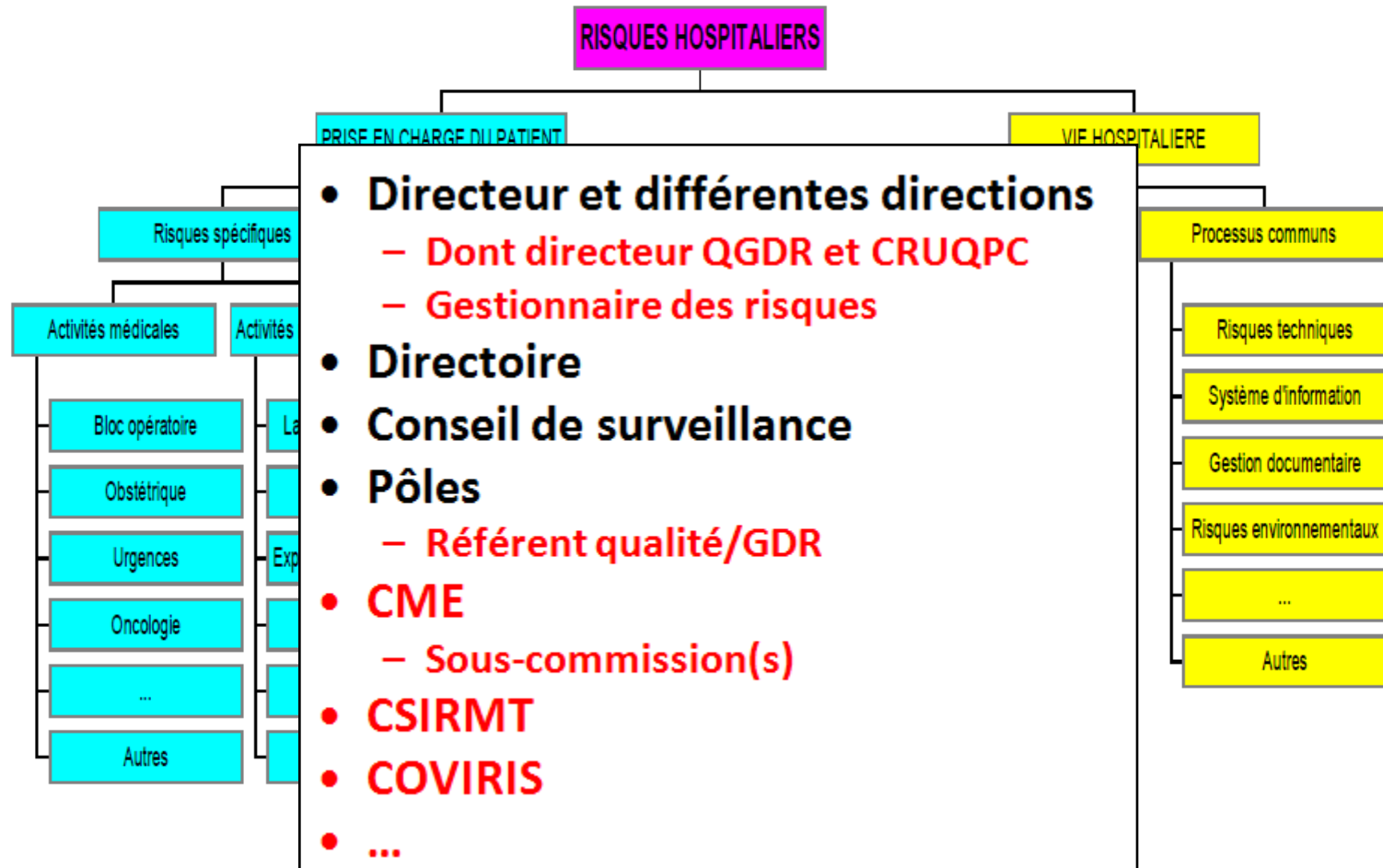
Les pourcentages calculés correspondent aux rapports des effectifs observés dans l'enquête et ne tiennent pas compte des redressements effectués pour corriger les biais d'échantillonnage et la non-réponse.

Sources • Enquêtes ENEIS 2004 et 2009, DREES, exploitation CCECQA.

Des risques hospitaliers nombreux



Une organisation plutôt complexe



De nombreux outils

	1 ^{ère} intention	2 ^{ème} intention	3 ^{ème} intention
Audit clinique	X		
PAQ ANAES	X		
Résolution de problème	X		
HACCP	X		
PDCA	X		
Mortalité Morbidité	X		
Pertinence des soins		X	
AMDEC		X	
Benchmarking		X	
Analyse de la valeur			X
Déploiement de la fonction qualité			X
Management par percée			X
Maîtrise statistique des procédés			X
Maintenance productive totale			X



Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé

JUILLET 2000

Des réponses discutables

survenant pendant l'hospitalisation. Les initiatives réglementaires récentes (décret n°2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé) et la mise en place de programmes sectoriels en matière de gestion des risques associés aux soins devraient conduire à faire évoluer les indicateurs de suivi de la politique en matière de sécurité des patients. ■

Des risques hospitaliers [toujours]nombreux

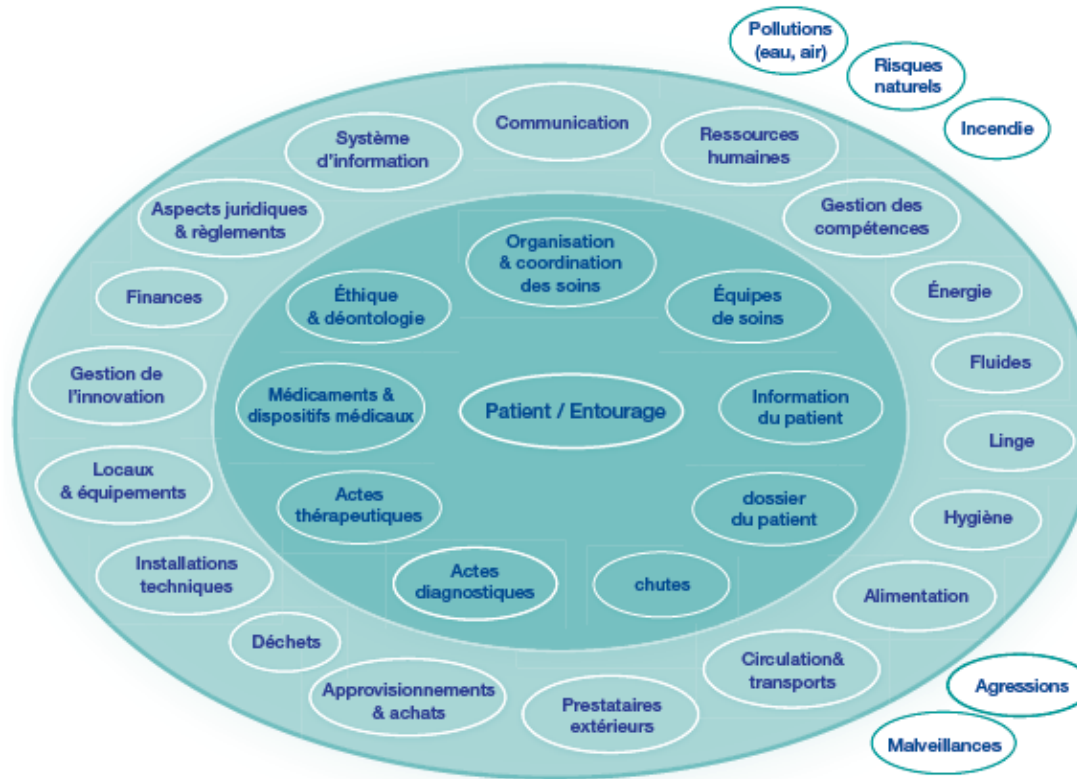


Figure 1. Approche schématisée des grandes catégories de risques en établissement de santé

Une organisation encore plus complexe

- 
- The diagram features a central white box with a black border containing a list of organizational components. This box is surrounded by a light blue rounded rectangle. Outside this rectangle, there are several light blue oval bubbles containing text. On the left side, bubbles include 'Gestion de l'innovation' and 'Localisation & équipement'. On the right side, bubbles include 'Incendie', 'Energie', 'Fluides', 'Linge', 'Hygiène', 'Agressions', and 'Illances'. At the bottom right, the text 'sement de santé' is partially visible. The central list box contains the following items:
- **Directeur et différentes directions**
 - **Directeur QGDR et CRUQPC**
 - **Gestionnaire des risques**
 - **Directoire**
 - **Conseil de surveillance**
 - **Pôles**
 - **Référent qualité/GDR**
 - **CME**
 - **Sous-commission(s)**
 - **CSIRMT**
 - **COVIRIS**
 - **Coordonnateur de la GRAS**
 - **Coordonnateur SQ prise en charge médicamenteuse**
 - **...**

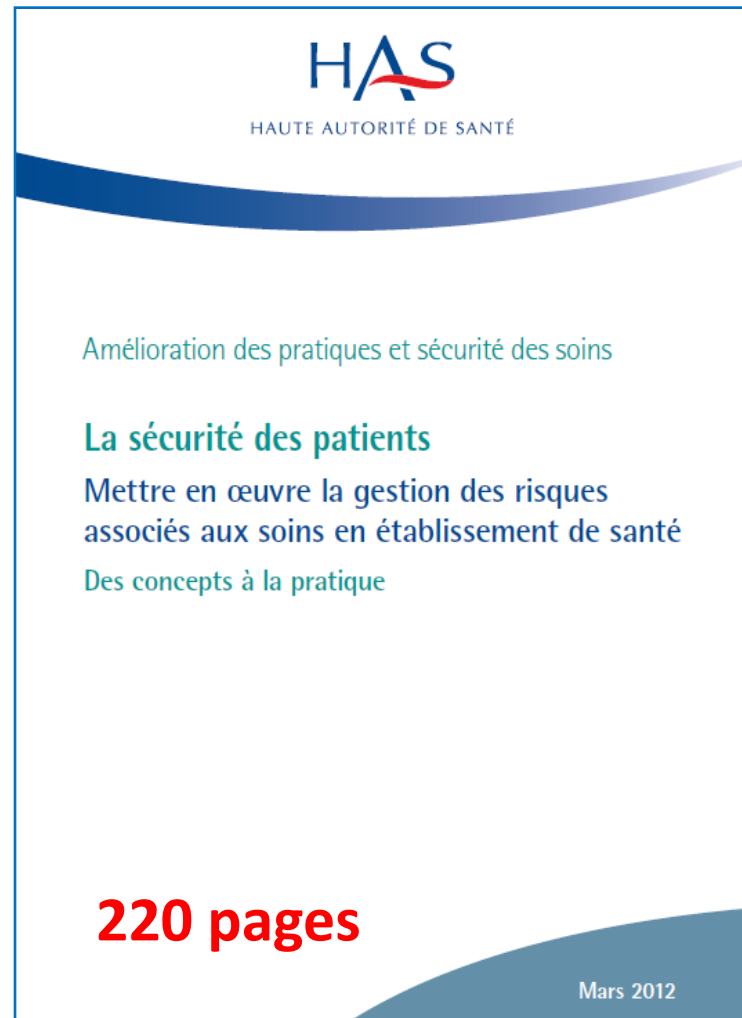
Figure 1. Appr

sement de santé

Y compris pour la gestion du RI

- InVS, HAS, ANSM (AFSSAPS)
- HCSP (commission sécurité des patients)
- DGOS
- DGS
- COSPIN
- ARS et leurs délégations
- CCLIN et leurs ARLIN
- Commission spécialisée de la CME
- ... professionnels et l'EOH

De [nouveaux] outils



2. Des méthodes et outils partagés pour le traitement des événements et situations à risque identifiés

Des méthodes & outils (1)	Les étapes d'une démarche de traitement de risques					Renvoi aux fiches
	1. Sélectionner la situation à risque et organiser la démarche	2. Analyser la situation et identifier les risques	3. Évaluer et hiérarchiser les risques	4. Traiter les risques (actions préventives et correctives)	5. Suivre les risques et pérenniser les résultats	
Choix de la situation à analyser	+ (2)(3)					9
Conduite des étapes						
Fiche projet						
Principes d'analyse d'un EI associé aux soins (dont le recueil chronologique des parties)						
Méthode ALARM (en RMM ou non)						
Arbre des causes (en RMM ou non)						
QOQOCP						
Diagramme causes-effets (5M/6M)						
Analyse de processus						
AMDEC						

Des méthodes & outils (1)	Les étapes d'une démarche de traitement de risques					Renvoi aux fiches
	1. Sélectionner la situation à risque et organiser la démarche	2. Analyser la situation et identifier les risques	3. Évaluer et hiérarchiser les risques	4. Traiter les risques (actions préventives et correctives)	5. Suivre les risques et pérenniser les résultats	
Critères de hiérarchisation						27
Plan d'action				+	+	
Bonnes pratiques de sécurité					+	28 29
Audit et/ou indicateurs					+	16 18
Fiche de retour d'expérience					+ (2)	30
Revue morbidité-mortalité (RMM)	+	+ (2)	+	+	22

(1) Les méthodes et outils dits ici de « 1^{re} intention » s'adressent aux démarches débutantes, ceux dits ici de « 2^e intention », plus rigoureux, s'adressent aux démarches de maturité.

Des méthodes et démarches dites de « 3^e intention », plus sophistiquées et de ce fait non abordées dans le cadre de ce guide, relèvent de spécialistes correctement formés (évocation en [fiche technique n° 34](#)).

Participants

Groupe projet HAS

Dr Patrice Roussel, chef de projet, pilote du projet
Dr René Arnalberit, conseiller pour la sécurité des soins, DAQSS
Dr Bruno Bally, adjoint au chef de service, SEVAM
Dr Rémy Batallion, chef de service SEVAM, directeur-adjoint DAQSS
François Bérard, chef de service, Certification des établissements de santé
Emmanuelle Blondet, documentaliste
Dr Charles Bruneau, chef de projet, SDC
Laurence Chazalet, chef de projet, SEVAM
Philippe Chevalier, chef de projet, SEVAM
Marc Furney, adjoint au chef de service SEVAM
Christine Gardel, chef de service, IPAQSS
Dr Cédric Grouchka, membre du Collège
Jean-Paul Guérin, membre du Collège
Frédérique Hanliquaù, chef de projet, SEVAM

Julie Idefonse, chef de projet, SEVAM
Muriel Jakubowski, chef de projet, SDC
Dr Michel Laurence, chef de service, BPP
Philippe Laly, adjoint au chef de service, SCES
Thomas Le Ludec, directeur, DAQSS
Raymond Le Moign, ancien directeur, DAQSS
Brunet Lucet, adjoint au chef de service SCES
Marina Martinowsky, chef de projet, SEVAM
Monique Montagnon, chef de projet, SEVAM
Dr Vincent Mounic, chef de service, SDC
Dr P. Papin, chef de projet, SEVAM
F. Pothier, ancien chef de service SEVAM
C. Schnebelen, chef de projet, SEVAM
Y. Sami, chef de projet, SEVAM
J-F. Thébaud, membre du Collège
F. Villebrun, chef de projet, SEVAM

Groupe de travail externe 2010-2011 pour le guide

→ Fédérations d'établissements de santé

Michèle Belliot, Fédération de l'hospitalisation privée, FHP
René Cailliet, Fédération hospitalière de France, FHF
Bernard Gouget, Fédération hospitalière de France, FHF
Dr Catherine Grenier, Fédération Unicancer
Claude Gueldry, Fédération de l'hospitalisation privée, FHP
Nathalie Sac-Vanderwildt, Fédération des établissements hospitaliers et aide à la personne, FEHAP

→ Directeurs d'établissements

D. Paschou, Conférence des directeurs de centres hospitaliers

→ CME

Dr Jean-Luc Baron, Conférence nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée
Dr Sylvia Fankhauser, Conférence des présidents de CME de l'UJF
Dr Francis Fellinger, Conférence des présidents de CME de centres hospitaliers
Dr Didier Galliard, Conférence des présidents de CME du secteur privé non lucratif
Dr Jean-Paul Ortiz, Conférences nationale des présidents de CME de l'hospitalisation privée

→ Structures régionales pour l'évaluation et Cellules régionales d'appui

Dr Isabelle Roger, Cellule régionale d'appui de l'expérimentation EIG
Dr Jean-Luc Quenon, Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, CCECQA

→ Institutions

Céline Caserio-Schönemann, Institut de veille sanitaire, InVS
Anita Guarinos, Agence de la Biomédecine
Sylvie Lerebours, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, AFSSAPS
Catherine Machacek, Autorité de sûreté nucléaire, ASN

Carole Marchal, Autorité de sûreté nucléaire, ASN
Michèle Perrin, Direction générale de l'évaluation des médicaments, DGES
Marc Valero, Autorité de sûreté nucléaire, ASN
→ Professionnels de santé
Dr Philippe Daniels, CCAHORSIQ
Philippe Guey, Société française de pharmacie clinique, SFPC
Jean-René Ledoyen, Association française des directeurs de soins, AFDS
Pr Bertrand Millet, Fédération de chirurgie viscérale et digestion, FFCV
Dr Stanislas Veleyos, Collège français des anesthésistes-réanimateurs, CFAR

→ Associations de gestionnaires de risques

Dr Patrice Blondel, Société française des gestionnaires de risques sanitaires, AFRIS
Marie-Françoise Dumay, Société française de gestion des risques en établissement de santé, SoFGRES
Gilbert Mounier, Société française de gestion des risques en établissement de santé, SoFGRES

→ Usagers

Claude Rambaud, Collège inter associatif sur la santé, CISS
Thomas Sannié, Collège inter associatif sur la santé, CISS

→ Experts invités à titre personnel

Frank Debouck, Air France Consulting Group
Patrick Guez, CASH, Nanterre
Dr Marie-Christine Moll, CHU, Angers
Marc Moulais, GCS HELPAM, Villeneuve de Berg
Dr Xavier Richomme, Générale de santé
Pr Jean-François Quaranta, CHU, Nice
Dr Marie-Laure Pibarot, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
Dr Michel Sfez, Paris

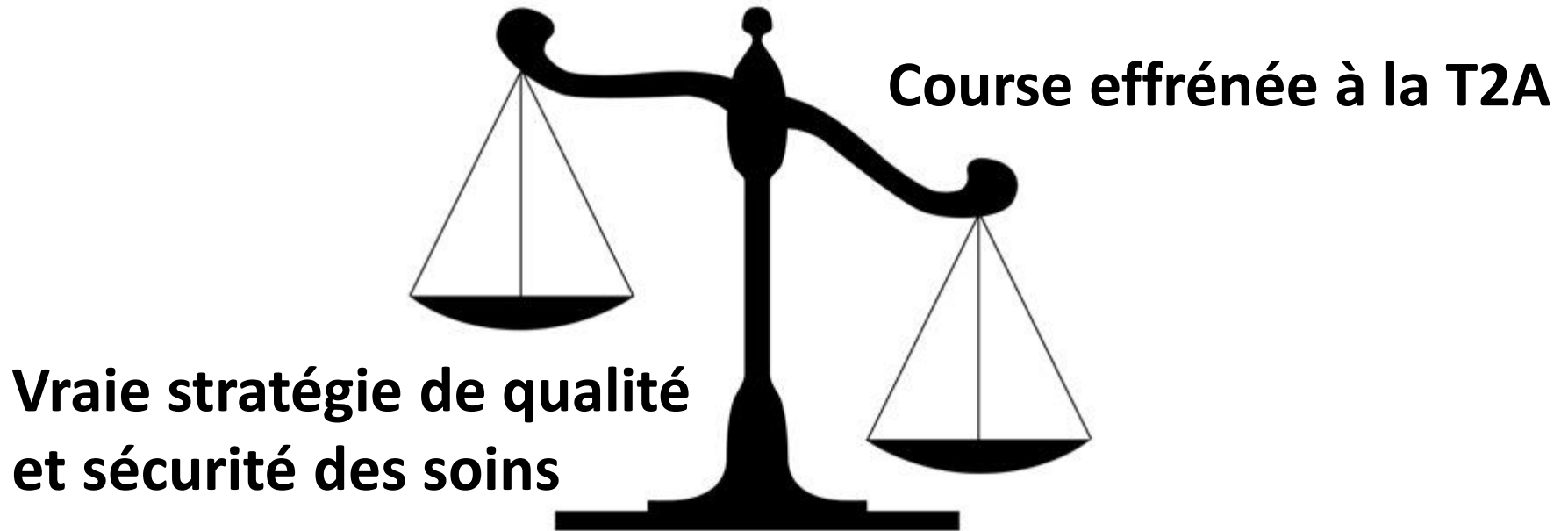
Aucun professionnel de l'hygiène et de la prévention des IAS

Des pistes de réflexion

Priorité

- **Simplification des organisations et des circuits**
- **Cohérence entre les politiques [et les décisions nationales] et leurs applications régionales et locales**
- **Renforcement de l'action des acteurs de terrain**
 - **Professionnels (et ceux qui les accompagnent) agissant quotidiennement auprès des patients**
- **Gestion de la qualité et de la sécurité des soins centrée sur le patient**
- **Organisation adaptée à la taille des ES**
- **Moyens adéquats**
- **Conditions et ambiance de travail**

Rééquilibrage



Restons optimistes !

« Les espoirs de renouveau de l'hôpital public »

Les Echos, Le Monde, L'Humanité, Le Figaro économie

...Au Salon Hôpital Expo, [hier] à Paris, Marisol Touraine s'est exprimée devant un parterre composé...Elle a donc été copieusement applaudie lorsqu'elle a annoncé la réintroduction dans la loi de la notion de «service public hospitalier» »...

- Revue de presse rédigée par **Laurent Frichet**



Soyons utopistes !

- **Arrêtons le fossé qui se creuse entre la réalité du terrain et la vision des tutelles**
- **Appuyons nous sur l'expérience, l'antériorité et les bons résultats en matière d'IN**
- **Exigeons les moyens nécessaires pour préserver l'acquis**