

Cette série de quatre articles successifs a pour objectif de présenter de façon synthétique chacune des cinq étapes d'une démarche de gestion des risques, en proposant quelques outils jugés essentiels à leur mise en œuvre et des exemples de leur utilisation en établissement de santé.

Étape 1 :

Structurer une démarche collective de gestion des risques

P. Roussel, M.-C. Moll, P. Guez

1. Institut national de la transfusion sanguine, Paris
2. Centre hospitalier universitaire, Angers
3. Centre d'accueil et de soins hospitaliers, Nanterre

✉ **Dr P. Roussel**, Institut national de la transfusion sanguine, 6 rue Alexandre Cabanel, 75739 Paris cedex 15
E-mail : proussel@ints.fr

Démarche qualité, gestion des risques et évaluation des pratiques professionnelles constituent des approches complémentaires et souvent très imbriquées en établissement de santé. Elles ont pour objectif la maîtrise simultanée de plusieurs aspects de la délivrance des soins tels que la sécurité, l'accessibilité, l'acceptabilité, le caractère approprié, la continuité, la délivrance au bon moment, l'efficacité (ou atteinte des objectifs), l'efficience (ou l'atteinte des objectifs au meilleur coût), ceci en prenant en considération pour chaque étape du cheminement le système constitué du malade, de l'environnement, des intervenants, des méthodes, des matériels, des informations nécessaires ou disponibles, etc.

La mise en œuvre efficace d'une démarche institutionnelle en qualité-gestion des risques repose nécessairement sur une approche intégrée et systémique classiquement portée par quatre dimensions liées : stratégique, culturelle, structurelle et technique (1-6).

La *dimension stratégique* concerne l'ancrage institutionnel : politique formalisée et lisible par tous, objectifs et positionnement clairs de la démarche, implication de la « direction », thèmes et processus-clés à traiter, mobilisation des professionnels, identification et affectation des ressources nécessaires, légitimité des intervenants selon les thèmes, garanties apportées, notamment en termes de soutien institutionnel des projets, suivi et évaluation des résultats.

La *dimension culturelle* comprend la compréhension partagée du sens, des objectifs et des méthodes de la démarche, le développement d'une culture positive de l'erreur et de la mesure. Posture de l'encadrement, communication et formation en constituent les leviers essentiels.

La *dimension structurelle* comprend l'organisation (structures de pilotage et de coordination, composante opérationnelle) et les ressources affectées (assistance méthodologique, temps alloué par les acteurs de terrain pour les contributions et le travail en réseau).

La *dimension technique* est celle des méthodes et outils (conduite de projet, système d'information, méthodes

d'identification et d'analyse de processus critiques, de résolution de problèmes, de mise en œuvre de solution, de mesure et de pérennisation des résultats).

Ces quatre dimensions constituent la base des référentiels d'évaluation du management de la qualité et de gestion des risques actuellement développés dans les organisations de santé. L'insuffisante prise en compte d'une ou plusieurs d'entre elles aboutit à des situations fragiles, voire à des échecs. On peut ainsi observer des démarches que l'on peut qualifier de « marginale » (par défaillance de soutien stratégique), ou de « spécialisée » (par défaut d'actions favorisant une appropriation réelle par l'ensemble des professionnels), ou de « désorganisée » (par insuffisance de capacité à organiser une démarche transversale et/ou une allocation des ressources adaptées), ou encore de « frustrante » (par insuffisance de maîtrise des méthodes et outils).

À ce souci de cohérence managériale de la démarche s'ajoutent d'autres enjeux pesant fortement sur les établissements de santé :

- un contexte sociétal en forte mutation (moindre tolérance envers les défaillances du système de soins, recours accru à la procédure judiciaire, poids accru des usagers et de leurs associations, assurabilité plus coûteuse pour les établissements et professionnels de santé, démarches de classement des établissements d'abord engagées par des médias, maintenant en cours d'appropriation par les pouvoirs publics, etc.),
- une pression financière liée en particulier au nouveau mode de budgétisation des établissements, poussant à l'optimisation accrue entre coûts et efficacité des actes,
- les exigences de la certification en matière de gestion des risques, avec de nombreuses références générales¹ ou spécifiques² du manuel d'auto-évaluation, visant une intégration effective de la gestion des risques dans le mode de management de l'établissement (7-9),
- la mise en œuvre, dans le cadre d'une politique publique de grande envergure, de l'évaluation des pratiques professionnelles, avec ses dimensions relatives à la sécurité des soins et sa traduction dans les dispositifs de certification, de formation médicale continue et d'accréditation.

1- Critères 11a à 11d, pages 52 à 56 du manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation, HAS 2007.

2- Références 13 à 17, et critère 41a relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles en matière de pratiques de soins à risques du manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation, HAS 2007.

Tableau I - Organisation des quatre articles successifs présentant les cinq étapes méthodologiques d'une démarche de gestion des risques.

Article	Étapes	Outils développés sous forme de fiches pratiques
1	1- Structurer une démarche collective <ul style="list-style-type: none"> • par l'organisation d'une démarche institutionnelle • par l'organisation systématique des actions de prévention ou de gestion d'un événement indésirable 	Fiche projet
2	2- Identifier les risques a priori (pour empêcher la réalisation du risque ou en réduire la gravité) <ul style="list-style-type: none"> • en effectuant un état des lieux par comparaison à un référentiel validé • en effectuant une analyse de processus • en surveillant un processus important par indicateur(s) et tableau de bord • en anticipant les situations de crise potentielle 	Audit Analyse de processus
3	3- Identifier les risques a posteriori (après la survenue d'un événement indésirable) <ul style="list-style-type: none"> • en organisant la remontée d'informations • en recherchant les causes 	Arbre des causes Méthode ALARM
4	4- Hiérarchiser les risques identifiés (pour éclairer la prise de décision et programmer les actions à mener) <ul style="list-style-type: none"> • au moyen d'une cartographie 	Analyse préliminaire de risque
	5- Mettre en œuvre le plan d'actions correctives et préventives et son suivi <ul style="list-style-type: none"> • par une démarche organisée de résolution de problème • par des actions correctives et/ou préventives (en agissant sur la fréquence et/ou sur la gravité) • par des actions préventives organisant la détection précoce du risque • en précisant les exigences avant étude technique ou achat • pour sécuriser des locaux et équipements • pour tirer profit d'une crise récente • pour améliorer le système de gestion des risques 	Méthodologie PAQ

tation de médecins ou d'équipes médicales exerçant des spécialités à risque,

- l'image de l'établissement, à laquelle sont sensibles toutes les parties prenantes.

L'accréditation de la pratique professionnelle des médecins et équipes médicales exerçant une activité à risque en établissements de santé combine plusieurs aspects : une démarche volontaire, l'appartenance à l'une des 21 spécialités identifiées comme étant à risque, la déclaration des événements porteurs de risques auprès d'un organisme agréé, la mise en œuvre d'actions correctives, l'information de la commission médicale d'établissement, la valorisation possible de la démarche au titre de l'obligation individuelle d'évaluation des pratiques professionnelles, la participation de l'assurance-maladie aux assurances en responsabilité civile, l'intérêt de la démarche sur la part variable de rémunération des praticiens hospitaliers (10-15).

D'autres cadres professionnels sont concernés par la prévention et la gestion d'événements indésirables liés aux soins (comités relatifs aux vigilances réglementaires, à l'hygiène, aux infections liés aux soins, aux risques professionnels, comités de morbidité mortalité en cours de mise en œuvre, mais aussi les ressources humaines avec la mise au travail d'un personnel nouveau, ou encore les achats, par exemple de dispositifs médicaux, etc.).

Cette série de quatre articles répond donc à plusieurs objectifs :

- sensibiliser les professionnels de santé non spécialistes de la gestion des risques ;

- leur présenter de façon synthétique les méthodes et outils utilisables (*Tableau I*) ;
- développer quelques outils jugés essentiels pour une première utilisation collective en routine ;
- donner des points de repère aux services de formation des établissements pour la conception de leurs cahiers des charges et la construction de leurs actions de formation.

Les outils seront présentés selon cinq tableaux traitant chacun d'une des cinq étapes méthodologiques d'une démarche de gestion des risques, la première étape (« Structurer une démarche collective ») justifiant le premier d'entre eux au sein de cet article (Étape 1). Chacun des cinq tableaux traitera successivement :

- du champ méthodologique (colonne 1) ;
- du ou des outils utilisables (colonne 2) ;
- de son intérêt (colonne 3) ;
- voire de ses limites (colonne 4) ;
- du caractère spécifique (S) ou non spécifique (NS) à la gestion des risques des outils présentés (colonne 5) ;
- du niveau de difficulté (colonne 6) abordé selon trois degrés de difficulté.

Les outils sélectionnés pour une première utilisation collective en routine seront ensuite présentés sous forme de fiches pratiques structurées selon les cinq points suivants : 1. Principe, 2. Indication, utilité et limites, 3. Méthode, 4. Conseils pratiques, 5. Illustration.

Le lecteur pourra par la suite trouver plus d'informations au sein des références bibliographiques proposées ici (16-18) ou dans les trois articles à venir.

Tableau II - Objectif n°1 : Structurer une démarche collective de gestion des risques.

Champs	Outils	Intérêts	Limites	Spé	Degré
Par l'organisation d'une démarche institutionnelle	Politique de gestion des risques (ancrée dans le projet d'établissement dans le cadre d'une transversalité qualité, risques, évaluation des pratiques)	<ul style="list-style-type: none"> Répond aux attentes de la certification des établissements de santé Favorise la contractualisation avec l'ARH d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 	Attention +++ : <ul style="list-style-type: none"> aux télescopages éventuels avec d'autres démarches institutionnelles (projets qualité, évaluation de pratique professionnelle, projets spécifiques de service ou de pôle, risques professionnels, suivi de certification, etc.), aux aspects culturels et managériaux de la démarche 	S	**
	Procédure précisant les règles de fonctionnement du comité de pilotage, les articulations avec les instances (notamment la commission qualité et sécurité de la CME, le conseil exécutif et le CHSCT)	<ul style="list-style-type: none"> Précise les parties prenantes pour décloisonner et rationaliser la gestion des risques de l'établissement Précise les outils de pilotage et de coordination 		NS	**
	Chartes de fonctionnement et de déontologie de la commission de coordination chargée des risques	Précise les droits et devoirs des parties prenantes pour assurer un bon fonctionnement		S	**
	Fiches de fonction (délégation formalisée à destination du coordonnateur des risques et des gestionnaires de risque)	Précise les responsabilités et les modes de coordination		NS	*
	Programme d'action annuel ou pluriannuel de gestion des risques	Précise les actions prioritaires dont celles relatives à la formation		S	2
	Procédure relative à la démarche méthodologique d'un groupe de travail	Précise les méthodes et outils d'une démarche de gestion des risques		NS/S	**
Par l'organisation systématique d'une action de prévention ou de gestion d'un événement indésirable	<ul style="list-style-type: none"> Fiche projet Organigramme des tâches 	<ul style="list-style-type: none"> Précise les points de passage obligés d'une conduite de projet Formalise le contrat collectif en matière d'analyse, de plan d'action et de suivi de l'action engagée 	<ul style="list-style-type: none"> Une action d'amélioration de la sécurité peut ne pas nécessiter une démarche projet Un projet complexe peut nécessiter une décomposition en sous-projets par phase ou par thème (ex : le document unique pour les risques professionnels) 	NS	**

Légende : niveaux de difficulté. * : utilisation généralisable à l'ensemble des équipes, ** : utilisation avec soutien méthodologique local, *** utilisation nécessitant un recours spécialisé. Caractère de l'outil présenté. S : spécifique à la gestion des risques, NS : non-spécifique.

Remerciements : à B. Lucet (Directeur Qualité-Risques, CHU Henri Mondor-Albert Chenevier, Créteil), J.-M. Oscari (Ingénieur, CHRU de Lille) et pour les contributions apportées.

Références bibliographiques

1- TERRA JL, ERBAULT M, MAGUEREZ G. Amélioration de la qualité en établissements de santé et évaluation du changement induit. In: L'évaluation médicale, du concept à la pratique. Matillon Y, Durieux P. Paris, Flammarion, 2000, 103-114.
 2- SHORTELL S-M, KALUZNY AD. Health care management, organization design and behavior. 5^e édition, Thomson Delmar Learning, 2006, 592 pages.
 3- COLLECTIF. La gestion des risques dans les établissements de soins. Technologie & Santé 2002, n°48, (numéro thématique).

4- QUARANTA J-F, CANIVET N, DARMON M-J et coll. Méthodologie de la gestion des risques en établissement de santé, les limites du concept. Risques & Qualité 2004; 1(1): 39-44.
 5- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DHOS. Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé, Paris, 2004 (diffusion accompagnée de la circulaire DHOS/E2/E4 n° 176 du 29 mars 2004, Bulletin Officiel n° 2004-18).
 6- FARGE-BROYART A, ROLLAND C. Politique nationale de gestion des risques en établissement de santé. Gestions hospitalières 2004; 440: 711-715.
 7- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Manuel d'accréditation des établissements de santé. Saint-Denis, septembre 2004, 131 pages (www.has-sante.fr).
 8- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Guide d'aide à la cotation, Deuxième procédure de certification des établissements de santé. Saint-Denis, 2005, 280 pages. www.has-sante.fr.
 9- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation. Saint-Denis, 2007, 180 pages. www.has-sante.fr.

10- LOI N°2004-810 DU 13 AOÛT 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel du 17 août 2004, pages 14598-14626.

11- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. Décision relative aux modalités de mise en œuvre de l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales. Journal Officiel du 17 octobre 2006, texte n°78.

12- DÉCRET N° 2006-909 DU 21 JUILLET 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et équipes médicales exerçant en établissement de santé. Journal Officiel du 23 juillet, pages 11029-11031.

13- DÉCRET N°2006-1559 DU 07 DÉCEMBRE 2006 modifiant les dispositions relatives à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et équipes médicales exerçant en établissement de santé. Journal Officiel du 09 décembre 2006, page 18690.

14- ARRÊTÉ DU 06 FÉVRIER 2007 fixant le niveau de l'aide men-

tionnée à l'article D. 185-1 du Code de la sécurité sociale versée à l'organisme agréé. Journal Officiel du 11 février 2007, page 1642.

15- ARRÊTÉ DU 28 MARS 2007 relatif à la part complémentaire variable de rémunération prévue au 5^e des articles D.6152-23-1 et D.6152-220-1 du code de la santé publique. Journal Officiel du 29 mars 2007, pages 5864-5868.

16- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé, principes méthodologiques. 1996, 79 pages.

17- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. 2000, 126 pages. www.has-sante.fr.

16- AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ. Principes méthodologiques de la gestion des risques en établissement de santé. 2004, 114 pages. www.has-sante.fr.



HEALTH&CO

Voir notre offre d'abonnement couplé en 3^e de couverture

FICHE PRATIQUE N°1

La fiche projet

1- Principe

Formaliser l'organisation d'une action de prévention ou de gestion d'un événement indésirable.

2- Indication, utilité et limites

- Précise les points de passage obligés du projet (quoi, pourquoi, qui, quand, comment, etc.)
- Formalise le contrat technique et social en matière d'analyse, de plan d'action ultérieur et de son suivi.
- Toute démarche d'amélioration de la sécurité n'est pas nécessairement conduite par projet, notamment pour des actions simples à résoudre localement (en assurer néanmoins la traçabilité). Mais dès lors que la démarche comporte une certaine difficulté (enjeu majeur pour l'établissement, problème complexe, solution incertaine, multiplicité des acteurs concernés, besoin de coordination, besoin de s'assurer de l'avancement et des résultats, besoin de ressources propres), la méthodologie de gestion par projet devient nécessaire.
- Un projet complexe peut nécessiter une décomposition en sous projets simples (ex : le document unique pour les risques professionnels).

3- Méthode

- Sa rédaction doit être faite à plusieurs de façon à aborder tous les aspects du projet. Elle permettra ainsi de poser la problématique et les objectifs à atteindre. L'expression en données factuelles, objectives et mesurables permettra de mieux évaluer l'avancée du projet et son résultat.
- Les rubriques d'une fiche projet (ou encore les « invariants » d'un projet) :
 - ◆ Le titre, le problème à résoudre (quoi ?)
 - ◆ La problématique actuelle rédigée succinctement avec des faits documentés, si possible quantifiés : organisation ou pratique défaillante (quoi ? quand ? voire comment ?)
 - ◆ Les enjeux
 - ◆ Les références (réglementation, recommandations, normes, etc.) et liens avec d'autres projets éventuels
 - ◆ Les objectifs et résultats attendus (intermédiaires et finaux), exprimés en données mesurables (vers quoi ?)
 - ◆ Les responsables de projet concerné : directeur de projet¹, chef de projet² (qui ?)
 - ◆ Le groupe de travail (les représentants des métiers concernés par la pratique ou l'organisation à améliorer, les personnes ressource) (avec qui ? avec quoi ?)
 - ◆ La date de réalisation (quand ?) et ses étapes intermédiaires (les événements jalons), si besoin au mieux *via* un diagramme de Gantt
 - ◆ Les coûts *a priori*
 - ◆ Les modalités de l'évaluation et les indicateurs permettant de considérer l'objectif comme atteint (impact organisationnel, impact clinique, satisfaction, coûts *a posteriori*)
 - ◆ Les modalités de pérennisation des résultats (organisation, formation des nouveaux arrivants, suivi de l'organisation ou de la pratique concernée par le projet par audit ou indicateurs, etc.)
 - ◆ La validation institutionnelle du projet.

(1) Le directeur de projet (*a priori* la personne en responsabilité hiérarchique et technique par rapport au thème d'action retenu) est celui qui supervise, arbitre, valide les analyses et solutions, alloue des ressources en cours de projet.

(2) Le chef de projet est celui qui anime le projet sur la base des objectifs et contraintes identifiées.

4- Conseils pratiques

- Élaborer avec quelques personnes concernées une première version dite « martyre », qui sera soumise au groupe de travail en réunion d'ouverture de façon à gagner en temps et efficacité (PC et vidéoprojecteur favorisant alors un ajustement en temps réel et le contrat collectif)
- Structurer le groupe de travail sur des bases quantitatives (pas plus de 8/10 personnes) et qualitatives (le processus en cause, les relations clients - fournisseurs en cause, les métiers concernés, les personnes les plus aptes à les représenter)
- Ne pas confondre le rôle du ou des experts (à classer parmi les personnes ressource) et celui de chef de projet (dont la fonction essentielle est d'organiser la production d'un groupe de travail).

5. Exemples

Exemple 1 : identification des locaux à risques

CH de / Comité des risques techniques Fiche projet

1. Titre

Identifier les locaux à risques au regard des activités exercées en vue de maîtriser les opérations de travaux

2. Problématique

- L'un des objectifs prioritaires du programme d'investissement réside dans la mise aux normes en matière de sécurité et d'environnement. L'établissement est ainsi engagé dans un programme de mise aux normes des bâtiments et installations en matière de sécurité sanitaire et de sécurité incendie.

- Par ailleurs, environ 1 500 opérations de travaux dits de « moyenne importance » sont effectuées chaque année. Ces opérations peuvent avoir des conséquences sur l'activité hospitalière habituelle, notamment quant à la sécurité des personnes et des produits fabriqués et/ou délivrés.

Les demandes de travaux convergent vers des chargés d'opération (répartis selon 3 pôles géographiques dits A, B et C) pouvant sous-évaluer les risques induits à cette occasion. Ceux-ci évaluent le besoin, identifient les moyens adaptés à mettre en œuvre et quantifient les délais et coûts.

- Interviennent en amont et à leur demande les ingénieurs risque eau/air/déchet/amiante (demande de collaboration estimée ce jour très insuffisante au regard du nombre d'opérations engagées).

- Interviennent en aval les responsables de pôle qui reçoivent, évaluent et approuvent (ou non en fonction d'arguments financiers, techniques et/ou stratégiques) les demandes issues des chargés d'opération.

- La disponibilité d'une information relative à la nature des locaux concernés eu égard aux risques (sanitaire et/ou incendie) encourus à l'occasion de travaux contribuerait à l'amélioration de la qualité des études conduites par les chargés d'opération et à celle de la décision prise en aval par les responsables de pôle.

- Existence d'une base de données relative à la gestion et au suivi des opérations de travaux, comprenant un fichier de spécifications techniques de chaque local (hors couloirs) repéré et identifié du CHRU (fichier qui pourrait être complété d'un champ « risque potentiel » en vue d'améliorer la couverture des situations de travaux présumés à risques).

- Une demande de stage effectuée par 2 étudiants de l'IUT pour la période du 19/03 au 22/06/07 fournit l'opportunité de réaliser l'identification, l'évaluation et la hiérarchisation des zones avec activités à risques ou secteurs réglementés (« zoning » des locaux à risques).

3. Enjeux

1) Humains (protection des personnes), 2) Protection des produits (pharmaceutiques, biologiques, alimentaires), 3) Prise

en compte de la réglementation, 4) Impact organisationnel (maîtrise des flux en période de travaux), 5) Impact financier (prévention d'une sur ou sous-évaluation des coûts liés aux travaux), 6) Impact assurantiel (en cas de dommages), 7) Image de l'établissement.

4. Références

Réglementation et normes techniques françaises en vigueur (disponibilité d'une veille technique et réglementaire au sein du Comité des risques techniques) (NB: A citer selon besoin)

5. Objectifs

- Objectif final de la commande de stage :

Identifier et évaluer les locaux à risques (« zoning » des locaux à risques)

- Objectifs intermédiaires :

- partir des listes disponibles (cf. Équipe opérationnelle d'hygiène ou « EOH » pour les activités et risques liés à l'hygiène, les laboratoires, la pharmacie, les unités culinaires, le service de sécurité, etc.);

- évaluer au sein des locaux les risques potentiels liés à d'éventuels travaux;

- muni des plans, repérer les secteurs et locaux concernés par le risque;

- au-delà, prévoir la saisie des données dans la base.

6. Responsabilités

- Encadrement des stagiaires : JJ (tuteur de stage) et GF (risques air)

- Direction de projet : comité des risques techniques (KL et JJ)

- Chefferie de projet : deux stagiaires IUT

7. Groupe de travail

- Pour les contacts techniques : les responsables de pôle (Pôle A : PC, Pôle B : BV, Pôle C : KJ) constituant un groupe de travail pour ce projet

- Coordinateur des risques techniques : JJ

- Coordinateur du risque air : GF (contact environnement sanitaire, en interface avec l'EOH)

- Saisie ultérieure des données : FR (vérifier ses contraintes pour assurer une saisie des données en aval)

8. Échéancier

NB : Le diagramme de Gantt sert à la prévision (diagramme prévisionnel) puis au suivi des actions engagées, avec adaptation en conséquence (devenant alors un diagramme de suivi).

Quoi ?	Qui ?	Quand ? 2007 (NB : unité de temps exprimée en semaine)															
			12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
Finalisation de la fiche	2 stag. / JJ	21															
Validation interne fiche	Groupe travail																
Validation externe fiche	IUT																
Accueil stagiaires	JJ		19														
Réunion hebdo. (10h/11h)	2 stag. / JJ			28	03	11	18	25	03	09	15	23	30	06	13	20	
Analyse activités à risques	2 stag. / GF																
Zoning secteurs du pôle A	2 stagiaires			test													
Zoning secteurs du pôle B	2 stagiaires						X	X	X								
Zoning secteurs du pôle C	2 stagiaires									X	X	X					
Zoning labo, pharmacie, sté.	2 stagiaires												X	X	X		
Préparation restitution	2 stag./ JJ															X	
Restitution à groupe élargi & chargés d'opération	2 stagiaires																X
Rédaction rapport de stage	2 stagiaires																X

9. Coûts a priori

- Temps de l'étude: Deux stagiaires pour le « zoning » des locaux + heures de réunion du groupe de travail
- Temps d'encadrement (accueil, réunion de suivi)

10. Modalités d'évaluation des résultats

Quant à la conduite de projet :

- Pertinence de la fiche projet initiale
- Analyse des difficultés rencontrées en matière de respect des objectifs, délais et coûts, de conduite de réunions, etc.

Quant au produit du projet (réponse aux objectifs) :

- Évaluation de la pertinence des documents d'entrée (mise à jour éventuelle tracée en cas de défaillance)

- Exhaustivité en matière d'identification des locaux à risques.

10. Modalités de pérennisation des résultats

- Tenue à jour du champ nouveau de la base de données existante
- Validation par le groupe de travail

11. Validation de la fiche projet

Via le comité technique des risques: accord donné le 15/02/07

Via l'IUT.

Exemple 2 : prise en charge des chutes de personnes âgées

CH gériatrique de / Comité des risques techniques Fiche projet

1. Titre

Améliorer le signalement et l'évaluation des chutes de personnes âgées en vue de la prévention des récidives (EPP menée dans le cadre d'une procédure de certification).

2. Problématique

La chute du sujet âgé constitue un problème majeur de santé publique. Les conséquences des chutes sont souvent graves: traumatiques, psychologiques et psychomotrices. Elles peuvent conduire à la perte d'autonomie et à l'entrée en institution. Les chutes sont fréquentes à l'hôpital. L'incidence des chutes a été estimée en France entre 3 à 13/1 000 journées d'hospitalisation.

L'impact médico-économique et médico-légal est important pour les établissements hospitaliers, en termes notamment d'allongement de durée d'hospitalisation, de plaintes, d'indemnisation des victimes.

Les chutes du sujet âgé sont habituellement d'origine plurifactorielle. De multiples facteurs individuels, liés au vieillissement, aux pathologies chroniques et aiguës, aux médicaments reçus, aux comportements et environnementaux peuvent s'intriquer. Si le risque nul n'existe pas, beaucoup de chutes pourraient être évitées si les patients à haut risque étaient repérés et si les facteurs de risque individuels et environnementaux modifiables étaient corrigés.

L'hôpital doit se préoccuper de ce problème et mettre en place une politique de prévention des chutes. La solution ne passe pas par l'usage systématique des contentions physiques qui doit au contraire être réduit et encadré selon les recommandations de la HAS.

Cette politique passe par :

- la sensibilisation et la formation des personnels soignants, médecins compris, à la chute et aux facteurs de risque (particulièrement au risque iatrogène pour les prescripteurs);

- la déclaration systématique des chutes et l'analyse des circonstances et des causes;
- le maintien des capacités locomotrices des patients durant l'hospitalisation, en réduisant le temps d'alitement des personnes âgées malades et en les remettant rapidement à la marche;
- la formation des soignants aux bonnes stratégies pour assurer les transferts, la verticalisation et l'accompagnement à la marche, à l'utilisation des aides techniques;
- le maintien d'un bon équilibre nutritionnel;
- le repérage des sujets à haut risque et leur prise en charge spécifique;
- l'éducation des patients et des familles sur les situations à risque et les gestes dangereux à éviter;
- la mise à disposition d'une aide technique adaptée;
- la réduction des facteurs de risque environnementaux.

Les actions doivent être programmées dans le temps et évaluées. Un groupe « prévention des chutes » est en place depuis 1999 au sein du CH. Il a permis la réalisation de fiches d'analyse de la chute et de dépistage des patients à risque de chute, d'un poster « chaussage adapté », d'un livret d'éducation destiné aux patients (en cours d'impression). Des ateliers équilibre (pour les résidents et des patients ambulatoires) ont été mis en place. Différents travaux (thèses et mémoires) ont été réalisés sur ce thème.

3. Enjeux

Humains, médico-légaux, médico-économiques, image de l'établissement

4. Références

- KANNUS P, PARKKARI J, KOSKINEN S, NIEMI S, PALVANEN M, JARVINEN M, VUORI I. Fall-induced injuries and deaths among older adults. JAMA 1999; 281: 1895-1899.
- OLIVER D, HOPPER A, SEED P. Do hospital fall prevention programs work? A systematic review. J Am Geriatr Soc 2000; 48: 1679-1689.
- TINETTI ME. Preventing falls in the elderly. N Engl J Med 2003; 348: 42-49.
- OLIVER D, DALY F, MARTIN FC, McMURDO MET. Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: a systematic review. Age Ageing 2004; 33: 122-130.
- KANNUS P, SIEVANEN H, PALVANEN M, JARVINEN T, PARKKARI J. Prevention of falls and consequent injuries in elderly people. Lancet 2005; 366: 1885-1893.
- INPES. Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile, 2005.
- HAS. Recommandations pour la prévention des chutes accidentelles chez la personne âgée, novembre 2005 (Fiche de synthèse : 4 pages; RPC : 11 pages; Argumentaire : 69 pages).

5. Objectifs

Évaluer les pratiques soignantes en matière de prise en charge du patient chuteur. Améliorer les pratiques soignantes sur la base du résultat des évaluations internes menées.

6. Méthodologie de l'évaluation engagée

Objectif

En cas de chute d'un patient dans un service d'hospitalisation:

- Item 1 :** L'incident doit être signalé dans le dossier de soins;
- Item 2 :** Le patient doit être examiné par un médecin ayant au moins la qualité d'interne;
- Item 3 :** La chute doit faire l'objet d'un rapport dans le dossier médical;
- Item 4 :** Le rapport médical doit préciser s'il y a ou non des conséquences traumatiques, les principaux facteurs de risque de chutes du patient, la conduite à tenir pour réduire le risque de nouvelle chute;
- Item 5 :** Une « fiche de déclaration de chute » doit être remplie et transmise à l'administration;
- Item 6 :** Le patient chuteur doit faire l'objet d'une prise en charge rééducative (dans la mesure où celle-ci est possible).

- **Méthode :** Audit clinique ciblé, une fois par semestre, dans tous les services de soins de longue durée.

- **Outil :** Grille d'audit reprenant les 6 items précédents.

- **Échantillon :** 40 dossiers

• Objectifs chiffrés

Les objectifs chiffrés sont pour chacun des 6 items: Item 1 : 90 % ; Item 2 : 90 % ; Item 3 : 90 % ; Item 4.a : 90 % ; Item 4.b : 60 % ; Item 4.c : 60 % ; Item 5 : 90 % ; Item 6 : 80 %

7. Résultats du premier audit (15/05/06)

- Incident signalé dans le dossier de soin, le jour même : 89,83 %
 - Certificat médical : 69,5 % (par un interne ou un médecin à la date de la chute : 66,1 % ; dans le dossier médical : 0 % ; précise les conséquences traumatologiques et neurologiques : 62, 71 %)
 - Rapport médical effectué dans les 72 h : 6,8 % (facteurs de risque cités : 1,7 % ; conduite à tenir proposée : 1,7 %)
 - Sollicitation de l'équipe de rééducation : 0 %
- NB : Si les chutes occasionnelles sont toutes déclarées au moyen de la fiche de notification des événements indésirables, les chutes récidivantes ne le sont pas toutes. En conclusion, il existe une large marge d'amélioration.

8. Plan d'action au terme de cette première évaluation

Actions à mettre en œuvre après analyse

- Maintien de l'utilisation de la fiche de notification des événements indésirables en rappelant les modalités de son utilisation;
- Mise en œuvre d'actions de prévention découlant des résultats du premier audit :
 - rechercher les facteurs permettant de repérer les patients à haut risque de chute (*via* la formation des nouveaux internes);
 - améliorer la prise en charge des sujets ayant chuté (dès lors que le signalement après renseignement de la fiche de notification est effectué);
 - repenser l'équipement des chambres (difficile pour les

chambres existantes avec cependant une attention portée lors de l'achat de nouveaux matériels, faisant l'objet d'une réflexion pour l'aménagement des chambres devant faire l'objet de travaux annoncés).

- Affichage dans les bureaux des internes et PC infirmiers de la « conduite à tenir en cas de chute » (fait avec information en soutien);
- Réactivation du groupe « prévention des chutes » à l'occasion de cette EPP.

9. Responsabilités

Pilote : Dr OP (médecin réadaptateur fonctionnel)

Co-pilote : Mme DF (cadre kinésithérapeute)

10. Groupe de travail

(EPP portée par un groupe déjà existant)

Drs PL & GF (praticiens hospitaliers), Mmes GH (gestion des hospitalisés), DU (ergo), EY(kiné), NB (IDE), NB, KL & DF (aides-soignantes)

11. Échéancier

- **Actions à mettre en œuvre :** de septembre à décembre 2006
- **Informations/formation de l'ensemble des médecins, nouveaux internes et externes :** 5 premiers symposiums thématiques spécifiques liés à la formation gériatrique (prenant en compte les chutes) dont le 15/11/06
- **Informations et sensibilisation du personnel soignant :** sous forme de 5 séances (3 de jour, 2 de nuit) dans le cadre de la communication relative aux EPP en cours (décembre 2006)
- **Audit de suivi :** 1^{er} trimestre 2007

12. Coûts a priori

Temps de réunion pour la préparation du projet, les temps d'évaluations et de traitements des données.

Temps pour la mise en œuvre du plan d'action : A PRÉCISER

Temps de formation et d'information du personnel : A PRÉCISER

13. Modalités d'évaluation des résultats

Quant à la conduite de projet :

- Pertinence de la fiche projet initiale
- Analyse des difficultés rencontrées en matière de respect des objectifs, délais et coûts, de conduite de réunions, etc.

Quant au produit du projet :

- Impact clinique : Suivi et diffusion des résultats relatifs aux 6 items retenus, explicitation du plan d'action, puis nouvel audit en début 2007
- Satisfaction : Questionnaire après information et formation auprès du personnel

14. Modalités de pérennisation des résultats

- Audit semestriel de l'analyse des chutes et de leur prise en charge dans tous les services de soins de longue durée
- Au-delà : projet d'audit de relevé des chutes étendu à tous les services du CH (court et SSR).

15. Validation de la fiche projet

Commission EPP du 26/06/06

