



EHESP

Directeur des soins

Promotion : **2009**

Date du Jury : **Septembre 2009**

**DEVELOPPEMENT D'UNE POLITIQUE
DE GESTION DES RISQUES ORIENTEE
VERS LA PREVENTION AU SEIN DES
ETABLISSEMENTS DE SANTE**

Jérôme RUMEAU

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des professionnels des deux centres hospitaliers qui m'ont accueilli et ont accepté de participer aux entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire professionnel.

Je tiens à remercier Marie-Elisabeth COSSON-HAMON, Françoise ERTEL, Gonzalo ALVESTEGUI qui m'ont accompagné et encouragé tout au long de la réalisation de ce travail.

J'exprime mes plus sincères remerciements à monsieur Jean Louis POURRIERE, directeur des études à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) pour ses encouragements et conseils.

Je remercie monsieur Jean René LEDOYEN, responsable de la filière des directeurs des soins à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) pour sa disponibilité, son écoute et ses conseils au cours des entretiens de positionnement.

Je tiens également à remercier l'ensemble de mes collègues de la promotion directeurs des soins 2009. Dynamisme, partage d'expérience, confiance et solidarité ont été les points forts de ces neuf mois de formation.

A Isabelle, pour son soutien, ses encouragements et son courage.

A Pauline et Mathilde qui sont et resteront l'essentiel.

Quand on est du Sud Ouest, on aime le rugby. Grâce à ce sport, j'ai appris que l'on pouvait avancer autrement qu'en poussant une mêlée, qu'un ballon pouvait être ovale plutôt que rond, et que l'on est plus fort à quinze que seul. Je sais également qu'après les difficultés, les défaites il y a des moments où l'on partage la joie, le bonheur et les victoires. Merci à tous ceux, qui depuis 1972 ont été mes éducateurs, entraîneurs ou partenaires dans ce sport comme dans la vie et sont aujourd'hui des amis.

Sommaire

Introduction	1
1 Qualité, gestion des risques et système de santé : un dispositif évolutif qui reste perfectible	5
1.1 Des évolutions qui ont permis d'améliorer la gestion des risques à l'hôpital.	5
1.1.1 Une catégorisation du risque en établissement de santé	5
1.1.2 Un renforcement du cadre législatif et réglementaire	7
1.1.3 Une nouvelle organisation des établissements de santé	8
1.2 Une démarche qui reste perfectible	9
1.2.1 Un engagement national.....	9
1.2.2 Des organisations inscrites dans le changement.....	10
1.2.3 D'une approche réactive à une approche proactive	11
2 Analyse compréhensive du terrain.....	13
2.1 Des entretiens au sein de deux établissements publics de santé	13
2.1.1 Présentation des établissements	13
2.1.2 Le recueil de données.....	14
2.1.3 Les limites de ce mémoire professionnel.....	15
2.2 Approche des entretiens	16
2.2.1 Analyse thématique des entretiens	16
2.2.2 Analyse en regard des hypothèses.....	22
2.2.3 A propos de deux « <i>pratiques exemplaires</i> ».....	25
3 Management et gouvernance des risques : posture de la direction des soins.....	27
3.1 Développer une politique de prévention des risques	27
3.1.1 La cartographie des risques.....	27
3.1.2 Le chemin clinique et la gestion des risques	28
3.1.3 Le management des risques en établissement de santé.....	29

3.2	Posture de la direction des soins	30
3.2.1	Une approche institutionnelle	30
3.2.2	Le management des cadres de santé	31
3.2.3	Participer à la rénovation du management hospitalier	32
	Conclusion	33
	Sources et Bibliographie	35
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
APR	Approche Préliminaire des Risques
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CBU	Contrat de Bon Usage
CGS	Coordonnateur Général des Soins
CH	Centre Hospitalier
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNG	Centre National de Gestion
COVIRIS	Comité des Vigilances et des Risques Sanitaires
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico Techniques
CSS	Cadre Supérieur de Santé
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DS	Directeur des Soins
DURQ	Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité
EIG	Evénements Indésirables Graves
ENEIS	Enquête Nationale des Evénements Indésirables graves liés aux Soins
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hospitalisation pour Personnes Agées Dépendantes
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
HAD	Hospitalisation A Domicile
HAS	Haute Autorité en Santé
IFAS	Institut de Formation des Aides Soignants
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
MCO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique
MEAH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PEP	Pratiques Exigibles Prioritaires
SOFGRES	Société Française de Gestion des Risques en Etablissement de Santé
SSR	Soins de Suite et Réadaptation
T2A	Tarifcation A l'Activité
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

La recherche de qualité n'est pas une donnée récente, il s'agit d'une réalité dans le domaine industriel depuis le début du 20^{ème} siècle. Dans le champ de la santé, la démarche qualité se développe aux Etats Unis d'Amérique et au Canada dès 1910. En Amérique du Nord un chirurgien dénommé CODMAN eu l'idée d'enregistrer et de passer en revue les conséquences des interventions chirurgicales. Cette pratique avait pour but de permettre l'analyse des échecs et l'amélioration des techniques. Cette démarche était individuelle, chaque hôpital devant créer un « comité d'efficacité ». A cette époque la démarche était essentiellement corporatiste et avait comme objectif de fixer les honoraires et de prouver que la qualification en chirurgie était nécessaire. A partir de 1950 outre atlantique, la « Joint Commission on Accreditation of Hospital ¹ », ancêtre de la « Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisation ² » pratique des inspections à la demande des hôpitaux. Au départ seules les structures sont inspectées (bâtiment, matériel, respect des normes de sécurité), puis rapidement les pratiques seront aussi évaluées (résultats, indicateurs de performance). A partir des années 1960, suite à la mise en place du Medicare, organisme qui paie une partie des dépenses médicales, l'attention portera sur l'utilisation des fonds et le coût des soins.

En France, il faut attendre les années 1980 pour voir se développer ce type de démarche. A cette période, la confiance que les utilisateurs ont dans le système de santé est mise à mal par plusieurs affaires médiatisées, qui mettent en évidence certaines négligences et dysfonctionnements, en particulier pour ce qui concerne la mise en place d'un système de traçabilité et de veille sanitaire (affaire du sang contaminé, maladie de Creutzfeld Jacob). Après de nombreuses années d'innovation et d'évolution des techniques médicales, où l'on croit que seuls les moyens mis à disposition constituent des limites, la population est prise d'un doute quant au fonctionnement du système de santé et de soins.

En parallèle, l'offre de soins évolue avec des réorganisations structurelles et organisationnelles au sein des établissements de santé. Le passage du budget global à la Tarification A l'Activité (T2A), les modifications de l'organisation interne des établissements avec le développement des pôles d'activités, les réorganisations territoriales en lien avec les évolutions démographiques de la population et des professionnels de santé, la désertification de certains territoires à la fois par la population et les professionnels conduisent à des changements importants et à une évolution des pratiques professionnelles.

¹ Commission d'accréditation des hôpitaux.

² Commission d'accréditation des organismes de santé.

L'implication de plus en plus importante des utilisateurs du système de santé a conduit à une perception du risque qui s'est largement modifiée avec de manière concomitante une évolution de la judiciarisation et de l'assurabilité. Il y a donc émergence de la volonté des patients d'être participatif et responsabilisé pour ce qui concerne leur santé, mais également la volonté de s'impliquer dans les choix stratégiques dans le domaine de la santé et du soin.

C'est dans ce contexte que plusieurs réformes législatives et réglementaires ont été engagées dans le champ de la qualité et de la gestion des risques. Que ce soit à partir des textes réglementaires, de la procédure de contractualisation entre les établissements publics de santé et l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) ou la procédure de certification, la politique nationale affirme une réelle volonté de structurer la démarche qualité, le management et la gestion des risques pour faire face aux crises et garantir une offre de soins sécurisée.

Toutefois, tous les risques ne sont pas pris en compte en particulier les risques cliniques qui sont non réglementés et représentent une dangerosité pour le patient. L'Enquête Nationale des Evénements Indésirables graves liés aux Soins (ENEIS)³ met en évidence l'urgence à agir pour réduire les effets iatrogènes liés aux produits de santé, aux actes à risques et aux infections nosocomiales. Pour les établissements de santé, 3 à 5% des séjours sont occasionnés par des Evénements Indésirables Graves⁴ (EIG). Le tiers d'entre eux sont consécutifs à une hospitalisation antérieure, 35% étant jugés évitables⁵. Les causes essentielles de survenues d'EIG sont liées à des défaillances organisationnelles ou de communication⁶, la cause étant généralement un acte invasif, dont les interventions chirurgicales⁷, l'utilisation de produits de santé dont les médicaments ou une infection liée aux soins, dont les infections du site opératoire⁸.

Afin d'assurer la sécurité des patients, les établissements de santé doivent s'engager dans une dynamique visant à impliquer l'ensemble des acteurs dans le cadre d'une

³ Résultats publiés par la DRESS en 2005.

⁴ Un événement indésirable est défini comme un événement clinique ou para clinique non désiré pour le patient et lié aux soins, les soins pouvant avoir été réalisé hors de l'établissement où le patient est admis. Il est considéré comme grave s'il est associé à un décès, une menace vitale, s'il nécessite une hospitalisation ou la prolongation d'une hospitalisation, s'il provoque un handicap ou une incapacité à la fin de l'hospitalisation. Définition issue de la directive 2000/38/CE de la commission européenne du 05 juin 2000.

⁵ MICHEL P, QUENON JL, DJIHOUD A, TRICAUD-VIALLE S, DE SARASQUETA AM, DOMECCQ S et al. 2005, *les événements indésirables liés aux activités de soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale*, n° 398, Drees études et résultats.

⁶ Ibid.

⁷ Avec pour objectif une diminution des EIG survenant pendant la période péri opératoire, la Haute Autorité de Santé (HAS) organise la mise en place de la check-list « sécurité des soins au bloc opératoire » le 26 juin 2009.

⁸ DUMAY M F., 2008, « Gouvernance des risques en établissement de santé », *techniques hospitalières*, n°712, pp.19-22.

politique institutionnelle de gestion des risques. L'organisation des établissements de santé en pôles d'activités peut être un frein à une véritable démarche au sein de l'institution construite sur la gestion des risques en amont, avec pour objectif une diminution des EIG et le développement d'une politique de prévention des risques. Dans ce contexte, le directeur des soins dans le cadre de son exercice professionnel «*élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité...participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins ; ...détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques*⁹». La Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) dont le directeur des soins (DS), coordonnateur général assure la présidence doit être consultée pour «*l'évaluation des pratiques professionnelles et la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins*¹⁰ ».

La nouvelle organisation développée dans le cadre de la nouvelle gouvernance, l'obligation réglementaire mais aussi éthique de mettre en œuvre un processus de soins médicaux et paramédicaux coordonnés ouvrent au directeur des soins de nouvelles perspectives managériales.

C'est pourquoi, dans le cadre de ce mémoire, la question qui guidera notre travail et notre réflexion portera sur le thème suivant :

« En quoi une politique de gestion des risques, orientée vers la prévention lors des actes de soins, peut-elle être un élément fédérateur dans un contexte d'organisation en pôle d'activité ? ».

A partir de ce questionnement plusieurs hypothèses sont envisagées :

- ✓ L'organisation en pôles d'activité augmente l'hétérogénéité des pratiques pour la gestion et la prévention des risques liés aux activités de soins dans les établissements de santé ;
- ✓ La participation du directeur des soins à la mise en œuvre d'une politique institutionnelle coordonnée de gestion et prévention des risques peut permettre d'éviter cet écueil.
- ✓ L'élaboration de la cartographie des risques permet une approche pluridisciplinaire, préventive et coordonnée des risques.

⁹ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

¹⁰ Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé.

- ✓ Le directeur des soins doit intégrer l'analyse à posteriori des incidents et accidents survenus lors des actes de soins pour la gestion des pratiques soignantes, le management des équipes d'encadrement et fédérer l'ensemble des pôles d'activités.

Sur le plan méthodologique, afin de mieux cerner le sujet une recherche bibliographique et documentaire a été conduite à partir des mots clés prévention et gestion des risques liés aux activités de soins, élargie à la notion de pratiques réactives et proactives. Dans un deuxième temps, afin d'appréhender de manière concrète les pratiques existantes, une enquête de terrain à partir d'entretiens semi directifs a été engagée auprès de douze professionnels¹¹ exerçant au sein d'établissements publics de santé. Ces entretiens ont eu lieu dans deux centres hospitaliers ayant des activités à la fois de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), santé mentale et gériatrie.

L'analyse de l'évolution réglementaire et organisationnelle de la gestion et de la prévention des risques au sein des établissements de santé nous conduira dans une deuxième partie à présenter l'analyse du terrain, réalisée à partir d'entretiens conduits au sein de deux établissements hospitaliers. Enfin, les perspectives professionnelles découlant de ce travail permettront de mettre en évidence un certain nombre de préconisations en lien avec l'exercice professionnel du directeur des soins.

¹¹ Trois directeurs des soins, deux directeurs qualité et gestion des risques, un médecin, quatre cadres supérieurs de santé, un ingénieur qualité et une infirmière détachée au sein d'un service qualité.

1 Qualité, gestion des risques et système de santé : un dispositif évolutif qui reste perfectible

Depuis une dizaine d'année les pouvoirs publics, à la suite de crises sanitaires survenues dans les années 1980 ont procédé à une réforme en profondeur de la sécurité sanitaire et de la gestion des risques en mettant en avant le principe de précaution. Les établissements de santé ont du se réorganiser de manière importante. La sécurité des soins ainsi que la mise en œuvre d'une politique de prévention et de gestion des risques constituent les axes de cette nouvelle organisation.

1.1 Des évolutions qui ont permis d'améliorer la gestion des risques à l'hôpital.

Les établissements de santé vont s'engager dans une démarche qualité afin d'optimiser la qualité des soins et gérer les risques inhérents à la pratique médicale et soignante.

1.1.1 Une catégorisation du risque en établissement de santé

Le risque est une réalité de chaque instant au sein des établissements de santé. Les caractéristiques organisationnelles de ce type d'établissement expliquent cette contrainte. En effet, l'existence de différentes spécialités médicales, la diversité des patients accueillis et la multiplicité d'établissements sont à l'origine de l'hétérogénéité du risque. Les pratiques cliniques évoluent vers une standardisation¹², mais l'activité médico soignante est à forte composante humaine avec la persistance du risque d'erreur lié à ce type d'activité. Plusieurs sources de risques cohabitent, augmentant ainsi le risque de survenue. Tout d'abord la pathologie qui est en elle-même un risque pour le patient, la possibilité d'erreur dans la décision médicale et enfin un défaut de mise en œuvre dans la prise en charge de la pathologie. Sur le plan organisationnel, les établissements de santé fonctionnent 24h/24 avec la nécessité de maintenir un niveau de ressources humaines et économiques adaptées aux besoins de la population. En parallèle, la gestion des flux de patients n'est pas réalisable compte tenu de la part d'activité non programmée, ce qui rend l'activité difficilement prévisible dans certaines unités de soins.

C'est pourquoi, la mise en œuvre et le développement d'un système de gestion des risques au sein des établissements de santé doit être adapté à l'activité spécifique de ce type d'établissements. La gestion des risques ne signifie pas écarter tous les risques mais

¹² Le développement des références médicales opposables est un des volets de cette standardisation.

s'inscrit davantage dans une stratégie de prévention et de gestion de leurs conséquences.

La prévention dans ce contexte, doit être entendue comme l'ensemble des actions mises en œuvre pour éviter et empêcher la survenue d'EIG. Elle s'inscrit donc directement dans le champ de la prévention primaire car en amont de l'apparition de toute pathologie consécutive à une exposition à un risque, avec l'objectif d'éviter la survenue du risque.

La gestion du risque s'inscrit en aval de la survenue du risque et a pour objectif immédiat d'en limiter les conséquences pour le patient et les professionnels, et à moyen terme d'en éviter la résurgence.

Le risque peut être défini comme une « *situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine ; tout événement redouté qui réduit l'espérance de gain et/ou d'efficacité dans une activité humaine*¹³ ». Différents types de risques peuvent être recensés au sein des établissements de santé.

Tout d'abord les risques spécifiques aux activités médicales et de soins en lien avec le diagnostic, le traitement, l'exécution d'un geste technique, l'utilisation de produits de santé, les risques infectieux nosocomiaux et les risques liés à l'organisation des soins et à l'environnement hospitalier. Il faut également inclure dans cette catégorie les risques liés à l'absence ou au défaut d'information, au non respect du secret médical, mais aussi les risques inhérents à l'acharnement thérapeutique et à l'euthanasie. Cette catégorie de risques est aggravée par la pauvreté, l'isolement et la désinsertion sociale des patients.

Une deuxième catégorie de risques peut avoir un impact sur l'organisation des activités médicales et de soins. Il s'agit des risques liés à la survenue d'un dysfonctionnement dans le cadre des activités techniques ou logistiques, tels que les défauts de paramétrage ou de surveillance de certains appareils ou les défauts d'approvisionnements, qui auront des conséquences pour la qualité des soins dispensés.

Les établissements de santé sont également confrontés aux risques existant dans toutes les organisations, ces risques impactant les activités médico soignantes. Il s'agit des risques liés à la dynamique sociale et économique de l'établissement, tout particulièrement la gestion des ressources humaines, le climat social et la perception positive ou négative de l'établissement par les usagers.

Afin de limiter la survenue de ces risques, une évolution du cadre normatif visant à structurer et à diminuer la probabilité de survenue d'événements indésirables liés aux activités de soins a eu lieu.

¹³ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), principes méthodologiques pour la gestion des risques, janvier 2003, p.12.

1.1.2 Un renforcement du cadre législatif et réglementaire

Dès le début des années 1990, un certain nombre de textes législatifs et réglementaires vont organiser la démarche qualité, la sécurité sanitaire et la gestion des risques au sein des établissements de santé. La loi n° 91-38 du 31 juillet 1991 place l'évaluation parmi les objectifs prioritaires des établissements de santé. L'ordonnance n°96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée à travers le processus d'accréditation et aujourd'hui de certification place la qualité parmi les priorités en matière de santé. La loi n° 98-535 du 01 juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de l'ensemble des produits destinés à l'homme, a pour objectif de renforcer l'organisation du système de santé en matière de sécurité sanitaire. Ce texte crée de nouvelles missions pour les établissements de santé, avec la mise en place d'un dispositif de vigilances destiné à garantir la sécurité sanitaire. Il génère une surveillance constante et attentive des activités de soins à partir d'un système de recueil d'informations, d'analyse et de diffusion de données. L'objectif est de permettre des prises de décisions réactives rapides dans le champ des activités du système de santé. Plusieurs mesures de vigilances sont spécifiquement développées¹⁴.

Les activités à risques telles que l'environnement de la naissance¹⁵ et l'anesthésie¹⁶ feront également l'objet d'une réglementation visant à renforcer la sécurité autour de ces activités de soins. La loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé renforcera le dispositif en impliquant les professionnels de santé qui ont obligation de déclarer à l'autorité administrative compétente la survenue de tout EIG. La circulaire DHOS/E2/2004 n°176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour l'élaboration et la mise en place d'un programme de gestion des risques en établissement de santé précise la marche à suivre pour organiser cette activité. La loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique inscrit la lutte contre les accidents iatrogènes évitables dans ces 100 objectifs. L'ensemble de ces éléments est complété par les références médicales opposables, les référentiels de la Haute Autorité de Santé (HAS), de sociétés savantes ou d'organismes professionnels.

L'ensemble de ces réformes vont être à l'origine de réorganisations dans le champ de la sécurité sanitaire, avec en parallèle une augmentation des dépenses difficilement

¹⁴ Hémo-vigilance, pharmacovigilance, matériovigilance, biovigilance, toxicovigilance, lutte contre les infections nosocomiales.

¹⁵ Décret n° 98-899 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et n° 98-900 du 10 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale.

¹⁶ Décret n° 94-1050 du 05 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie.

supportable pour certains établissements. De manière concomitante les établissements de santé sont au centre de réformes importantes.

1.1.3 Une nouvelle organisation des établissements de santé

Dés le début des années 2000 plusieurs rapports¹⁷ mettent en évidence la situation préoccupante de l'hôpital public. En 2002, il est donc décidé d'engager une réforme visant à redonner espoir et dynamisme à l'hôpital public. Cette réforme répond à deux objectifs : augmenter l'investissement, moderniser la gouvernance et le fonctionnement des établissements publics de santé en diminuant les contraintes extérieures et en modernisant la gestion interne des établissements. A partir de 2002, afin de mettre en œuvre cette réforme le « plan hôpital 2007 » est engagé. Ce plan comprend quatre volets distincts, mais complémentaires : la réforme du financement des établissements de santé, la certification des établissements de santé qui fait suite à l'accréditation, l'organisation territoriale de l'offre de soins et la nouvelle gouvernance hospitalière. Ce dernier volet modifie profondément l'organisation et le fonctionnement interne des établissements publics de santé.

La nouvelle gouvernance hospitalière trouve son fondement juridique dans l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005. Elle redéfinit l'organisation interne des établissements sur une base contractuelle, à partir des pôles d'activités qui sont pilotés par un médecin responsable de pôle, un cadre de santé et un cadre administratif. L'organisation en pôle d'activité doit être effective au 31 décembre 2006. Cette nouvelle organisation inscrit la contractualisation interne comme outil de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des pôles d'activité. Le contrat de pôle permet de définir « *les objectifs d'activité, de qualité et financiers, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activités, les modalités de leur intéressement aux résultats, les conséquences en cas de non exécution du contrat*¹⁸ ». L'hôpital évolue donc d'une organisation en services vers une organisation interne en pôles d'activité. Cette réforme revoit les attributions du conseil d'administration et met en place le conseil exécutif chargé de la mise en œuvre des projets et de leur suivi.

¹⁷ Rapport du député René Couanau sur le désenchantement hospitalier, rapport Ducassou relatif aux Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et rapport Debrosse sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et sa gestion sociale.

¹⁸ Dupont M., Esper C., Paire C., Droit hospitalier, p.376.

1.2 Une démarche qui reste perfectible

Si la notion de risque existe depuis très longtemps, la notion de sa gouvernance est récente. Les établissements de santé apprennent à gérer le risque dans toute sa transversalité. La gestion des risques au sein des établissements de santé doit à présent s'inscrire dans une démarche globale, coordonnée et transversale comprenant un niveau stratégique qui relève du management et un niveau opérationnel dans le cadre des activités de soins.

1.2.1 Un engagement national

Il est possible de constater depuis ces dernières années un engagement national pour la gouvernance des risques dans le champ de la santé. La politique nationale de santé affirme une volonté de structurer le management des risques et d'optimiser la prise en charge des patients. Cette démarche s'inscrit dans le souhait de passer de la vérification à la maîtrise du risque. Cette évolution s'est construite dans un premier temps par un renforcement du cadre législatif et réglementaire, qui impose des règles précises en particulier dans le champ des vigilances. La circulaire DHOS/E2/2004 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 précise l'importance d'une gestion globale et coordonnée des risques au sein des établissements. Puis la procédure de certification qui fait suite à la démarche d'accréditation des établissements de santé a complété cette première étape. La deuxième version du manuel de certification des établissements de santé recommande « *la mise en place d'une gestion des risques globalisée, appréhendant en priorité la prévention des risques liés aux soins* ». Cette démarche sera renforcée par la certification V2010 qui inscrit de nouveaux objectifs et critères d'évaluation. Pour le thème concernant la prise en charge du patient, les établissements doivent afficher des objectifs prioritaires d'amélioration de la sécurité des soins et renforcer l'évaluation des activités à risque. De même, des PEP sont introduites dans le manuel de certification V2010 afin de « *renforcer l'effet levier sur la qualité et la sécurité des soins de la certification ...la sélection de ces pratiques est fondée sur l'identification de sujets fondamentaux pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins...la non atteinte d'un niveau de conformité important sur ces exigences conduira systématiquement à une décision de certification péjorative voire à une non certification*¹⁹ ». C'est ainsi que la fonction gestion des risques, la gestion des événements indésirables et la maîtrise du risque infectieux constituent des pratiques exigibles prioritaires. Par ailleurs, les recommandations incitent les établissements de santé au delà

¹⁹ Haute Autorité en Santé (HAS), juin 2009, Manuel de certification des établissements de santé, p.7.

de la structuration de leur organisation pour gérer les risques à s'engager à contractualiser avec les ARH. L'objectif est de permettre une comparaison entre établissements de profils comparables dans la même lignée que la coordination interrégionale de lutte contre les infections nosocomiales. Il apparaît donc nécessaire de mutualiser les expertises et les expériences dans le champ de la gestion des risques liés aux soins afin d'assurer une politique innovante, tenant compte des contraintes financières pour assurer des soins sécurisés et de qualité. Cette mutualisation ne doit pas se limiter à l'organisation interne de l'établissement mais peut être également un outil de coopération inter hospitalière, permettant aux établissements de mettre en commun les pratiques, les ressources humaines et financières dans le cadre des projets médicaux de territoire.

1.2.2 Des organisations inscrites dans le changement

La perception du risque s'est modifiée au cours des dernières années avec l'augmentation des procédures civiles ou pénales à l'encontre des établissements ou des professionnels. Cette nouvelle approche est en lien avec une plus grande implication des usagers, et une meilleure connaissance du fonctionnement du système de santé et de soins. Cette prise de conscience doit encourager chaque acteur ²⁰ à s'engager pour que la démarche de prévention et de gestion des risques soit à la fois individuelle et collective. Cette démarche « *doit montrer à chacun les liens entre la vision prospective collective et les actions de chacun. Ainsi, les deux démarches prospective et stratégique (deux éléments indissociables) définissent la décision et l'action dans le cadre commun des missions de chacun et des objectifs de l'institution* ²¹ ». La volonté politique existe mais les évaluations réalisées démontrent que la mise en œuvre de cette politique sur le terrain est en retrait. L'émergence d'une culture et d'un travail partagé entre tous les acteurs pour parvenir à une approche systémique de la gestion et de la prévention des risques au sein des établissements est indispensable. Un certain nombre de dysfonctionnements évitables dans le cadre de l'organisation des soins ²² persistent. L'enquête ENEIS met en évidence que 6,5 millions d'interventions chirurgicales sont pratiquées par an en France et 60 000 à 95 000 EIG surviennent dans la période péri opératoire. Une estimation met en exergue la possibilité à partir de la mise en œuvre de la check-list « *Sécurité des soins au bloc opératoire* » développé par la HAS et mis en œuvre au sein des établissements depuis le 26 juin 2009, d'éviter la moitié de ces EIG de la période péri opératoire.

²⁰ A la fois les professionnels des établissements de santé et les usagers.

²¹ HEVE D., LEROUX V., mai 2008, Prospective et stratégie, à un objectif de santé correspond un objectif de sécurité, Gestions hospitalières, pp.354-355.

²² Défaut de consentement, protocoles non respectés, défaut de prescription, recopiage, mauvaise évaluation initiale des besoins du patient, erreur de transfusion....

Elle sera un critère exigible de la certification des établissements à compter du 01 janvier 2010.

La Société Française de Gestion des Risques en Etablissement de Santé (SOFGRES) préconise un certain nombre d'initiatives pour mener des actions visant à renforcer la sécurité des patients. Cette démarche vise « à intégrer la gestion des risques dans le management hospitalier, dans ses dimensions stratégiques, économiques et humaines, à partager les expériences opérationnelles intégrant les professionnels, les usagers, les instances régionales autour de la sécurité des soins et répondre aux exigences réglementaires des référentiels de la certification des établissements de santé ²³ ». L'objectif à atteindre est une politique intégrée et une démarche globale des risques au sein des établissements de santé afin de promouvoir une réelle dynamique de prévention dans un contexte de recomposition globale de l'offre de soins.

1.2.3 D'une approche réactive à une approche proactive

Les pratiques médicales et soignantes comportent une « incertitude intrinsèque²⁴ » qu'il n'est pas possible de réduire totalement par des règles, et qu'il est difficile de faire accepter aux patients. Il est nécessaire dans cette démarche d'appréhender et de connaître la responsabilité de la personne soignée, des professionnels et de l'établissement. Depuis peu, les professionnels de santé acceptent l'idée de répertorier et d'analyser les échecs ou défaillances de leurs pratiques par retour d'expérience. Ces démarches s'inscrivent dans une coopération médicale et administrative, où chacun doit avoir conscience de l'importance de la gouvernance du risque, en assimilant l'anticipation et l'incertitude dans les pratiques managériales. En parallèle, chaque acteur a pris conscience que la gestion et la prévention des risques ne se limitent pas strictement au domaine du soin, mais s'inscrivent dans un périmètre élargi qui concerne la santé, l'alimentation et l'environnement avec comme objectif final le besoin d'assurer la continuité des soins et le suivi des personnes prises en charge.

La gestion des risques au sein des établissements doit répondre à plusieurs objectifs. Il faut distinguer l'objectif de prévention²⁵, de l'objectif de récupération qui est davantage orienté vers l'atténuation des conséquences, et la mise en place de moyens de détection et de barrières précoces. Ces deux objectifs impliquent qu'en amont les points critiques des processus de prise en charge soient identifiés et répertoriés. Ils imposent également une connaissance des règles de l'art des pratiques médicales et soignantes qui doivent

²³ DUMAY M F., 2008, « Gouvernance des risques en établissement de santé », *techniques hospitalières*, n°712, pp.19-22.

²⁴ LEROUX V., juin/juillet 2008, « Promoteurs d'organisation de santé : quels risques ne voulez vous pas voir apparaître ? », *Gestions hospitalières*, p.403.

²⁵ Avant la survenue de tout événement anormal dans le processus de prise en charge.

être formalisées et connues des professionnels de santé en fonction de leur domaine de compétences. Au delà de cette démarche, il est indispensable que soient appliqués les comportements de sécurité et que la continuité de service soit assurée.

Quatre étapes doivent être respectées dans la gestion et la prévention des risques. La première étape consiste à identifier et répertorier les risques, en s'appuyant à la fois sur une approche réactive et proactive. Dans un deuxième temps, l'évaluation permettra de hiérarchiser l'impact des risques sur la structure. De ces deux étapes découle un plan d'action pour faire face aux risques non acceptables. La dernière étape consiste à prendre en compte les risques qui persistent malgré la mise en place d'actions de prévention.

L'approche réactive trouve son origine dans la survenue d'un incident auquel elle cherche à apporter des corrections pour éviter qu'il ne se reproduise et en limiter les conséquences. Elle permet de « *faire ressortir une action pertinente pour le service d'où a émergé l'information, mais aussi vers les autres services qui peuvent affronter les mêmes problèmes : véritable boucle rétroactive d'amélioration continue à partir des informations du terrain. Cela peut se faire sous forme de fiches de signalement, de mini staffs, diverses options sont possibles et peuvent s'adapter au contexte de chaque service*²⁶ ».

L'approche proactive s'inscrit davantage dans une stratégie de prévention, cherchant à appréhender les problèmes en amont pour éviter leur apparition. Elle s'appuie sur l'Approche Préliminaire des Risques (APR) qui « *est une méthode d'analyse qualitative et inductive, qui partant d'événements primaires, tente d'établir un scénario pour aboutir à de possibles événements redoutés ou accidents*²⁷ ».

Il semble que l'analyse des incidents soit insuffisamment valorisée et que le retour bénéfique des informations et mesures préventives vers les unités de soins soit imparfait. A partir de ce constat « *peut être serait il pertinent de créer un lieu d'échange entre les différentes unités d'un même hôpital pour qu'elles s'informent respectivement de leur façon de travailler, car les approches sont différentes*²⁸ ». Dans cette démarche, le directeur des soins doit inscrire le projet de soins et la mise en œuvre de la gestion des risques et la sécurité des soins dans une approche à la fois réactive, mais aussi proactive.

²⁶ ELLENBERG E., décembre 2003, « Le management des risques à l'hôpital », Actualités et Dossiers en santé Publique (ADSP), n° 43, pp.63-66.

²⁷ Ibid.

²⁸ Ibid.

2 Analyse compréhensive du terrain

Le choix d'analyser les pratiques professionnelles à partir d'entretiens orientés vers des catégories professionnelles ciblées a été retenu, avec en parallèle une observation des pratiques sur le terrain et une recherche bibliographique.

2.1 Des entretiens au sein de deux établissements publics de santé

Les entretiens se sont déroulés au sein de deux établissements publics de santé, de mars à juin 2009. Ces deux établissements ont été également les terrains de stage ce qui nous a permis en plus des entretiens d'observer les pratiques professionnelles.

Ils développent des activités MCO et de santé mentale et sont chacun référents pour leur territoire de santé.

2.1.1 Présentation des établissements

Les directeurs des soins, maîtres de stages ont été informés dans le cadre de la présentation des objectifs de stage du thème de ce travail de mémoire.

Le premier établissement est référent d'un territoire de santé de 256 000 habitants ou la population est dispersée sur le territoire qui est plutôt rural. Le deuxième établissement prend en charge une population de 340 000 habitants, dont 190 000 habitants à proximité de l'agglomération principale.

Les premiers entretiens ont eu lieu du 16 mars au 03 avril 2009 au sein du premier établissement qui compte 802 lits et places, dont 303 lits en Unité de Soins de Longue Durée (USLD) ,30 lits et 4 places de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), 12 lits d'Hospitalisation A Domicile (HAD), 12 postes d'hémodialyse et 28 places d'hôpital médico chirurgical et d'oncologie. L'activité est répartie sur différents sites.

Un site comportant des SSR, des unités de médecine physique et réadaptation, et un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) avec une unité de soins de longue durée. Ce site comporte également le centre de radiothérapie, l'HAD, l'équipe mobile de soins palliatifs, l'unité de concertation pluridisciplinaire en oncologie, le centre de coordination en cancérologie, la coordination territoriale en promotion de la santé mentale et en prévention du suicide.

Un établissement d'accueil et d'hébergement pour personnes en situation de handicap. Le site principal situé en périphérie de la ville comprend l'activité de MCO avec hospitalisation complète, de jour et de semaine, le plateau technique, le laboratoire inter hospitalier, le service des urgences, la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) et la psychiatrie adulte et infanto juvénile. Les structures extra hospitalières de psychiatrie sont réparties sur la commune d'implantation du CH et une commune située à 25 kilomètres.

Un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) et un Institut de Formation des Aides Soignants (IFAS) sont également rattachés à l'établissement.

Le budget d'exploitation est de 112 millions d'euros, le budget d'investissement est de 12 millions d'euros et le budget des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC) est de 9 millions d'euros.

Le deuxième établissement possède 1236 lits et 350 places soit un total de 1586 lits et places. Les entretiens ont eu lieu du 25 mai au 19 juin 2009. Cet établissement est au moment des entretiens en préparation de sa procédure d'auto évaluation, en perspective de la procédure de certification qui se déroulera pendant le mois de février 2010. Il est constitué de deux sites comprenant cinq établissements. Un premier site pour l'activité MCO comprenant 565 lits et 67 places plus 30 places d'HAD et un EHPAD de 63 lits. Le deuxième site où se trouve 275 lits et 154 places de psychiatrie, une USLD, un service de SSR et 92 lits d'EHPAD.

Le CH comprend également un IFSI et un IFAS.

Le budget d'exploitation de l'établissement est de 218 millions d'euros et le budget d'investissement est de 100 millions d'euros sur cinq ans.

Il est certifié V2 depuis 2006, la prochaine visite de certification aura lieu en février 2010.

Le CH s'inscrit actuellement dans un projet de la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH) pour le service des urgences.

2.1.2 Le recueil de données

Cette partie du travail a comporté deux phases. Tout d'abord une recherche documentaire qui s'est prolongée tout au long de ce travail et une enquête de terrain à partir d'entretiens semi-directifs.

La première étape a donc consisté en une revue de la littérature sur la gestion et la prévention des risques en établissement de santé. Cette étape du travail s'est appuyée sur les revues professionnelles, les mémoires de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP) et de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), puis par la consultation d'ouvrages. Les interventions dans le cadre de la formation de Directeur des Soins (DS) ont également été mises à profit dans le cadre de ce travail. Enfin, la consultation des sites internet du ministère de la santé, de certaines ARH, et de la Haute Autorité en Santé (HAS) ont permis d'enrichir cette recherche.

Dans un deuxième temps, les entretiens ont été réalisés à partir d'une grille d'entretien semi directif ²⁹ élaborée à partir des thèmes qu'il semblait utile d'investiguer afin de

²⁹ Annexe 1.

vérifier les hypothèses de départ. Les questions ont ensuite été adaptées aux professionnels interrogés. L'entretien abordait quatre thèmes :

- ✓ Les risques liés à l'activité de soins et la politique institutionnelle,
- ✓ Les modalités de mise en œuvre de la gestion et la prévention des risques,
- ✓ Les moyens d'analyse des EIG,
- ✓ Le type de management de la gestion des risques.

Ces différents entretiens, d'une durée moyenne de 45 minutes, ont été enrichis des échanges que nous avons pu avoir au cours des stages. Ils ont été enregistrés et retranscrits avec l'accord des personnes interviewés tout en respectant l'anonymat. Les personnes interviewées ont dans certains cas fait preuve de prudence au début des entretiens, ce qui nous a conduit tout en restant dans une attitude et une écoute empathique à développer un échange plutôt qu'une simple attitude d'écoute et de retranscription.

L'idée de départ de n'interviewer que des cadres supérieurs de santé, cadres de pôle et des directeurs des soins a vite été abandonnée au vu de la réflexion, de l'analyse en cours et du champ multidisciplinaire et transversal de ce travail. Les personnes avec qui ont eu lieu les entretiens sont tous des professionnels paramédicaux, administratifs, ou médicaux en activité.

2.1.3 Les limites de ce mémoire professionnel

Ce mémoire essaye de comprendre les modalités mises en œuvre dans le cadre de la gestion des risques au sein des établissements de santé, tout particulièrement dans une stratégie de prévention des risques liés aux activités de soins. La durée de la formation et le temps disponible pour la réalisation de ce travail ne m'ont pas permis de réaliser des entretiens au delà de deux centres hospitaliers et de n'avoir qu'un seul entretien avec un représentant du corps médical. Ce travail s'appuie sur des données qualitatives et ne peut être assimilé à un travail de recherche, mais a pour objectif d'appréhender la démarche mise en œuvre dans un champ particulier de l'activité soignante au sein d'établissements publics de santé. Les résultats obtenus ne peuvent être généralisés.

Il s'inscrit dans une démarche méthodologique permettant de comprendre à travers le discours de différents acteurs du secteur sanitaire la démarche globale mise en œuvre dans un champ particulier de l'activité de soins.

2.2 Approche des entretiens

Le choix d'effectuer une analyse thématique des entretiens après extraction des données significatives par établissement a été retenu. Les différentes données sont traitées conjointement si les résultats sont identiques. L'objectif de cette analyse est de dégager des données significatives permettant de faire émerger des préconisations pour le directeur des soins.

2.2.1 Analyse thématique des entretiens

Thème 1 : *les risques liés à l'activité soignante font-ils l'objet d'une politique institutionnelle ?*

Le premier établissement possède depuis 2001 un service qualité mis en place dans la perspective de l'accréditation réalisée en 2003. Cette première visite d'accréditation s'est soldée par une réserve du fait de l'inexistence d'un dossier médical unique, l'absence dans certains cas de prescriptions médicales écrites et l'insuffisante capacité d'archivage. Il y a le souhait de développer une politique institutionnelle à l'issue du diagnostic de la certification qui a eu lieu en janvier 2008 après l'installation dans un nouvel établissement. Pour l'ingénieur qualité ce déménagement avait « *mobilisé toutes les énergies* », ce qui explique les réserves de la certification de janvier 2008. La direction des soins de cet établissement est organisée autour de deux Directeurs des Soins (DS): un DS Coordonnateur Général des Soins (CGS) et un DS chargé de missions en particulier dans le domaine de la sécurité des soins, de l'hygiène et de l'activité du bloc opératoire. Un médecin est chargé de mission depuis trois mois pour 50% de son temps de travail au service qualité avec une activité spécifiquement orientée pour le moment sur le recensement des événements indésirables. Il est accompagné dans cette démarche par un Cadre Supérieur de Santé (CSS), cadre de pôle qui pense « *que pour le moment cette démarche n'en est qu'à ses débuts et que l'objectif de cette étape est d'assurer la traçabilité des événements indésirables...il s'agit également de centraliser le recensement des événements indésirables* ».

Pour le CGS, cette politique doit aboutir au développement « *d'une politique institutionnelle* » qui devra par la suite être développée au niveau des pôles et qui pour les activités de soins paramédicaux sera coordonnée par la direction des soins en lien dans une perspective plus globale avec la direction qualité et les représentants du corps médical issus de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

Le CSS évoque « *le soutien indispensable* » des cadres de santé des unités de soins qui sont des « *gardes fous* » par rapport aux dysfonctionnements. Leur contact direct avec les patients, les médecins et les autres professionnels de santé apparaît pour l'ensemble des personnes interviewées comme un point indispensable pour faire circuler l'information de

manière descendante et ascendante. Le cadre de santé est également la personne qui va mettre en œuvre, « *faire appliquer*³⁰ », les politiques institutionnelle et du pôle dans le champ de la gestion des risques au niveau de l'unité de soins. Pour l'ingénieur qualité, « *la pierre angulaire* » d'une politique qualité comportant un volet prévention des risques est le cadre de santé. L'ingénieur qualité souhaite participer davantage aux réunions de cadres de santé pour développer une véritable « *stratégie institutionnelle* ». Aujourd'hui sa participation se limite aux réunions de cadres élargis et aux instances lorsque le sujet nécessite sa présence. Le développement d'une politique institutionnelle de gestion des risques passe par cette évolution. Le seul contact direct, et sur une période limitée, avec les cadres de santé à lieu pendant la phase de la procédure d'auto évaluation. L'ingénieur qualité est certain que la direction des soins « *investie* » le champ de la qualité au niveau institutionnel. Toutefois, cet investissement ne se traduit pas par un partenariat fort entre les trois membres que devraient être la direction des soins, la direction de la qualité et le corps médical. Sur ce thème, le CGS et le DS pensent que les choses évoluent et que la stabilisation de l'organisation en pôles d'activités permettra d'investir ce champ et de développer des collaborations avec la CME et le service qualité. Le médecin en charge de la qualité qui est aussi membre élu de la CME pense que le recensement en cours le conduira à développer des partenariats avec la direction des soins. Il est membre du service qualité, mais pense que les médecins « *à partir de la sous commission de la CME en charge de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins vont investir ce champ* » qui concerne directement leur exercice professionnel.

Le deuxième établissement est certifié V2 depuis 2006. La Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité (DURQ) a mis en place un comité de pilotage qualité et gestion des risques qui compte parmi ses membres un représentant du corps médical, un DS et un membre de la DURQ. La certification V2010 aura lieu au mois de février 2010. L'auto évaluation est actuellement en cours et des groupes de travail ont été mis en place.

Des professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs participent à ces groupes qui sont animés par des personnels de la DURQ. Les DS participent à plusieurs groupes de travail dont le management stratégique, le management de la qualité et de la sécurité des soins, et droits et places des patients.

La direction des soins est organisée autour d'un CGS, qui en plus de l'activité de coordination assure la direction des soins des unités de santé mentale et de gériatrie. Un DS assure la direction des soins de l'activité MCO et des missions transversales en particulier dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques. Pour le directeur de la DURQ, la démarche qualité au sein de l'établissement a pendant longtemps été perçue

³⁰ Pour un des cadres supérieurs de santé.

comme une approche « *statique et procédurale des soins* ». Il est donc difficile d'engager une politique institutionnelle de gestion et de prévention des risques. Néanmoins, l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) dépasse le « *côté procédural* » et il constate que cette pratique permet une évolution de la perception de la démarche qualité au niveau du corps médical. Cette mutation est « *indispensable* » car la certification V2010 est axée sur la qualité et la sécurité des pratiques et des soins. Le directeur de la DURQ évoque également la check-list sécurité des soins au bloc opératoire³¹ « *qui remettra du sens dans l'action collective, l'approche collective étant indispensable pour prendre en compte les interactions dans la prise en charge des patients* ». Il évoque également l'idée qu'au niveau de l'institution la recherche d'efficacité précède la recherche d'efficience et que cela est facilité par un budget excédentaire depuis plusieurs années. Aujourd'hui, les « *événements indésirables font l'objet d'une approche statistique après saisie des événements indésirables par des gestionnaires de risque qui sont suivis d'une analyse institutionnelle* ». Cette analyse est réalisée par une cellule au sein de laquelle siègent au minimum un représentant de la CME, un DS et un représentant de la direction de la qualité. Pour argumenter cette démarche un DS souligne que l'institution est engagée dans des logiques visant à diminuer les conséquences d'événements indésirables et les prévenir. Le Contrat de Bon Usage (CBU) du médicament est une de ces démarches mais également « *la mise en œuvre dans les unités de soins d'un logiciel de prescription médicale qui a permis d'éviter le défaut de prescription et la réalisation de ces prescriptions de manière conforme par les infirmiers* ³² ». La deuxième démarche institutionnelle en cours est le développement d'une démarche de prévention des escarres qui implique la direction des soins, la direction des affaires économiques et la DURQ. Le corps médical ne faisait pas partie de ce groupe de travail jusqu'à ce que le président de la CME rappelle que les médecins « *font aussi de la prévention* ». Concernant la politique institutionnelle dans le champ de la prévention gestion des risques, un CSS pense qu'il « *appartient au DS de donner le sens, de tirer le groupe, de définir la politique de gestion des risques et la philosophie du soin en lien avec les CSS* ». Pour un autre CSS il peut arriver que « *la politique de gestion et prévention des risques soit forcément développée avant le niveau institutionnel, au niveau des pôles, par exemple dans le cadre d'une procédure des produits cytotoxiques en cancérologie* ».

³¹ La Haute Autorité de Santé (HAS) présente la mise en place de la check-list « sécurité des soins au bloc opératoire » le 26 juin 2009. Cela n'est pas réalisé au moment de l'entretien.

³² Propos tenus par un cadre de santé lors de la présentation du logiciel de prescription médicale au cours d'un entretien sans lien avec le travail du mémoire professionnel.

L'analyse de cette rubrique met en évidence le souhait pour les deux établissements de développer au niveau institutionnel la politique de prévention et de gestion des risques sauf dans le cas de certaines pratiques très spécifique à un pôle. Dans les deux établissements, cette démarche intègre des représentants du corps médical, de la direction des soins et de la direction de la qualité, de façon plus forte pour le deuxième établissement. Pour un des établissements, le cadre de santé du fait de sa position hiérarchique et fonctionnelle apparaît comme ayant un rôle fondamental dans la récupération et la diffusion des informations. Le rôle de la direction des soins dans ce champ d'activité est mis en avant par les CSS du deuxième établissement, et un des DS dans chaque établissement est chargé de mission dans le domaine des vigilances, de la qualité et de la gestion des risques.

Thème 2 : Comment est construite la politique de gestion et de prévention des risques ?

Le premier établissement ne développe pas à ce jour réellement une politique de prévention des risques. La seule mesure mise en œuvre concerne la prescription médicale et le suivi de sa mise en œuvre. Cette démarche fait suite à une injonction de l'ARH qui a accordé un financement pour sécuriser cette pratique et prévenir les effets indésirables liés à l'utilisation des médicaments. Cette démarche c'est traduite concrètement par la mise en œuvre d'un logiciel informatique de prescription médicale et de traçabilité de la délivrance des médicaments par le personnel paramédical. Pour le directeur de la qualité, la nomination d'un médecin à temps partiel doit permettre très rapidement de recenser les événements indésirables potentiels pour réaliser la cartographie des risques « *à partir d'une analyse préliminaire des dangers existants au niveau de la structure* ». L'objectif est de développer une politique de prévention des risques en fonction du niveau de criticité. Pour le directeur qualité, l'ancien président de la Coordination des Vigilances et des Risques Sanitaires (COVIRIS) « *n'était pas très impliqué* » et n'a pas souhaité développer une réelle politique de gestion des risques orienté vers la prévention. Le médecin du service qualité et le nouveau président du COVIRIS souhaitent mettre en place une politique de prévention à partir de la cartographie des risques. A cette fin, une formation pour le personnel de la direction de la qualité est réalisée avec un organisme national. Quatre établissements du territoire de santé participent également à cette formation. Cette étape constitue la première phase de démarches communes. Ces quatre établissements ont réalisé conjointement l'audit du circuit du médicament, et le recueil des événements indésirables est au « *stade de l'ébauche*³³ » aujourd'hui. Pour le directeur qualité ce recueil doit être participatif. Pour

³³ Pour l'ingénieur qualité.

cela, des groupes doivent être constitués avec des professionnels motivés et ayant un certain niveau d'expertise. La cotation des risques permettra de prioriser les actions. Pour un des CSS il est regrettable que le travail réalisé jusqu'en 2007 avant le déménagement vers le nouvel établissement n'ait pas été repris pour constituer « *une base de travail. Cela est dommage car dix huit mois après l'installation dans le nouvel établissement il faut recommencer à zéro le même travail* ». Pour le DS, la réorganisation structurelle et organisationnelle, avec le passage d'unités de trente à quarante cinq lits, le nouveau fonctionnement des services logistiques et de la pharmacie ne permettent pas de réutiliser les éléments qui avaient été recensés dans l'ancien hôpital. La cartographie des risques « *doit être construite de manière globale dans un premier temps et pôle par pôle dans un deuxième temps avec un document identique pour tout l'établissement*³⁴ ». Pour l'ingénieur qualité, le travail pour la cartographie des risques liés aux activités de soins n'est qu'à « *l'état d'ébauche* », la cartographie des risques n'ayant été amorcée que pour les risques professionnels.

Pour le deuxième établissement, la cartographie des risques n'est pas à ce jour réalisée. Certaines démarches sont engagées dans certaines unités de soins, avec des réajustements par la suite, mais sans formalisation à ce jour et sans réel recensement. Pour le directeur de la DURQ, la cartographie des risques doit permettre de développer une « *stratégie permettant d'éviter la survenue d'un événement indésirable à partir d'une stratégie de prévention* ». Pour le directeur des soins « *la cartographie des risques n'est pas une fin en soi, mais constitue le préambule d'une véritable stratégie de prévention des EIG liés aux soins* ». Par exemple le service de cardiologie est aujourd'hui engagé dans une « *analyse approfondi à priori* » des EIG susceptibles d'intervenir lors des actes de soins. La stratégie retenue au sein de cet établissement pour la mise en place de la cartographie des risques est un recensement par unité de soins avec une centralisation à postériori. Pour le directeur de la DURQ, l'identification des risques doit être sollicitée par unité de soins. Le médecin responsable de l'unité ou son représentant et le cadre de santé sont les « *deux éléments indispensables* » de cette démarche. Pour un CSS, au sein des unités de soins, « *la sensibilisation des agents est d'autant plus forte que le niveau de criticité de l'activité de soins est élevé* ». Pour un autre CSS, le recensement au sein des unités de soins relève davantage « *d'un travail d'expert* ». Mais la synthèse de ce travail « *nécessite la participation du maximum de professionnels du service toutes catégories confondues afin que chacun se sente impliqué* ». Pour un autre CSS, la DURQ est le « *support logistique pour la réalisation de la cartographie...le recensement étant vraiment un enjeu collectif* ».

³⁴ Pour le directeur des soins.

L'analyse de cette partie des entretiens démontre que, si à ce jour aucun des deux établissements n'a réellement développé la cartographie des risques, l'enjeu en est bien compris. Pour le directeur des soins du deuxième établissement la cartographie des risques est le véritable élément constitutif d'une politique de prévention des risques. La nécessité d'un niveau d'expertise lors du recensement apparaît également comme un point important ainsi que la participation de l'ensemble des professionnels pour que le niveau d'implication soit satisfaisant.

Thème 3 : existe t-il une analyse type retour d'expérience après survenue d'un EIG lié aux soins et un management institutionnel de la gestion des risques ?

Pour le **premier établissement**, il y a maintenant lors de la survenue d'un événement indésirable une réponse systématique du médecin du service qualité. Pour le directeur du service qualité, il ne s'agit que « *d'une ébauche d'analyse sans véritable implication des personnes directement concernées par cet événement* » et le retour de cette analyse n'est effectué que vers le cadre et le médecin responsable de l'unité concernée. Il ne peut donc pas « *réellement y avoir de stratégie managériale* » en lien avec les risques au sein de l'établissement. Pour l'ingénieur qualité « *le retour de l'analyse ne se fait que vers le déclarant et sa hiérarchie... bien entendu, les actions correctrices pour stopper ou diminuer les effets sont mises en place immédiatement au sein de l'unité impliquée* ». Il est regrettable que des mesures permettant « *d'éviter la résurgence d'un risque* » au sein de l'unité de soins et de l'ensemble de l'établissement ne soient pas mises en œuvre. Les autres services ne bénéficient pas de l'information, ce qui est dommage car cette démarche permettrait de « *sensibiliser les professionnels* ». Pour un CSS, le plus long dans la démarche type retour d'expérience « *c'est la communication descendante vers les professionnels, pas l'analyse du processus* ». Pour un autre CSS, le retour d'expérience lorsqu'il sera réellement efficace devra être « *institutionnel* », avec toutefois une nuance en fonction de l'événement survenu qui dans certains cas peut être très spécifique à une unité de soins. Pour le directeur des soins, le retour d'expérience sera une aide pour les cadres et les CSS de l'établissement, « *c'est un moyen de réflexion et d'analyse* » par rapport aux dysfonctionnements. Pour le directeur qualité il est indispensable que le cadre et le CSS ainsi que le médecin responsable de l'unité de soins soient présents lors de l'analyse du dossier impliqué dans la survenue d'un EIG « *surtout si cela fait suite à la réclamation d'un patient* ». Pour le DS, le retour d'expérience est une bonne pratique qui « *s'appuie sur des événements concrets, et même si ces situations sont non satisfaisantes, cela parle aux professionnels car l'incantation à ses limites* ».

Pour le **deuxième établissement**, la déclaration d'EIG est possible par l'ensemble des professionnels depuis 2006. Le système de déclaration a évolué depuis 3 mois, avec

maintenant une déclaration qui doit être effectuée auprès du cadre de santé pour éviter que les agents n'aient à chercher le bon interlocuteur pour faire cette déclaration. Auparavant les déclarations étaient faites directement auprès du service qualité. Aujourd'hui, c'est le cadre de santé qui transmet cette information après avoir averti le CSS et le médecin responsable de pôle. L'objectif de cette nouvelle organisation est de voir augmenter le nombre de déclarations pour alimenter la cartographie des risques. Aujourd'hui, la première cause de déclaration concerne les problèmes d'identitovigilance. Pour le directeur de la qualité ce sont « *malheureusement lorsque les événements ont eu lieu que l'on réagit* ».

Cet établissement est également aujourd'hui engagé dans deux démarches réactives.

La première concerne le service d'endoscopie où suite à un état des lieux consécutifs à un changement de l'équipe d'encadrement, le nettoyage inadapté d'un canal auxiliaire d'endoscope est mis en évidence. Ce constat a conduit au rappel de quatre cent patients. A la suite de ce constat, une révision des pratiques professionnelles afin de sécuriser l'acte endoscopique et permettre aux professionnels d'exercer dans des conditions de sécurité adaptées pour eux-mêmes et les patients est mise en place.

La deuxième démarche fait suite à une plainte d'un patient reçu au niveau de la direction de l'établissement. Ce dernier, hospitalisé pour une très courte durée en service de chirurgie est sorti avec une escarre. Pour le DS, l'objectif est maintenant de développer une vraie politique institutionnelle pour prévenir ce type d'événements. La CSIRMT « *permet de communiquer les résultats, mais aussi les suites qui seront données à ces deux EIG* ». Pour le DS cette « *approche doit faciliter la prise en compte des EIG car elle démontre que c'est le collectif qui est concerné et pas seulement celui qui est intervenu lors de l'incident* ».

L'analyse de ce thème met en évidence pour les deux établissements une gestion des risques réactive sans véritable politique de prévention. Toutefois, et en particulier pour le deuxième établissement une stratégie de communication est mise en œuvre par l'intermédiaire de la CSIRMT, avec une utilisation stratégique des EIG. L'analyse approfondie de deux EIG permet d'alimenter la cartographie des risques et de développer une politique de prévention des risques.

2.2.2 Analyse en regard des hypothèses

A ce stade du travail il s'agit de mettre en parallèle l'analyse des entretiens et les hypothèses émises en introduction de ce mémoire professionnel.

Première hypothèse : l'organisation en pôle d'activité augmente l'hétérogénéité des pratiques pour la gestion et la prévention des risques liés aux soins.

Le premier élément qui se dégage lors des entretiens est le souhait pour l'ensemble des personnes interrogées d'une politique institutionnelle dans le champ de la gestion et de la prévention des risques. Pour un des deux établissements, l'organisation en pôles d'activité apparaît comme un frein, mais uniquement parce que cette organisation n'est pas encore « stabilisée ». La mise en évidence de certaines pratiques spécifiques à un pôle d'activité fait apparaître dans certains cas le besoin de débiter et de finaliser la réflexion au niveau d'un pôle mais n'est pas une entrave à son partage et à son inscription dans la cartographie institutionnelle des risques. L'importance du cadre de santé dans le recensement et la gestion des risques est clairement affirmée par l'ensemble de personnes interviewées. Son rang dans l'organigramme de la direction des soins, sa position hiérarchique avec les professionnels paramédicaux, son lien fonctionnel avec les équipes médicales et son implication vis-à-vis des patients le positionne comme l'interface d'un ensemble d'éléments ayant tous le même objectif qui est la qualité et la sécurité des soins. Le cadre de santé apparaît comme la courroie de transmission indispensable dans le processus de communication ascendant et descendant. Un niveau d'expertise pour le recensement de certains risques semble indispensable³⁵, et est exprimé par les CSS.

Il apparaît donc que l'organisation en pôles d'activités a peu de conséquences sur la gestion et la prévention des risques, et que ce champ de l'activité hospitalière est géré par la direction de la qualité, les équipes médicales et la direction des soins. Cependant si le recensement est obligatoirement réalisé au niveau du pôle, ce sont les modalités de mise en application qui nécessitent un élan institutionnel.

Deuxième hypothèse : la participation du directeur des soins à la mise en œuvre d'une politique institutionnelle coordonnée de gestion et prévention des risques peut permettre d'éviter cet écueil.

La première hypothèse ne confirme pas l'existence d'une gestion des risques uniquement au sein d'un pôle d'activité. Toutefois, à plusieurs reprises l'importance de l'organisation des soins en partenariat avec les équipes médicales est mise en évidence. Le DS, en interface et en lien avec la direction de la qualité et les représentants du corps médical voit son action identifiée dans ce champ d'activité. Le rôle reconnu au cadre de santé place le DS comme un des animateurs institutionnel de la gestion et de la prévention des risques. Si cet écueil n'existe pas au sein des deux établissements retenus pour cette enquête de terrain, c'est aussi parce qu'il existe un lien fonctionnel entre la direction qualité, la CME et la direction des soins.

³⁵ Cela est indispensable pour les activités de soins nécessitant un niveau de connaissance et d'expertise très important, par exemple les activités de radiothérapie.

Troisième hypothèse : l'élaboration de la cartographie des risques permet une approche pluridisciplinaire, préventive et coordonnée des risques.

Aucun des deux établissements de l'enquête n'a réalisé complètement la cartographie. Le deuxième établissement est plus avancé dans cette démarche. Toutefois, si la stratégie de recueil des informations est différente au sein des deux établissements, la finalité de la cartographie des risques est bien comprise avec une stratégie de prévention des EIG dans un deuxième temps. Pour un des deux hôpitaux, la mise en place d'une formation avec quatre autres établissements souligne le souhait d'inscrire cette démarche dans un partage d'informations au delà de l'institution. Cela peut être valorisé dans le cadre des évolutions réglementaires engagées dans le cadre de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

L'élaboration de la cartographie est reconnue comme participative et nécessitant l'implication du maximum d'acteurs. La nécessité d'une expertise pour certains recensements n'exclut pas la participation de l'ensemble des acteurs de l'unité de soins et est donc pluridisciplinaire. Les rôles du médecin responsable de l'unité de soins et du cadre de santé sont reconnus et valorisés pour le deuxième établissement.

Quatrième hypothèse : le directeur des soins doit intégrer l'analyse à posteriori des incidents et accidents survenus lors des actes de soins pour la gestion des pratiques soignantes, le management des équipes d'encadrement et fédérer l'ensemble des pôles d'activités.

Si pour un des deux établissements, le retour d'expérience n'est pas encore utilisé, cette pratique est considérée par le DS comme un moyen de réflexion et d'analyse. Les CSS souhaitent que l'analyse d'un EIG soit présentée de manière institutionnelle. L'analyse du processus « *est faite systématiquement et rapidement* », mais la communication est limitée aux responsables de l'unité de soins³⁶.

Pour le deuxième établissement, il y a le souhait de moderniser et simplifier les procédures de déclaration d'EIG. L'objectif est d'augmenter le nombre de déclarations, pour engager dans un deuxième temps une stratégie de prévention. La communication se fait par l'intermédiaire des instances, le CGS utilisant la CSIRMT à cette fin. Cet établissement a engagé deux démarches réactives à partir de deux pratiques que nous qualifions de « *pratiques exemplaires*³⁷ » et qui font l'objet d'un retour d'expérience institutionnel avec un objectif de prévention et de développement de bonnes pratiques.

³⁶ Remarque d'un des CSS.

³⁷ Qui peut servir d'exemple, selon le dictionnaire petit Robert

2.2.3 A propos de deux « *pratiques exemplaires* »

Nous souhaitons donner ce statut à deux pratiques observées au sein d'un des deux établissements où ont été pratiqués les entretiens et observations. Ces deux pratiques comportent à la fois une phase réactive immédiatement après le constat de survenue de l'événement indésirable, et une phase proactive avec une implication forte de la direction des soins, les équipes médicales et la DURQ. Dans le premier cas il s'agit d'une pratique inadaptée au niveau du service d'endoscopie avec un risque de contamination inter humaine entre les différents patients ayant bénéficié d'un examen endoscopique. Au delà du travail entrepris pour contacter quatre cents patients et mettre en œuvre les investigations médicales pour s'assurer qu'aucune contamination ne pouvait être mise en évidence, une réflexion a été entreprise pour améliorer les pratiques. Cette démarche concerne à la fois les pratiques médicales, les pratiques soignantes et administratives, car le travail de traçabilité des patients s'est avéré difficile du fait de l'inexistence d'un fichier administratif patient adapté. Cette réflexion collective a d'abord permis de modifier le fonctionnement de l'unité d'endoscopie digestive et d'exploiter certains points de réflexion au niveau d'autres unités de soins, le bloc opératoire en particulier.

Le deuxième exemple retenu concerne une escarre survenu lors d'un séjour de très courte durée au sein d'une unité de chirurgie. Cette démarche fait suite à la plainte d'un patient. Une réflexion est immédiatement engagée dans l'unité impliquée. La direction des soins souhaite engager une démarche institutionnelle, avec très rapidement une attache de la CME dans cette démarche et de la DURQ. Pour accompagner les pratiques soignantes, une réflexion est conduite concernant les prescriptions médicales afin d'accompagner le rôle propre des infirmières. L'achat de matelas anti escarre est engagé en concertation entre la direction des affaires économiques et la direction des soins. Enfin la réalisation d'un diaporama et d'une plaquette est confiée à l'infirmière en fonction au niveau de la DURQ. Le suivi de cette démarche est assuré par la direction des soins. L'objectif est de diffuser ce travail à la CSIRMT, dans les différentes unités de soins par l'intermédiaire des cadres de santé, et au sein de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers pour les étudiants de première année.

Cette démarche, au delà du souhait d'optimiser la prise en charge du patient, met en évidence que « *la gestion des risques ne peut être efficace qu'en sortant de la clandestinité et en menant des concertations. Pour cela, il est indispensable de ne pas encourager la répression mais plutôt d'aller vers un modèle préventif* ³⁸ ». L'objectif est de parvenir à partir de la cartographie des risques à anticiper et à construire un système où la prise en compte des risques en amont permet d'optimiser le suivi du patient.

³⁸ RICHOMME X., octobre 2008, « *La gestion des risques, une question culturelle* », Objectif soins, n° 169, pp.18-20. Cité par NAGYOS C., auteur de l'article.

3 Management et gouvernance des risques : posture de la direction des soins

3.1 Développer une politique de prévention des risques

Les établissements de santé sont aujourd'hui engagés dans un changement culturel pour aller de la culture de la faute à celle de l'apprentissage par l'erreur. Le dépassement, dans cette démarche de la gestion des vigilances et la prise en compte de l'ensemble des risques constituent le deuxième axe de ce challenge.

3.1.1 La cartographie des risques

En établissement de santé, « *les situations dangereuses peuvent être identifiées grâce à différentes approches, rétrospectives et prédictives*³⁹ ». Les situations dangereuses sont identifiées généralement à partir d'un système de signalement qui va permettre d'analyser et diminuer leur possibilité de survenue. Trois grands types de système de signalement coexistent : « *des systèmes passifs reposant sur la déclaration d'acteurs de santé, des systèmes passifs reposant sur la déclaration des patients et des systèmes actifs fondés sur l'analyse de dossiers*⁴⁰ ». A partir de ces signalements, l'objectif est de construire la cartographie des risques qui se doit d'être la représentation graphique et synthétique des risques d'une organisation. Cette démarche ne se limite pas à recenser mais doit également hiérarchiser l'ensemble des risques. A partir de ce travail, « *la qualité de la gestion des risques dépend de la qualité de l'analyse préliminaire des risques qui a été faite. Elle est elle-même le fruit de la rigueur apportée à l'élaboration de la cartographie des situations dangereuses...*⁴¹ ». Cette cartographie doit permettre d'avoir une gestion collective, partagée et acceptée du risque pour conduire si besoin à la prise de décision. Le recensement et l'élaboration de la cartographie des risques en établissement de santé comportent deux axes⁴². Un premier qui s'appuie sur les causes qui peuvent être naturelles, humaines, techniques, économiques et environnementales. Le deuxième axe prend en compte les conséquences telles que la perte d'exploitation, l'atteinte aux personnes, le dommage aux biens, la perte d'image, la perte d'information et les

³⁹ DHOS, CAP GEMINI, ERNST YOUNG, novembre 2002, « *Modèle de gestion des risques en établissement de santé. Organisation, méthode et outil* ».

⁴⁰ DREES, juillet 2007, « *Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine* », études et résultats, n°584.

⁴¹ DESROCHES A., LEROUX V., mai 2008, « *Elaboration de la cartographie des dangers sanitaires* », Gestions hospitalières, pp.356-358.

⁴² MOULAIRE M., 19 juin 2008, « *la cartographie des risques en santé* », 2ème congrès SOFGRES, Paris.

sanctions légales. L'évaluation de chaque risque prendra en compte sa probabilité de survenue, c'est-à-dire la fréquence et la gravité qui sont calculées à partir du coût du dommage ou évaluation d'expert, « *la criticité étant la multiplication de la fréquence par la gravité*⁴³ ». La cartographie ne doit pas être un élément statique, et toute survenue d'un risque doit être intégrée et induire une modification de la cartographie.

3.1.2 Le chemin clinique et la gestion des risques

Au sein des établissements de santé, la variabilité des pratiques peut être observée comme « *un facteur de la multiplication des risques dans la mesure où elle introduit une incertitude sur la pertinence des actes exécutés et une difficulté de coordination des soins, différents entre chaque acteur*⁴⁴ ». Dans ce contexte le chemin clinique « *qui identifie les activités des soins infirmiers, médicaux et paramédicaux, qui doivent être effectués de façon synchronisée et conséquente pour obtenir un épisode de soins approprié pour le patient en fonction des résultats cliniques désirés*⁴⁵ » apparaît comme un facteur permettant de sécuriser la prise en charge du patient. L'objectif du chemin clinique, qui englobe la notion de qualité et d'économie dans la dimension du soin permet de décrire et modéliser la prise en charge du patient autour d'un acte, avec l'objectif de couvrir le pourcentage le plus large de patients atteints de la même pathologie. L'apport du chemin clinique dans le cadre de la maîtrise des risques se justifie par plusieurs points. Tout d'abord la garantie pour le patient d'une prise en charge optimale en durée, choix thérapeutiques et soins avec une information fiable et complète. Pour l'établissement, c'est la garantie que les actes seront réalisés dans une organisation coordonnée en diminuant les risques de redondance, avec des choix thérapeutiques s'appuyant sur les preuves et la recherche d'efficacité. La continuité des soins, leur traçabilité, la recherche d'une coordination optimale entre les soignants permettent d'identifier les rôles de chacun et au final d'obtenir un point d'entrée pour l'analyse préliminaire des risques et envisager la démarche sécuritaire et préventive nécessaire. Ce travail préliminaire conduira à « *cette identification précise et reconnue par tous du parcours du patient et des flux de biens, de services et de soins qui va permettre de mettre en place des barrières de sécurité, ciblées spécifiquement sur des actes ou des situations à risque*⁴⁶ ». La HAS a

⁴³ Ibid.

⁴⁴ HANDSCHUH R., juin 2008, « *Chemin clinique et gestion du risque ou la gestion du risque dans le chemin clinique* », gestions hospitalières, pp.405-408.

⁴⁵ PETRYSHEN P. R. et al., 1992, « *The case management model: an innovative approach to the delivery of patient care* », journal of advanced nursing, pp.1188-1194.

⁴⁶ HANDSCHUH R., juin 2008, « *Chemin clinique et gestion du risque ou la gestion du risque dans le chemin clinique* », gestions hospitalières, pp.405-408.

décrit précisément la méthodologie de mise en place des chemins cliniques ⁴⁷ et l'utilise comme méthode validée d'EPP. Il est indispensable que la sécurité qui est « *la recherche d'une activité conçue et organisée avec un risque minimum* ⁴⁸ » soit intégrée dans le management des établissements de santé.

3.1.3 Le management des risques en établissement de santé

L'organisation hospitalière nécessite des méthodes d'approche pour maîtriser les données et les impacts en lien avec son fonctionnement. Il existe « *deux grands axes d'action : l'ingénierie et l'intervention. Dans l'ingénierie, le problème est posé et le travail est celui de la maîtrise de projet alors que dans l'intervention le problème est à faire émerger afin de lui trouver des solutions adaptées* ⁴⁹ ».

Le management des risques consiste « *à construire des attitudes et des comportements à partir de la prise de conscience de situations. Les avantages sont multiples : création de connaissances, enclenchement de la mise en œuvre, appropriations des leviers de changement, amélioration du choix des outils et des expertises utiles* ⁵⁰ ». La première attitude à adopter dans le management des risques en établissement de santé est de s'accorder une période suffisante d'observation pour analyser les points qui permettront d'engager un processus d'Analyse Prévisionnelle des Risques (APR) en développant des compétences relationnelles, de terrain et techniques. Cette période doit être propice à auditer et à se représenter les situations à partir d'un processus d'étonnement et de découverte. L'adaptabilité au contexte est également indispensable pour appréhender les insuffisances ou les dysfonctionnements qui peuvent apparaître lors de la conception de la procédure ou lors de sa mise en œuvre. Dans ce contexte, « *le management consiste à agir sur les comportements à travers la réflexion sur les valeurs et les limites des outils, c'est-à-dire à travers une méthode d'intervention. C'est pourquoi il est recommandé de faire appel à de la formation/intervention* ⁵¹ ». La gouvernance, quand à elle permettra d'équilibrer cette démarche entre la phase de détection, de l'analyse de l'information, de retour d'expérience et du management des ressources humaines. Ainsi « *la gouvernance des risques est le niveau supérieur du management, ou des cultures, des philosophies et*

⁴⁷ HAS, 2004, « *Chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité* », diffusion en 2006 d'un document réalisé par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) au titre de son programme de travail 2004.

⁴⁸ HANDSCHUH R., juin 2008, « *Chemin clinique et gestion du risque ou la gestion du risque dans le chemin clinique* », *gestions hospitalières*, pp.405-408.

⁴⁹ BALCET B., juin 2008, « *le management des risques et de la sécurité en santé* », *gestions hospitalières*, pp.392-398

⁵⁰ BALCET B., 2008, « *le management des risques et de la sécurité en santé* », *gestions hospitalières*, n°477, pp.392-398.

⁵¹ Ibid.

*des politiques s'expriment. Elle encourage à approfondir l'analyse des situations car elles révèlent les matériaux de base qui guident sa mise en œuvre*⁵² ».

3.2 Posture de la direction des soins

L'ensemble des constats obtenus à partir du recensement d'articles sur le thème de ce mémoire professionnel lors de la phase de recherche bibliographique, mais également lors de l'exploration sur le terrain et de l'analyse des questionnaires nous interroge sur notre fonction de directeur des soins au sein d'un établissement public de santé.

3.2.1 Une approche institutionnelle

La gestion et la prévention des risques en établissement de santé est l'affaire de tous et concerne l'ensemble des secteurs d'activités. Afin que l'ensemble des professionnels de l'institution s'approprie cette démarche, *« l'implication et l'engagement des décideurs dans la démarche sont nécessaires à sa crédibilité, à sa mise en œuvre effective et à l'impulsion d'une dynamique de changement étendue à l'ensemble des acteurs de l'établissement*⁵³ ». Tous les établissements de santé sont amenés à gérer des risques généraux, chaque établissements voit ses risques généraux modifiés par *« les particularités infrastructurelles et environnementales des activités, ainsi que les spécificités du secteur d'activité, directement liées au surinvestissement symbolique de la santé*⁵⁴ ». Dans ce processus, il est indispensable que le développement des compétences se construise à partir de *« l'association efficace de ressources techniques, médicales, soignantes et administratives, que des seuls gains de performance individuelles de telle ou telle catégorie de ressources*⁵⁵ ... ». Le DS doit être un des décideurs de cette réflexion pour créer l'impulsion et la coordination. Cette démarche *« est nécessairement intégratrice, tant diachroniquement que synchroniquement, des actions et des activités, principales et de soutien... La production de soins, par exemple devient ainsi une activité multidisciplinaire, intégratrice des métiers du système, dont les progrès ne dépendent pas exclusivement de l'amélioration des pratiques médicales, mais bien des pratiques et des organisations collectives*⁵⁶ ». L'approche à la fois réactive et proactive de la gestion des risques en établissement, doit se construire pour l'ensemble des secteurs d'activité de manière intégrative. Le DS, à travers le projet de soins, est à l'initiative de cette partie de l'activité. Ce n'est que dans le recensement, la valorisation, le partage d'information, qu'une politique institutionnelle permet à l'organisation de se mettre

⁵² Ibid.

⁵³ Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques, p.34.

⁵⁴ GERRIET A., mai 2008, *« De la véritable valeur du risque »*, gestions hospitalières, pp.359-362.

⁵⁵ Ibid.

⁵⁶ Ibid.

en configuration favorable pour engager sa politique générale. Cette politique s'appuie sur une analyse partagée de ses ressources organisationnelles et humaines. Le directeur des soins est un des éléments contributifs de l'élaboration de la politique générale de l'organisation. Il lui appartient à travers le management des cadres de santé de développer sa mise en œuvre.

3.2.2 Le management des cadres de santé

Le directeur des soins « *élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en œuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité* ⁵⁷ ». Ce projet en lien avec le projet médical est un des éléments constitutifs du projet d'établissement. Ce projet « *est le résultat de l'action entreprise par toute une équipe de professionnels et présente un ensemble de caractéristiques qu'il convient de décrire...il s'agit d'un document écrit et rédigé selon les normes administratives en vigueur...c'est pourquoi ce type de formalisation reste réservé à la communication dite institutionnelle* ⁵⁸ ». Le volet gestion et prévention des risques est un des versants du projet de soins qui comme nous l'avons vu précédemment doit s'inscrire dans la démarche institutionnelle. Le DS accompagne les CSS et les cadres de santé dans ce projet. A leur tour, ils vont assurer la transmission aux professionnels mais aussi garantir un retour d'information à la direction des soins. Ce retour d'information permet d'alimenter le projet, de le faire évoluer et de le maintenir adapté aux risques de l'établissement. L'équipe de direction recherche l'implication du plus grand nombre d'acteurs des différentes catégories professionnelles, avec un triple objectif : intégrer la gestion des risques dans le management hospitalier dans ses dimensions stratégiques, économiques et humaines ; partager les expériences opérationnelles et répondre aux exigences réglementaires des référentiels de certification des établissements de santé. Les cadres de pôle constituent le premier relais pour les directeurs des soins. Ils sont à l'interface des pôles et de l'institution, avec pour objectif de garantir des soins de qualité au niveau du pôle mais également en tenant compte des projets institutionnels et de la politique de la direction des soins. Ils sont les « *codécideurs et des relais organisationnels de l'évolution des processus transversaux de l'organisation des pôles* ⁵⁹ ». Le cadre de santé, quant à lui est à l'interface des professionnels paramédicaux et non médicaux, des équipes médicales, des équipes techniques et logistiques, des patients et de leurs familles. Il

⁵⁷ Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

⁵⁸ GROSJEAN P., DUVERNOIS F., 2000, « *Elaborer et mettre en œuvre un projet de service, guide pratique et méthodologique* », p.41.

⁵⁹ WOLF F., 2007, « *Sécurité sanitaire et gestion des risques en établissement de santé : quelle contribution du directeur des soins* », mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), p.53.

coordonne les activités de soins, fait appliquer la politique institutionnelle et de soins et recense les événements indésirables, fait remonter les informations et met en œuvre les premières mesures réactives. Il participe à l'élaboration du projet de soins, et collabore à la construction d'une politique proactive, permettant d'envisager une prévention des EIG à la fois institutionnelle et spécifique au pôle d'activité et à l'unité de soins.

3.2.3 Participer à la rénovation du management hospitalier

Les établissements de santé, du fait même de leur champ d'activité s'inscrivent dans un processus organisationnel évolutif. L'émergence de nouvelles techniques médicales et de prise en charge, les évolutions démographiques à la fois de la population et des professionnels de santé, la définition de nouveaux objectifs de santé publique, la réponse aux crises sanitaires nécessitent réactivité et adaptabilité. L'évolution de l'organisation hospitalière, et les possibilités offertes par les dernières évolutions réglementaires constituent également une opportunité de changement de paradigme organisationnel. Le DS dans ce contexte, en lien avec l'équipe de direction et le corps médical met en œuvre une politique de soins qui permet de répondre à ces évolutions. Pour cela, la participation de l'encadrement paramédical à la construction, la mise en œuvre et l'application de ce projet est indispensable. Mais tout changement doit être guidé par la ligne hiérarchique directe. Ce processus nécessite également l'accompagnement de la démarche par des formations, la reconnaissance et la valorisation d'expertise dans certains champs particuliers des soins.

La gestion des risques, permet d'anticiper l'attendu des patients qui est de plus en plus fort. En parallèle, les professionnels sont soucieux d'atteindre le risque zéro et d'offrir des soins de qualité. La politique de gestion des risques s'inscrit dans une stratégie à la fois réactive et préventive.

L'ensemble de ces évolutions ouvrent au DS de nouvelles opportunités à la fois au sein de l'établissement pour fédérer, coordonner, animer et anticiper la politique de gestion des risques orientée vers la prévention et non plus seulement développée dans une stratégie réactive. Cette démarche doit également être déployée dans le cadre de la mise en œuvre des communautés hospitalières de territoire où le partage d'expériences, d'informations enrichit la culture de chaque établissement. Cette nouvelle approche permet de constituer et consolider quotidiennement une base de données commune. Le DS dans la gestion des risques a un rôle dans le management stratégique mais également dans le déploiement opérationnel au sein des unités de soins de cette politique orientée vers une stratégie de prévention de l'ensemble des EIG.

Conclusion

La prise en charge et le suivi des EIG au sein des établissements de santé a pu être abordé dans le cadre de ce travail à partir d'une analyse de la bibliographie, d'observations de terrain et d'entretiens avec des professionnels de deux établissements de santé. Ce travail nous a permis d'appréhender les évolutions en cours dans le champ de la gestion des risques en établissement de santé et d'aborder la contribution du directeur des soins dans cette démarche.

L'ensemble des acteurs sont sensibilisés à la nécessité de limiter les conséquences d'un EIG, mais également de développer une politique active de prévention des risques.

Un consensus émerge concernant le rôle du cadre de santé dans la gestion des risques au sein des établissements de santé, mais également sur la nécessité d'ancrer cette démarche dans une stratégie proactive et non plus seulement réactive. La nécessité d'aborder ce champ de l'activité hospitalière de manière institutionnelle est également un des points clés de ce travail. Si l'organisation en pôle d'activité permet la proximité et un recueil plus rapide et efficace des EIG, la mise en commun et l'utilisation des retours d'expériences au niveau institutionnel sont unanimement perçus comme indispensables.

La constitution et l'utilisation de la cartographie des risques peuvent être le socle permettant de constituer une base des risques de l'établissement afin de développer une véritable politique de prévention. Le chemin clinique complète ce recensement et permet d'enrichir cette stratégie des spécificités de prise en charge institutionnelle. Cette démarche doit être fédérative et coordonnée au niveau institutionnel.

Le directeur des soins est un des acteurs de cette coordination. Il a un rôle stratégique en contribuant aux choix et aux orientations institutionnelles. Il s'assure également de la mise en œuvre opérationnelle de cette stratégie par les cadres de pôle et les cadres de santé des unités. Le directeur des soins crée du lien entre les différents intervenants et recherche la cohérence institutionnelle dans la réflexion et dans l'action avec les autres décideurs institutionnels.

L'ensemble des étapes visant à garantir, améliorer et sécuriser les soins ont pour objectif d'optimiser la prise en charge des patients et de permettre aux établissements publics de santé de mieux appréhender les évolutions de la société et les attentes des patients.

La gestion des risques constitue un levier de développement institutionnel, qui permet de dégager les synergies fonctionnelles au carrefour des différents métiers dans une vision stratégique et organisationnelle orientée vers la prévention des risques et la sécurité des soins. Cette démarche doit dans les prochaines années s'inscrire dans les projets du territoire de santé, pour enrichir la base de données de la cartographie des risques et développer des partenariats organisationnels et fonctionnels entre établissements de santé.

Sources et Bibliographie

OUVRAGES

- BERNOUX P., 1985, *La sociologie des organisations*, 5^{ème} édition revue et corrigée, Paris : Edition du seuil, 382 p.
- BARTHELEMY B., COURREGES P., 2004, *Gestion des risques, méthode d'optimisation globale*, 2^{ème} édition, Paris : Editions d'Organisation, 472 p.
- DEVERS G., 2007, *Code des salles de soins*, Rueil Malmaison : Edition Lamarre, 506 p.
- ETIENNE J., BLOESS F., NORECK JP., ROUX JP., 1997, *Dictionnaire de sociologie, les notions, les mécanismes, et les auteurs*, Paris : Hatier, 351 p.
- GROSJEAN P., DUVERNOIS F., 2000, *Elaborer et mettre en œuvre un projet de service : guide pratique et méthodologique*, Paris : Masson, 168 p.
- HAZEBROUCQ JM., BADOT O., 1997, *Le management de projet*, 2^e édition, Paris : Presses Universitaires de France, 127 p.
- LETEURTRE H., QUARANTA JF., 1999, *La qualité des soins médicaux*, 1^{ère} édition, Paris : Presses Universitaires de France, 127 p.
- MAISONNEUVE J., 2002, *La dynamique des groupes*, 14^{ème} édition mise à jour, Paris : Presses Universitaires de France, 123 p.
- MENDEL G., PRADES JL., 2002, *Les méthodes de l'intervention psychosociologique*, Paris : Edition La Découverte, 120 p.
- MINTZBERG H., 2001, *Le management, voyage au centre des organisations*, Paris : Editions d'organisation, 570 p.
- MORDELET P., 2006, *Gouvernance de l'hôpital et crise des systèmes de santé*, Rennes : Editions ENSP, 367p.
- SERRES JC., 2006, *Manager dans l'incertitude, gestion des risques maximum !*, La Plaine Saint Denis : AFNOR, 198 p.
- TRUFFEAU F., LE GUEVEL A., 2007, *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale*, Rennes : Editions ENSP, 492 p.

MEMOIRES

- ANGER D., 2008, *Personnaliser les soins, une politique du directeur des soins, mémoire Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) directeur des soins* : EHESP Rennes, 52 p.
- De JOUVANCOURT P., 2008, *Directeur des soins : un management par ou pour le transversalité*, mémoire Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) directeur des soins : EHESP Rennes, 49 p.

KANIA F., 2008, *Gestion des événements indésirables liés au médicament : d'une participation ponctuelle vers une implication pérenne des professionnels*, mémoire Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) directeur des soins : EHESP Rennes, 36 p.

SAINT ARNOULT F., 2008, *L'organisation en pôle d'activité : quelle opportunité de positionnement pour le directeur des soins ?*, mémoire Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP) directeur des soins : EHESP Rennes, 83 p.

WOLF F., 2007, *Sécurité sanitaire et gestion des risques en établissement de santé : quelle contribution pour le directeur des soins ?*, mémoire Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP) directeur des soins : ENSP Rennes, 70 p.

ARTICLES ET REVUES

BALCET B., 2008, « le management des risques et de la sécurité en santé », *gestions hospitalières*, n°477, pp.392-398.

BERNARD G, 2007, « Evénements Indésirables Graves : quelle méthode de détection adopter ? », *Objectifs soins*, n° 160, pp.14-15.

BERNARD G, 2007, « Panorama de la sinistralité 2006 des assurés », », *Objectifs soins*, n° 161, pp.15-16.

BREYSSE F., CAODUCO C., MULEC JL., FRIGO V., 2006, « Construire un système qualité au sein d'un établissement de soins », *Objectifs soins*, n° 142, pp. II-VII.

CAILLAT JF, MOLL MC., 2008, « management des risques et gouvernance », *techniques hospitalières*, n°712, pp.30-38.

DE GAILLANDE L., DEBROAS B., BRIESE JP., GALLONI D'ISTRIA E, 2007, « Sécuriser le circuit du médicament », *Objectifs soins*, n° 154, pp.24-31.

DELAMARE P., 2006, « Une nouvelle commission de soins infirmiers », *Objectifs soins*, n° 146, pp.8-10.

DERANGERE C., TONY A., CHRISTE R., 2008, « L'évaluation des pratiques professionnelles comme outil managérial », », *Objectifs soins*, n° 167, pp.24-26.

DESROCHE A., LEROUX V., 2008, « Elaboration de la cartographie des dangers sanitaires », *gestions hospitalières*, n° 476, pp.356-358.

DUHAMEL G., 2008, « De la sécurité sanitaire à la sécurité des soins en établissement de santé », *techniques hospitalières*, n°712, pp.23-25.

DUMAY M F., 2008, « gouvernance des risques en établissement de santé », *techniques hospitalières*, n°712, pp.19-22.

ELLENBERG E., 2003, « le management des risques à l'hôpital », *Actualité et Dossier en Santé Publique*, n° 43, pp.63-66.

GIGNON M., FORCIOLI P., BRAILLON A., 2008, « La qualité en santé, pourquoi compliquer les choses ? », *Soins cadres, supplément au n°65*, pp. S19-20.

HANDSCUH R., 2008, « Chemins cliniques et gestion du risque ou la gestion du risque dans les chemins cliniques », *gestions hospitalières*, n°477, pp.405-408.

- HEVE D., LEROUX V., 2008, « Prospective et stratégie. A un objectif de santé correspond un objectif de sécurité », *gestions hospitalières*, n° 476, pp.354-355.
- KOKOREFF M., RODRIGUEZ J., 2005, « Une société de l'incertitude », *Sciences humaines hors série La France 2005*, n°50, pp.6-9.
- LAYADI L., 2009, « Cartographie des risques : l'exemple du centre hospitalier de Guéret », *gestions hospitalières*, n°485, pp.218-224.
- MARASCHIN J., 2008, « Vers un financement de la qualité », *Objectifs soins*, n° 162, p.6.
- MICHEL P, QUENON JL, DJIHOUD A, TRICAUD-VIALLE S, DE SARASQUETA AM, DOMECCQ S et al. 2005, « les événements indésirables liés aux activités de soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale », n° 398, Drees études et résultats.
- NAGYOS C., 2008, « La gestion des risques, une question culturelle », *Objectifs soins*, n° 169, pp.18-19.
- REVERCHON A., 2005, « De crise en pandémie, comment la France s'est armée », *Le monde économie*, 25 octobre 2005, p.1.
- ROUAULT B., 2006, « L'Analyse des Modes de Défaillances et de leurs Effets et de la Criticité (AMDEC) à notre service », *Objectifs soins*, n° 151, pp.13-15.
- ROUAULT B., 2007, « La gestion des risques par les vigilances », *Objectifs soins*, n° 154, pp.14-15.
- ROUAULT B., 2007, « La sureté de fonctionnement », », *Objectifs soins*, n° 157, pp.17-18.
- SLIWSKA C., 2006, « Amélioration de la qualité des prestations : la place de l'encadrement et du cadre de santé », *Objectifs soins*, n° 148, pp.21-23.

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- REPUBLIQUE FRANCAISE 1996 – Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, Journal Officiel n° 98 du 25 avril 1996.
- REPUBLIQUE FRANCAISE 1998 – Loi n° 98-535 du 01 juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme, Journal Officiel n° 151 du 02 juillet 1998.
- REPUBLIQUE FRANCAISE 2002 – Loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, journal Officiel n° 54 du 05 mars 2002.
- REPUBLIQUE FRANCAISE 2004 – Loi n° 2004-806 du 09 août 2004 relative à la politique de santé publique, Journal Officiel n° 185 du 11 août 2004.
- REPUBLIQUE FRANCAISE 2007 – Loi n° 2007- 294 du 05 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, Journal Officiel n° 55 du 06 mars 2007.

Liste des annexes

ANNEXE 1 : Guide des entretiens semi-directifs.

ANNEXE 2 : Caractéristiques des établissements de santé retenus pour les entretiens.

GUIDE DES ENTRETIENS SEMI DIRECTIFS

1^{er} thème de question : les risques liés à l'activité soignante font-ils l'objet d'une politique institutionnelle ?

1/De quelle manière est organisée au sein de votre établissement la gestion des risques (hors vigilances) .Est-elle développée au delà des vigilances réglementaires ?

2/Avez-vous développé une politique de prévention des risques.

3/Cette politique est elle institutionnelle ou bien chaque pôle dispose d'une autonomie pour cette gestion ?

2^{ème} thème de question : comment est construite la gestion et la prévention des risques ?

1/Avez-vous mis en place la cartographie des risques au sein de votre établissement ?

2/Si oui, qui a participé au recensement ? Comment utilisez-vous cette cartographie ?

3/Ce recensement et cette cartographie ont-ils eu des conséquences sur les pratiques soignantes et le management des cadres de pôle et des cadres de santé ?

3^{ème} thème de question : existe-t-il une analyse type retour d'expérience après survenue d'un Evénement Indésirable Grave (EIG) lié aux soins et un management institutionnel de la gestion des risques ?

1/Y a-t-il une analyse systématique des accidents et incidents indésirables survenus ?

2/ Si analyse de type retour d'expérience qui en bénéficie ? (cadre de santé, cadre de pôle) ?

3/ Le retour d'expérience (analyse) est-il limité au pôle ou est-il institutionnel ?

4/ Quel partage d'expérience au niveau institutionnel ?

5/ Existe-t-il un management transversal de la gestion des risques dans leur globalité ?

PRESENTATION DES DEUX ETABLISSEMENTS RETENUS POUR LES ENTRETIENS

	CENTRE HOSPITALIER N° 1	CENTRE HOSPITALIER N° 2
POPULATION DU TERRITOIRE DE SANTE	256 000 HABITANTS	339 998 HABITANTS
NOMBRE DE LITS ET PLACES	802 LITS ET PLACES	1586 LITS ET PLACES
BUDGET D'EXPLOITATION	112 MILLIONS D'EUROS	218 MILLIONS D'EUROS
JOURNEES D'HOSPITALISATION EN 2008	222 532	364 462
PASSAGE AUX URGENCES EN 2008	31 102	43 000
EQUIPE DE DIRECTION	1 DIRECTEUR ET 5 DIRECTEURS ADJOINTS	1 DIRECTEUR ET 11 DIRECTEURS ADJOINTS
DIRECTION DES SOINS	1 COORDONATEUR GENERAL DES SOINS 1 DIRECTEUR DES SOINS	1 COORDONATEUR GENERAL DES SOINS 1 DIRECTEUR DES SOINS
NOMBRE DE POLES D'ACTIVITES	8	10
NOMBRE DE CADRES DE POLES	8	11
NOMBRE DE CADRES DE SANTE	36	94
FICHES DE SIGNALEMENT D'EVENEMENTS INDESIRABLES ET VIGILANCES	OUI	OUI
CIRCUIT DE SIGNALEMENT	SERVICE QUALITE	CADRE DE SANTE
REPONSES AUX DECLARANTS	ACCUSE DE RECEPTION	ENTRETIEN ORAL ENTRE LE CADRE DE SANTE LE DECLARANT, LE DIRECTEUR DES SOINS ET UNE PERSONNE DU SERVICE QUALITE
DATE PROCHAINE VISITE CERTIFICATION	2011	2010