ORGANISATION DE LA MAINTENANCE PRÉVENTIVE ET CURATIVE DES ZONES SENSIBLES AU CENTRE HOSPITALIER D'AVIGNON

Valéry BRUNEL
Directeur des Actions de Maintenance, d'Ingénierie et de Sécurité
Centre Hospitalier d'Avignon

1. Définition

Suite à la mise en service en 2010 d'un bâtiment neuf abritant de nombreuses salles de soins spécifiques bénéficiant d'un traitement de l'air particulier, le centre hospitalier d'Avignon a souhaité mettre en place une organisation plus structurée, efficace et sécurisée.
La méthodologie présentée concerne les zones dites « sensibles » qui bénéficient d'un traitement de l'air de classe particulaire ISO 5, 7 ou 8 : bloc opératoire, salle de coronarographie, bloc obstétrical, unité protégée d'hématologie, etc….

2. Enjeux

Les enjeux liés à la maintenance préventive et curative de ces zones sont fort, car leur maintenance est à la fois :

- ***Obligatoire :*** du fait du niveau de qualité qui doit constamment être atteint, les maintenances préventives sont incontournables et aucun retard d'intervention n'est acceptable.

- ***Pointue :*** les équipements et matériels à entretenir sont souvent spécifiques, complexes et exigeants

- ***Fréquente :*** au moins trimestrielle en ce qui concerne, par exemple, les changements de filtres, et mensuelle pour certaines actions de désinfection de l'eau sur des équipements comme des baignoires par exemple.

- ***Exigeante :*** du fait des obligations réglementaires, et de traçabilité liées à ces actions.

- ***Souvent partielle :*** car les contraintes d'exploitation imposent que certaines zones restent en service pendant que d'autres sont en maintenance.

- ***Délicate à organiser :*** car une multitude d'acteurs interviennent lors de ces opérations de maintenance, le service de soin, le service de lutte contre les infections nosocomiales (LIN), les services techniques, biomédicaux, informatique, des entreprises extérieures, le service de bio-nettoyage, etc…

- ***Complexe*** du fait d'actions incontournables de maintenance curative qui s'ajoutent régulièrement aux actions de maintenance préventives planifiées.

3. Constats

Des problèmes d'organisation survenaient parfois au CH Avignon et leurs conséquences étaient potentiellement importantes du fait des dégradations des conditions d'hygiène ou de qualité de l'air susceptibles d'être observées du fait de ces dysfonctionnements :

- Interventions d'entreprises ou d'ateliers mal coordonnées, se perturbant entre eux, ou commençant parfois après que le bio-nettoyage ait démarré,
- Non-respect de précautions d'hygiène par certains intervenants techniques
- Oubli de certaines actions de maintenance,
- Périmètre géographique de la zone à maintenir non clair. Intervention en dehors de zones prévues
- Etc…

La mise en service d'un nouveau bâtiment fin 2010 comprenant plusieurs nouvelles zones sensibles avec des équipements exigeants imposait la définition d'une organisation mieux structurée.

4. Action mise en œuvre au CH Avignon

Pour atteindre cet objectif, la rédaction d'un ***document méthodologique de référence*** définissant l'organisation à mettre en place a été décidée. C'est un outil utilisé par l'ensemble des parties prenantes d'une journée de maintenance. Les principes en sont les suivants :

1. Zonage : Chaque zone sensible est découpée en plusieurs zones aux limites clairement reportées sur plan. Cette démarche permet aux différents intervenants d'avoir un langage commun concernant les zones à maintenir. Voir page suivante la figure I montrant l'exemple du découpage en deux secteurs au bloc obstétrical.

Figure I : découpage du bloc obstétrical en deux zones

2. Tableau de bord :

- Pour chaque zone, toutes les actions de maintenance ont été listées sur un tableau de bord (qui est aussi un support de traçabilité).
- Une date est indiquée pour chacune d'elle. Un planning général annuel synthétise toutes ces dates et zones (40 dates sur 2011).

3. Méthode : Pour chaque date de maintenance

- ***4 responsables coordonnateurs*** sont nommés (service de soin, technique, biomédical, SLIN). Leur rôle et fonction sont précisés et formalisés. *(Voir figure III la répartition des rôles)*
- ***Une réunion de préparation*** est systématiquement organisée à ***J-15*** (19 réunions en 2011) *(Voir figure IV sur les différentes étapes de la préparation)*
- ***Un tableau de bord des actions à mener*** est élaboré intégrant la maintenance curative à réaliser.
- ***Des fiches actions sont éditée à J-3*** et sont diffusées à chaque entreprise ou atelier. Elles précisent les ***heures exactes d'intervention*** et ***les mesures de protection*** à prendre pour l'hygiène. *(Voir figure V - exemple de fiche action)*
- ***La traçabilité*** de toutes les actions est assurée à partir du tableau de bord et des fiches action.

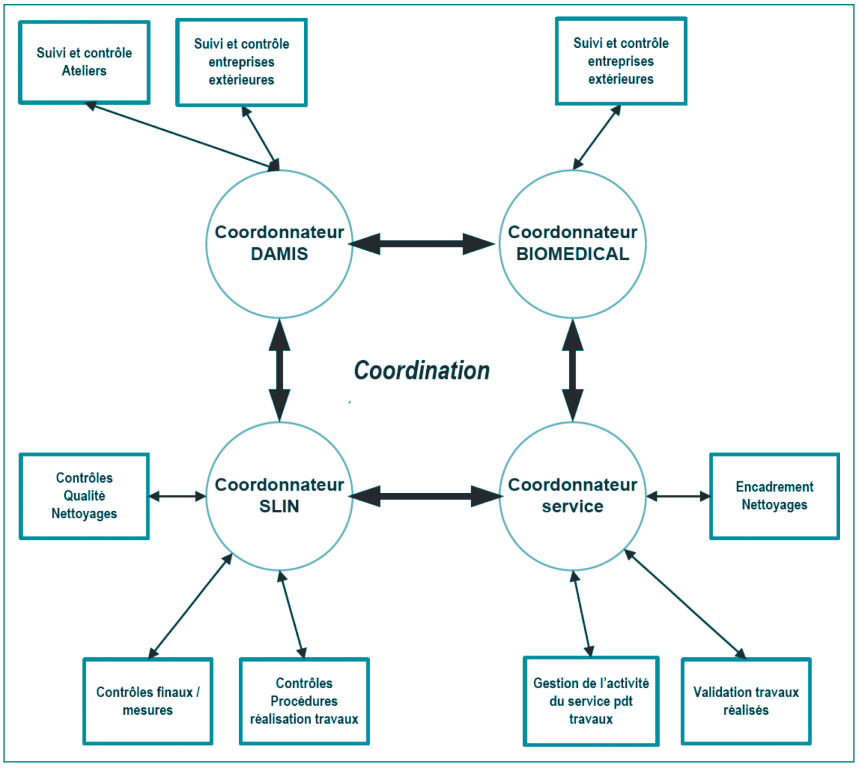

Figure III : diagramme définissant le rôle des 4 coordonnateurs d'une journée de maintenance

4. Démarche / Dynamique qualité

Ce document de référence est intégré dans la base documentaire des protocoles qualité de l'établissement (QUALIWEB) et fait l'objet de révisions fréquentes (3 en 13 mois).

Des réunions de débriefing ont été organisées et ont permis de montrer que l'ensemble des parties prenantes à ces journées sont satisfaites de l'organisation ainsi mise en place.

Figure II : Tableau de bord annuel des journées de maintenance des zones sensibles de l'établissement

JOURNEES DE MAINTENANCE 2012

		Déc. 2011	Janv.	Fév.	Mars	Avril	Mai	Juin	Juil.	Août	Sept.	Oct.	Nov.	Déc.
Bloc Central	Journées de maintenance		09/01 ZONE 3	21/02 ZONE 1		18/04 ZONE 2		27/06 ZONE 3			21/09 ZONE 1		22/11 ZONE 2	
	Réunion de préparation à 10H lieu : **SLIN**	15-déc		02/02	29/03			07/06			06/09		08/11	
	Responsable BLOC opératoire	Mme LLAGONE		Mme LLAGONE	Mme LLAGONE			Mme LLAGONE		Mme LLAGONE			Mme LLAGONE	
	Responsable SLIN	Th. VIDAL		Th. VIDAL	Th. VIDAL			Th. VIDAL		Th. VIDAL			Th. VIDAL	
	Responsable BIOMEDICAL	JL. VIGNAUD		JL. VIGNAUD	JL. VIGNAUD			JL. VIGNAUD		JL. VIGNAUD			JL. VIGNAUD	
	Responsable DAMIS	T. GHERARDI		P. ANDRE	P. BLANC			P. GACHET		A. OCCELLO			T. GHERARDI	
Stérilisation	Journées de maintenance			21-févr	06/03/2011 27/03		15-mai	05-juin		30/07 au 4 /09		29 Oct au 9 nov		04-déc
	Responsable DAMIS			M. LLIDO			M. LLIDO				D. LECUYER		D. LECUYER	
Bloc Obstétrical Secteur 1 et 2	Journées de maintenance			15/02 Secteur 1	01/03 secteur 2		23/05 secteur1 31/05 secteur2				12/09 secteur 1 20/09 secteur 2			12/12 secteur 1 06/12 secteur 2
	Réunion de préparation à 9h lieu : **DAMIS**		31-janv				10-mai			10-août			20-nov	
	Responsable BLOC obst.			Mme AMABILE			Mme AMABILE				Mme AMABILE		Mme AMABILE	
	Responsable SLIN			Th. VIDAL			Th. VIDAL				Th. VIDAL		Th. VIDAL	
	Responsable BIOMEDICAL			L. SALVI			L. SALVI				L. SALVI		L. SALVI	
	Responsable DAMIS			M. LLIDO			M. LLIDO				D. SAUZADE		D. SAUZADE	
Bloc Cardiologie	Journées de maintenance		26/01 (salle 1650)	22/02 1/2 journée (salle 1680) 20/02 1 journée (salle 1510)	09/03 1 journée (salle 1530)	3/04 1/2 journée (salle 1650)	04/05 1 journée (salle 1510)	7/06 1 journée (salle 1680) 11/06 1 journée (salle 1530)	30/07 1 journée (salle 1650)	28/08 1/2 journée (salle 1680) 06/08 1 journée (salle 1510)	14 1 journée (salle 1530)	10 1 journée (salle 1650)	09 1 journée (salle1510)	3/12 1 journée (salle 1680) 17/12 1 journée (salle 1530)
	Réunion de préparation à 9h lieu : **DAMIS**		11-janv	08-févr	21-mars	19-avr	23-mai		18-juil		29-août		24-oct	05-déc
	Responsable BLOC cardio		Madame LARDERET	Madame LARDERET	Madame LARDERET	Madame LARDERET	Madame LARDERET		Madame LARDERET		Madame LARDERET		Madame LARDERET	Madame LARDERET
	Responsable SLIN		Th. VIDAL	Th. VIDAL	Th. VIDAL	Th. VIDAL	Th. VIDAL		Th. VIDAL		Th. VIDAL		Th. VIDAL	Th. VIDAL
	Responsable BIOMEDICAL		J. LAMOUROUX	J. LAMOUROUX	J. LAMOUROUX	J. LAMOUROUX	J. LAMOUROUX		J. LAMOUROUX		J. LAMOUROUX		J. LAMOUROUX	J. LAMOUROUX
	Responsable DAMIS		M. LLIDO	M. LLIDO	M. LLIDO	M. LLIDO	D. SAUZADE		D. SAUZADE		D. SAUZADE		D. SAUZADE	D. SAUZADE
Soins Intensifs Cardiologie	Journées de maintenance						Traiter tous les boxes dans le mois							Traiter tous les boxes dans le mois
	Réunion de préparation à 9h lieu : **DAMIS**					17-avr							19-nov	
	Responsable SIC					Mme VEYRUNES							Mme VEYRUNES	
	Responsable SLIN					Th. VIDAL							Th. VIDAL	
	Responsable BIOMEDICAL					A. FONTENAY							A. FONTENAY	
	Responsable DAMIS					M. LLIDO							D. SAUZADE	
Secteur protégé	Journées de maintenance							Traiter tous les boxes dans le mois						Traiter tous les boxes dans le mois
	Réunion de préparation à 9h lieu : **DAMIS**						11-mai						15-nov	
	Responsable Unité protégée						Mme TUZIO						Mme TUZIO	
	Responsable SLIN						Th. VIDAL						Th. VIDAL	
	Responsable BIOMEDICAL						H. NGUYEN						H. NGUYEN	
	Responsable DAMIS						M. LLIDO						D. SAUZADE	
Radiologie salle interventionnelle	Journées de maintenance		11-janv			17-avr			11-juil			31-oct		
	Réunion de préparation à 9h lieu : **DAMIS**		03-janv			02-avr			02-juil			17-oct		
	Responsable Radiologie		M. MAZET			M. MAZET			M. MAZET			M. MAZET		
	Responsable SLIN		Th. VIDAL			Th. VIDAL			Th. VIDAL			Th. VIDAL		
	Responsable BIOMEDICAL		R. FARAUD			R. FARAUD			R. FARAUD			R. FARAUD		
	Responsable DAMIS		M. LLIDO			M. LLIDO			D. SAUZADE			D. SAUZADE		

VERSION DEFINITIVE - Planning journées de maintenance 2012 V6 définitif.xls - 02/02/2012

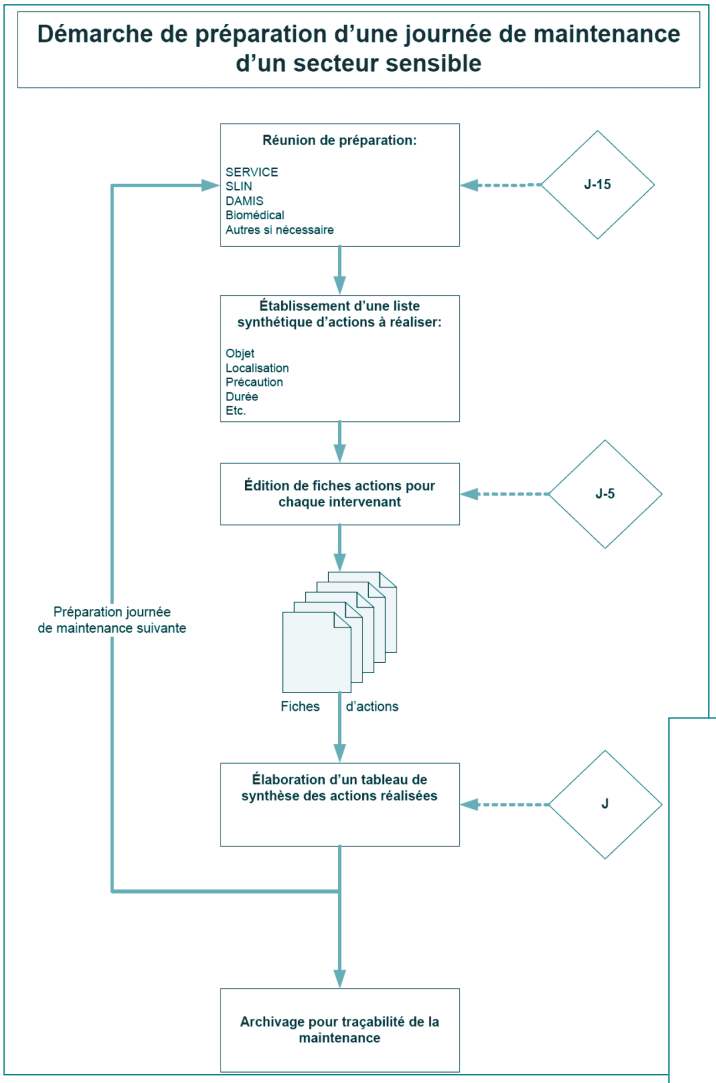

Figure IV : diagramme précisant les différentes étapes structurantes de préparation d'une journée de maintenance, puis de gestion de la traçabilité des actions réalisées

Bloc Opératoire

Journée du **21-févr-12**

Fiche de suivi des travaux

Fiche n°**6**

Responsable coordination DAMIS	**P. ANDRE**
Responsable coordination BLOC	**M. Jarmuzynski - 3488**
Responsable coordination SLIN	**Mme VIDAL**
Responsable coordination BIOMEDICAL	**JL. VIGNAUD**

Informations sur l'organisation du bloc pendant la journée :

Salles opérationnelles : 2 et 3
Salles à ne pas salir : O2 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - Arsenal - SSPI côté tradi
Salles dans lesquelles le nettoyage en 3 temps sera fait : E - A - B - C - D - Ortho1 - SSPI côté ambu

Localisation des travaux : ..... **planning dossier biomédical partagé** zone **planning dossier biomédical partagé**

Libellé de l'action :..... **Révision tables opératoires**

Atelier ou service concerné :.... **société MAQUET**

Conséquences hygiène ou risque préalablement identifié :

Poussière

Mesures de protection à mettre en place pour les travaux

Prévoir bio-nettoyage matériel avant remise en salle

Horaires d'intervention :

Prévisions :	*Début :* **08h**	*Fin :* **16h**
Réalisé :	*Début :*	*Fin :*

(à renseigner le jour de la maintenance)

Commentaire sur le déroulement des travaux :

Nom de la personne ayant réalisé les travaux :

Fiche à remettre complétée au coordonnateur DAMIS dès la fin de réalisation des travaux.

Figure V : Exemple de fiche action transmise à l'intervenant et constituant un support de traçabilité

TABLEAU DE BORD MAINTENANCE PREVENTIVE RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

		2012												
		janv	fev	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept	oct	nov	dec	Commentaires
AEM														
CTA Vasculaire	G4 592X592X48	11			17			11			31			
	F7 592X592X380				17						31			
	H14							11						
	Bac de condensation				17									
CTA Vasculaire double flux	G4 592X592X48	11			17			11			31			
	F7 592X592X380				17						31			
	Bac de condensation				17									
FRIGORISTE														
Climatisation	AIRWELL				17						31			
	FUDJI				17						31			
	CARRIER				17						31			
AEB														
Eclairage					17						31			
BAES					17						31			
Porte automatique					17						31			
APAVE					17						31			
Onduleur					17						31			
Scialityque	MAVIC 1X50W MAC 130F				17						31			
SECURITE INCENDIE														
Contrôles annuels					17						31			
BIOMEDICAL														
Maintenance		11			17			11			31			
PLOMBERIE														
Auge SOGOBA					17						31			
Filtre ANIOS														A CHANGER TOUS LES MOIS PAR LE SERVICE
AIR LIQUIDE SANTE														
Maintenance					17						31			

Figure VI : Exemple de tableau de bord listant les actions de maintenance préventive annuelle pour une salle spécifique (radiologie interventionnelle)

ÆLIPCE : OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION POUR L'AMÉLIORATION DE LA PERFORMANCE ÉCONOMIQUE DES ORGANISATIONS MÉDICO-SOIGNANTES

Rossetti Bruno
Directeur adjoint - Responsable du projet
CHRU Lille
2, avenue Oscar Lambret - 59037 Lille Cedex

Alexandra Lam
Chef de projet
ANAP
23 avenue d'Italie - 75013 Paris

L'ANAP - Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux, conçoit et développe actuellement l'outil Ælipce - Amélioration et Evaluation des indices de performance.

Ælipce est un outil d'aide à la décision pour l'amélioration de la performance des organisations. A destination des établissements de santé publics et privés, des ARS et des chefs de pôles, l'outil permet de modéliser l'activité de soins (RUM, DMS, capacitaire, ressources humaines,…), de tester des hypothèses d'organisation et d'en évaluer les conséquences en termes de capacité, de ressources humaines (personnel soignant), de dimensionnement en surface et économique. L'outil Ælipce actualise et consolide plusieurs outils ANAP.

1. Objectifs

Depuis 2003, plusieurs outils d'aide à la décision thématiques ont été développés par la MeaH ou par la MAINH : HorizonS Bloc pour les blocs opératoires, le Référentiel de dimensionnement pour le dimensionnement global d'une opération de construction, HorizonS Maintenance pour les processus de maintenance d'un bâtiment, l'outil de calculs des effectifs par métier au regard des variations d'activité sur une année pour les ressources humaines,…
Aujourd'hui, l'ANAP propose avec l'outil Ælipce un outil intégré d'aide à la décision, pour les établissements de santé publics et privés, les Agences Régionales de Santé et les chefs de pôles. Il traite de tous les secteurs fonctionnels pouvant constituer un établissement de santé : hébergement et plateau technique.

A ce titre, il permet de :
- ***réaliser un état des lieux simple de son organisation,*** quel que soit le périmètre : unité de soins, pôle, établissement ou groupe d'établissement.
- ***évaluer et mesurer la performance d'une organisation*** au quotidien, d'un projet de réorganisation
- ***optimiser son organisation*** au regard de l'activité actuelle et de ses prévisions d'évolutions avec une estimation du capacitaire
- évaluation ***des conséquences économiques et financières*** d'un projet.

Pour ce faire Ælipce lie les paramètres suivants :
- L'activité (nombre de RUM, nombre de séjours, DMS, part de séjours multi-RUM...)
- Les ressources humaines (maquette organisationnelle, ETP rémunérés, organisation des tâches,...)
- Le capacitaire (locaux de production)
- La surface
- Les aspects économiques et financiers

2. Principes de l'outil

Ælipce est un outil logiciel pour des directions générales, de soins, de ressources humaines de pôles ou d'ARS souhaitant évaluer une organisation en place et construire avec les équipes une organisation adaptée à l'activité.

A partir de la saisie d'un état des lieux exhaustif de l'activité clinique et médico-technique d'un ou de plusieurs établissements, ou d'une partie d'établissement, l'outil peut être utilisé pour :
- ***la construction et la comparaison d'organisations médico-soignantes adaptées*** (capacité par type de prise en charge des patients) à l'activité et aux bonnes pratiques conduisant à des modèles économiques différents (recettes et dépenses) et des moyens mobilisés différents (ressources humaines)
- ***le dimensionnement de tous les éléments de plateau technique*** sur le plan capacitaire (locaux de production de soins et d'explorations) et les ressources mobilisées
- ***le dimensionnement en surface*** des organisations cliniques et médico-techniques et des éléments de plateau technique
- ***l'évaluation de l'impact en surface*** (locaux…) d'une modification d'organisation dans le calcul des ***coûts d'exploitation***
- la réalisation d'un bilan de chaque projet avec en particulier l'évaluation et la comparaison des recettes et dépenses de chaque projet organisationnel

L'outil Ælipce est composé de 3 modules :

- *Module 1 :* Comparateur capacitaire, activité et ressources humaines mobilisées
- *Module 2 :* Dimensionnement des surfaces
- *Module 3 :* Modèles économiques
  - Recettes et dépenses d'activité
  - Dépenses d'exploitation techniques
  - Recettes et dépenses hôtelières

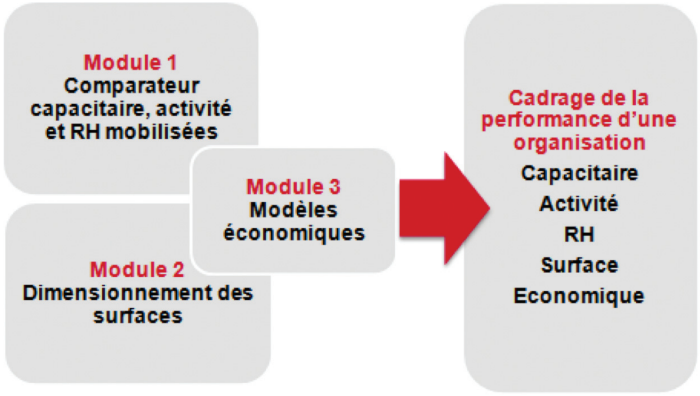

Schéma I : Modules de l'outil

• Module 1 : Comparateur capacitaire, activité et ressources humaines mobilisées

Ce module permet, à partir de la nature et des volumes d'activité et des organisations médico-soignantes, de construire des programmes adaptés :

- en capacité par type de prise en charge des patients (hébergement et plateau technique)
- en ressources humaines mobilisées sur la base de propositions de maquettes organisationnelles établies par des professionnels.

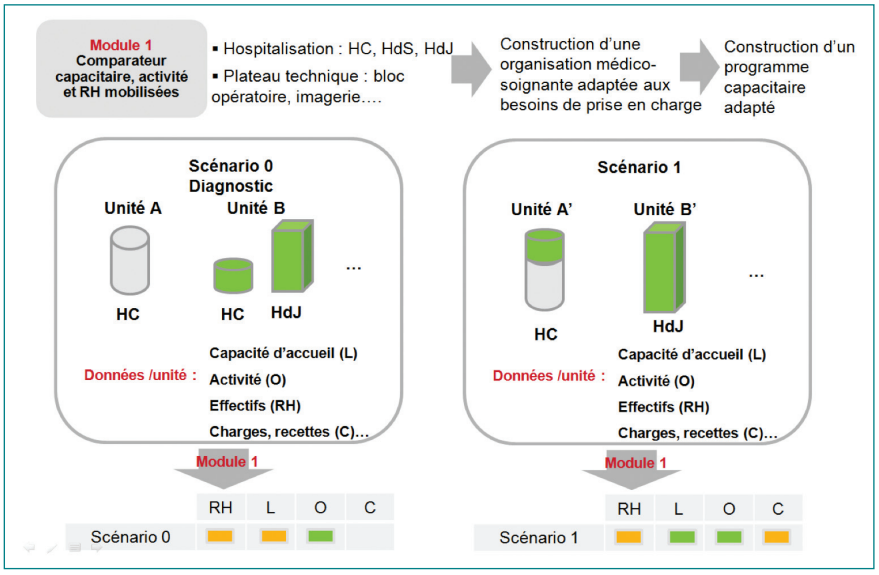

Schéma II : Principe du module 1

• Module 2 : Dimensionnement en surfaces

Ce module permet à partir d'un volume d'activité et d'une organisation de déterminer un capacitaire et d'en déduire les surfaces utiles et dans œuvre par secteur fonctionnel d'un projet.

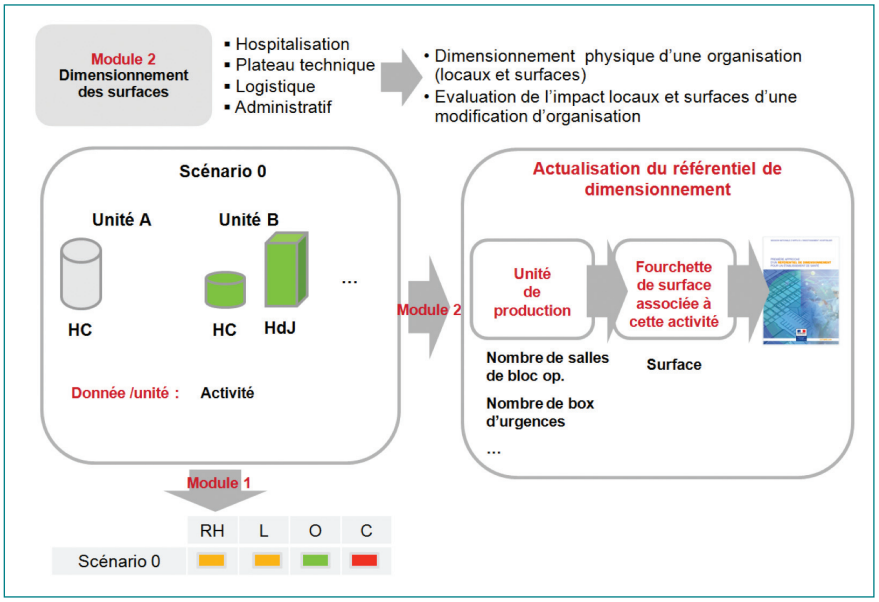

Schéma III : Principe du module 2

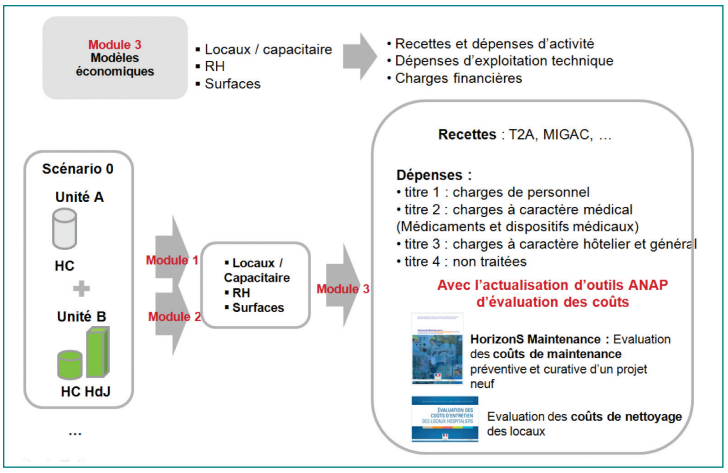

Schéma IV : Principe du module 3

- ***Module 3 : Module économique et financier***

Ce module permet à partir des informations renseignées dans les modules 1 et 2 de :

- Mesurer les impacts en recettes et dépenses de chaque projet organisationnel pour les activités de soins
- Evaluer les surfaces du projet
- Evaluer les conséquences en matière d'exploitation technique et entretien des locaux
- Et à partir de montant de l'investissement d'en calculer le temps de retour éventuel.

3. Conception de l'outil

Pour concevoir cet outil, l'ANAP s'est entourée de deux ARS, d'une cinquantaine de professionnels issus d'une quinzaine d'établissements publics et privés de toutes tailles (cadres de santé, médecins, directeurs, ingénieurs, DIM, cadres gestionnaires, contrôleurs de gestion,...) et de cabinets d'architectes.

4. Calendrier

- ***Avril 2012 :*** Diffusion du module 1 - activité clinique sur le site www.anap.fr

- ***Automne 2012 :*** Diffusion de l'outil complet

OUTIL D'ÉVALUATION INNOVANT D'UN SYSTÈME DE MANAGEMENT DES RISQUES EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Jean-Baptiste VRILLON
Gestionnaire des Risques
Centre Hospitalier de Redon
8 Avenue Etienne Gascon - 35600 REDON

Emmanuel THOMAS
Responsable Qualité - Gestion des Risques
Centre Hospitalier A. GUERIN
7, rue du Roi Arthur - 56800 PLOERMEL

Reprise de l'article de la revue Risques et Qualité 2010, volume VII.

1. Contexte du projet

Initié par le centre hospitalier (CH) de Redon, un outil de management des risques est également utilisé par trois autres établissements bretons : au CH de Ploërmel, au CH Intercommunal de Cornouaille de Quimper et au CH de Douarnenez. Ces établissements publics couvrent un large panel d'activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, de soins de suite et de réadaptation-médecine physique et de réadaptation, de psychiatrie, de gériatrie. Ils comportent aussi plateaux techniques avec de l'imagerie médicale, blocs opératoires et stérilisations.

L'ARS Bretagne soutient financièrement le développement informatique de cette cartographie et de son déploiement sur neuf établissements.

2. Organisation de la qualité et de la gestion des risques

Le président de CME décide conjointement avec le directeur de la politique qualité et gestion des risques [1], ainsi que de l'élaboration et du suivi du programme d'amélioration (Loi HPST). Ce programme fédère les différents groupes de travail (douleur, médicaments, lutte contre les infections nosocomiales,…) des établissements [2].

3. Limite de l'organisation de la qualité et de la gestion des risques

Le programme ne peut être une compilation des programmes proposés par ces différents groupes de travail. Bien que s'appuyant sur les évolutions réglementaires, les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales, les surveillances, signalements, audits, évaluation des pratiques professionnelles, contrats de pôle, expressions des usagers, inspections, certification, accréditation des médecins..., un arbitrage est nécessaire afin de fixer les priorités. Cet arbitrage doit se baser sur des données objectives de maîtrise du risque.

4. Recommandation de la Haute Autorité de santé (HAS)

Lors des visites de certification, les experts-visiteurs de la HAS regrettent souvent l'absence de coordination des risques. Cela s'est traduit dans le manuel de certification V2010 par le positionnement successif de deux références comme Pratique Exigible Prioritaire (PEP) :

- Critère 8.b Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins
- Critère 8.a Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

L'action devait également permettre de clarifier l'activité de gestion des risques. Elle est encore mal connue des professionnels. Elle est perçue comme se limitant à la gestion des événements indésirables et vient en appui aux personnes en charge de certains risques, telles que la gestion des produits sanguins, la stérilisation…

5. Objectifs poursuivis

La mise en œuvre d'un système de management des risques doit permettre de :

- répondre aux exigences de la HAS;
- fournir à la direction et au président de CME une vue précise et synthétique du niveau de maîtrise des risques ;
- créer une dynamique permettant de rapprocher les différents pilotes de risques ;
- apporter aux pilotes de risques des outils pour faciliter leur travail ;
- clarifier l'activité de gestion des risques pour l'ensemble du personnel.

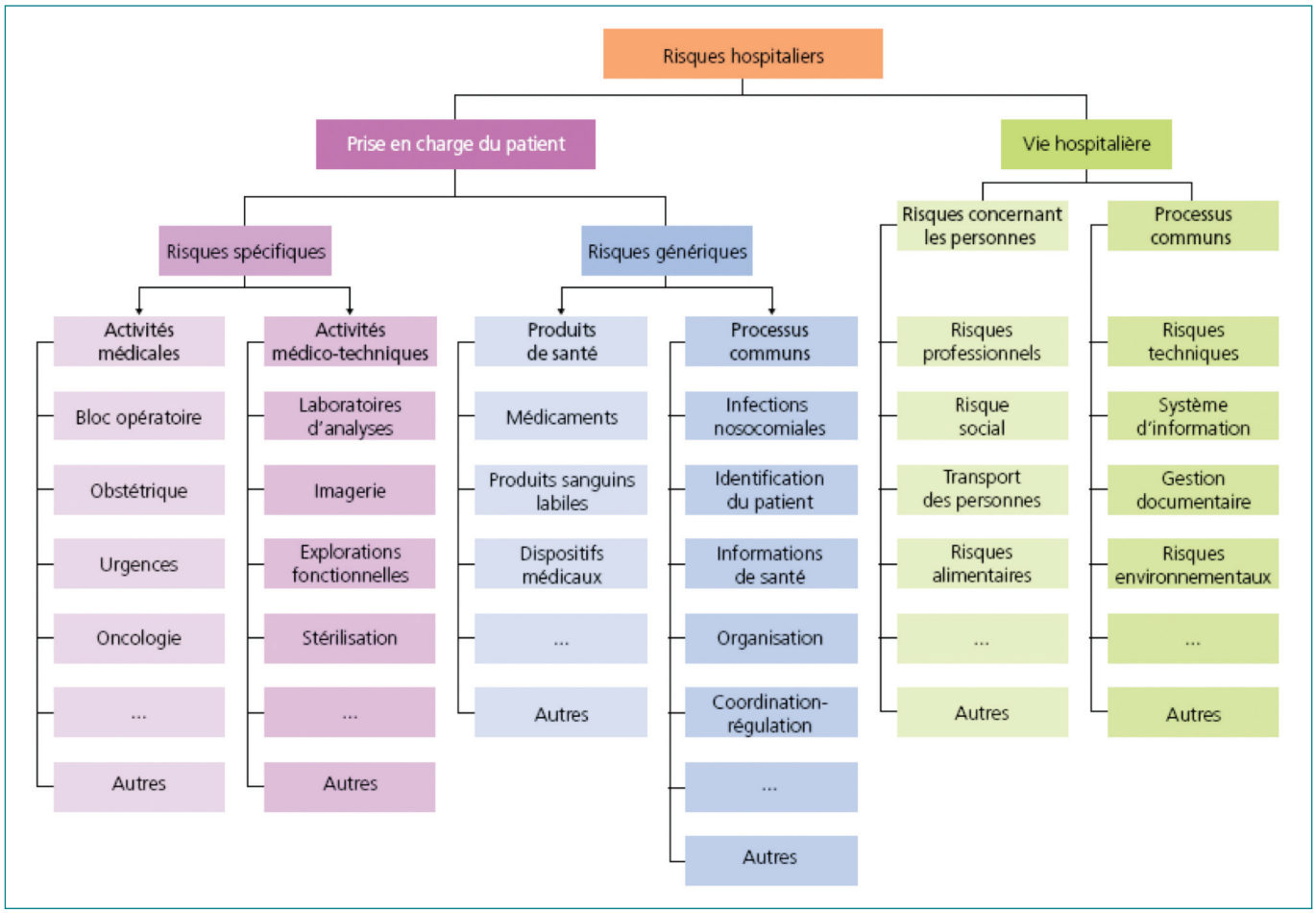

Figure I - Vision de la réglementation.

6. L'outil et sa mise en place

Il existe de nombreux référentiels sur les systèmes de management des risques. Ces systèmes sont essentiellement centrés sur la prévention des accidents majeurs et la sécurité du personnel et des biens. Les référentiels les plus connus en matière de qualité, sécurité et environnement (tels que OHSAS 18001, BS 8800, ILOOSH 2001, MASE, SGS arrêté du 10 mai 2000, ISO 14001 et 14004, ISO 9001 et 9004, EFQM, Manuel Certification HAS…) [3-12] ont été repris et adaptés à l'organisation d'un établissement de santé.
La réponse aux exigences (nommées « impératifs » dans le cadre de cet article) présentées dans ces référentiels est souvent binaire. Afin de disposer d'une analyse plus fine, chaque impératif à été découpé en plusieurs niveaux d'atteinte. Enfin, un outil d'évaluation didactique a été créé pour évaluer chaque thème de risque et fournir une synthèse globale sur Excel.

L'intégration de cet outil dans la vie de l'établissement passe notamment par la création d'une coordination des risques composée des pilotes de chacun des thèmes de risques identifiés dans l'établissement. La circulaire DHOS/E2/E4 n°176 du 29 mars 2004 [13] aujourd'hui abrogée, propose les thèmes principaux à prendre en compte dans la démarche (Figure I). Une formation initiale est alors dispensée à l'ensemble des pilotes afin d'adopter un vocabulaire commun et une compréhension identique du fonctionnement de l'outil et de l'intérêt de la démarche.

L'évaluation du système de management des risques est réalisée tous les ans en amont de la constitution du programme d'amélioration afin de faciliter les arbitrages nécessaires.

7. Cheminement des impératifs retenus

(Figure II)

Une démarche normale de gestion des risques peur comporter plusieurs points d'entrée. Pour favoriser la compréhension de l'outil il a été choisi de commencer le déroulement de cette démarche par l'identification de l'ensemble des risques. L'analyse a priori permet le recueil de ces informations. Un classement est réalisé pour mettre en évidence les risques dits « intolérables ». La veille réglementaire est une deuxième source d'information. L'analyse du respect de la réglementation, article par article, fournit les marges d'amélioration.

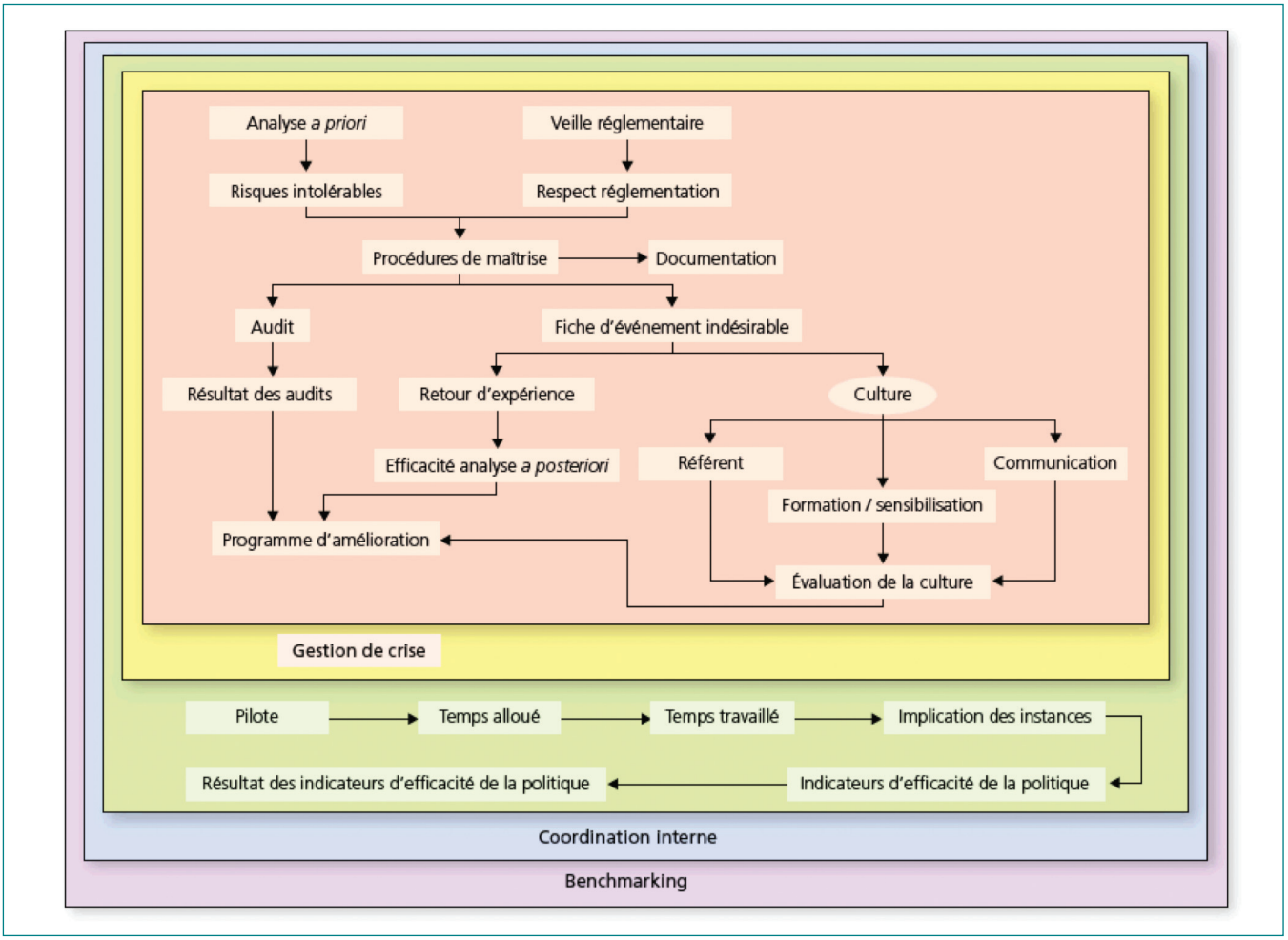

Figure II - Cheminement des impératifs retenus.

L'écriture de procédures de maîtrise permet de diminuer les risques « intolérables » et d'améliorer le respect de la réglementation.
La gestion de la documentation assure la pérennité et l'utilisation des bonnes procédures. Pour vérifier que ces procédures sont appliquées, applicables et adaptées, des audits sont organisés.
Le résultat de ces audits doit être clair, synthétique et permettre d'établir la correspondance entre procédures et pratiques. Ces audits ne représentent la situation qu'à un moment donné. Pour améliorer la vision de la réalité du terrain, la fiche de déclaration d'événements indésirables est essentielle. La diffusion d'une culture des risques favorise cette déclaration. Elle passe par la nomination de référents, une communication régulière et des formations et sensibilisations périodiques pour le personnel concerné. Une évaluation de la culture [14] permet d'en connaître le niveau au sein de l'établissement. Ces fiches de déclaration alimentent l'analyse a posteriori des risques. Il est à noter que la gestion des plaintes peut être intégrée à cette analyse.

Un retour d'expérience [15] doit être organisé pour mettre en évidence la ou les causes de l'événement. Une mesure de l'efficacité de l'analyse a posteriori [16] permet de réajuster l'organisation si nécessaire. Cette mesure peut prendre en compte les actions menées, leurs réels apports vis-à-vis du dysfonctionnement constaté mais aussi la vérification que l'événement est bien identifié dans l'analyse a priori. Le résultat des audits, l'efficacité de l'analyse a posteriori et l'évaluation de la culture fournissent les informations nécessaires pour l'élaboration d'un programme d'amélioration. Dans un établissement où un système de management de la qualité est déjà en place, ce programme s'inspire en sus, d'autres sources d'information comme l'analyse des questionnaires de satisfaction et des résultats de la certification. Malgré l'ensemble de ces impératifs, des accidents sont malheureusement encore envisageables, une gestion des crises assure la réactivité des acteurs et diminue les éventuelles conséquences.

Pour assurer le lien de tous ces impératifs, la désignation d'un pilote pour chaque thème de risques (risques professionnels, environnement, risques financiers…) est primordiale. Cette personne doit disposer de temps alloué pour effectuer cette mission et doit, en lien avec les personnes concernées consacrer du temps. De plus, l'implication des instances est indispensable pour appuyer les travaux du pilote. Cet impératif est assimilable à la revue de direction des référentiels. Pour faciliter la prise de décision, ces instances doivent disposer d'indicateurs d'efficacité de la politique pertinents et représentatifs de la gestion du thème de risque. Le résultat des indicateurs doit, soit respecter un seuil prédéfini, soit être en amélioration constante. Enfin, pour éviter la redondance d'outils existants dans un établissement et pour faciliter le travail de chaque pilote, une coordination des risques doit regrouper l'ensemble de ces pilotes. Cette coordination peut permettre une gestion globale de risques au sein de l'établissement.

Cet échange de pratique, ou benchmarking, peut être poursuivi à l'extérieur de l'établissement afin par exemple d'éviter une perte de temps à concevoir des outils ou des organisations déjà en place dans un établissement similaire.

8. Cinq principes regroupant 25 impératifs

(Figure III)

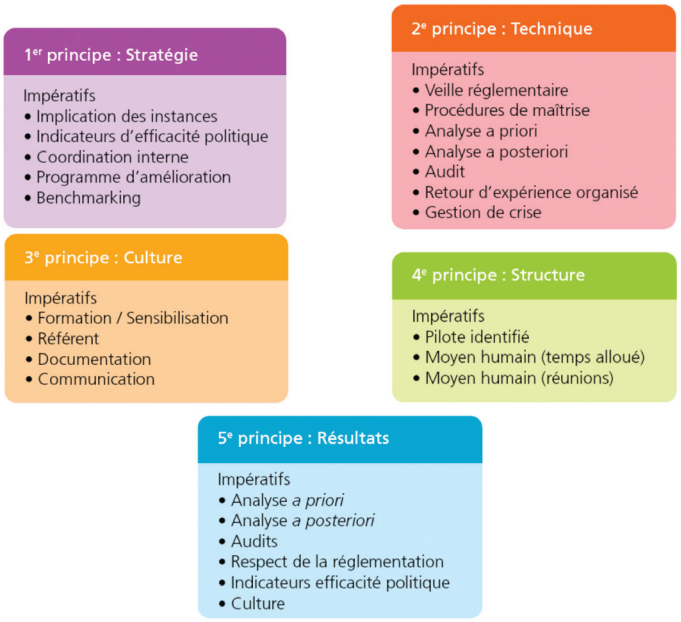

Figure III - 5 principes regroupant 25 impératifs.

Les impératifs décrits ci-dessus ont été repris dans le référentiel interne puis classés dans de grandes catégories. L'objectif est de gagner en lisibilité. Les chapitres des référentiels existants sont trop nombreux pour une vision claire et rapide. Aussi, il a été choisi de reprendre les quatre principes de Shortell : la stratégie, la technique, la culture et la structure [3,17]. Un cinquième principe a été proposé pour intégrer tous les impératifs. Il a été nommé « Résultats ». Pour la réalisation de l'outil d'évaluation du niveau de maturité du système de management des risques, il a été décidé d'attribuer une note maximale de 1 point pour chaque impératif. Ces derniers ont ensuite été découpés en plusieurs niveaux d'atteinte. Par exemple, l'impératif « Communication » :

a- communication interne trimestrielle = 1 point
b- communication interne semestrielle = 0,66 point
c- communication interne annuelle = 0,33 point
d- pas de communication interne = 0 point.

Avant la première utilisation de l'outil au sein du CH Redon, il été présenté au responsable du master « Management des risques, sécurité et environnement en santé » de l'Institut supérieur de santé et des biotechnologies d'Angers, à un assureur, à d'autres gestionnaires de risques d'établissements de santé puis à l'équipe de

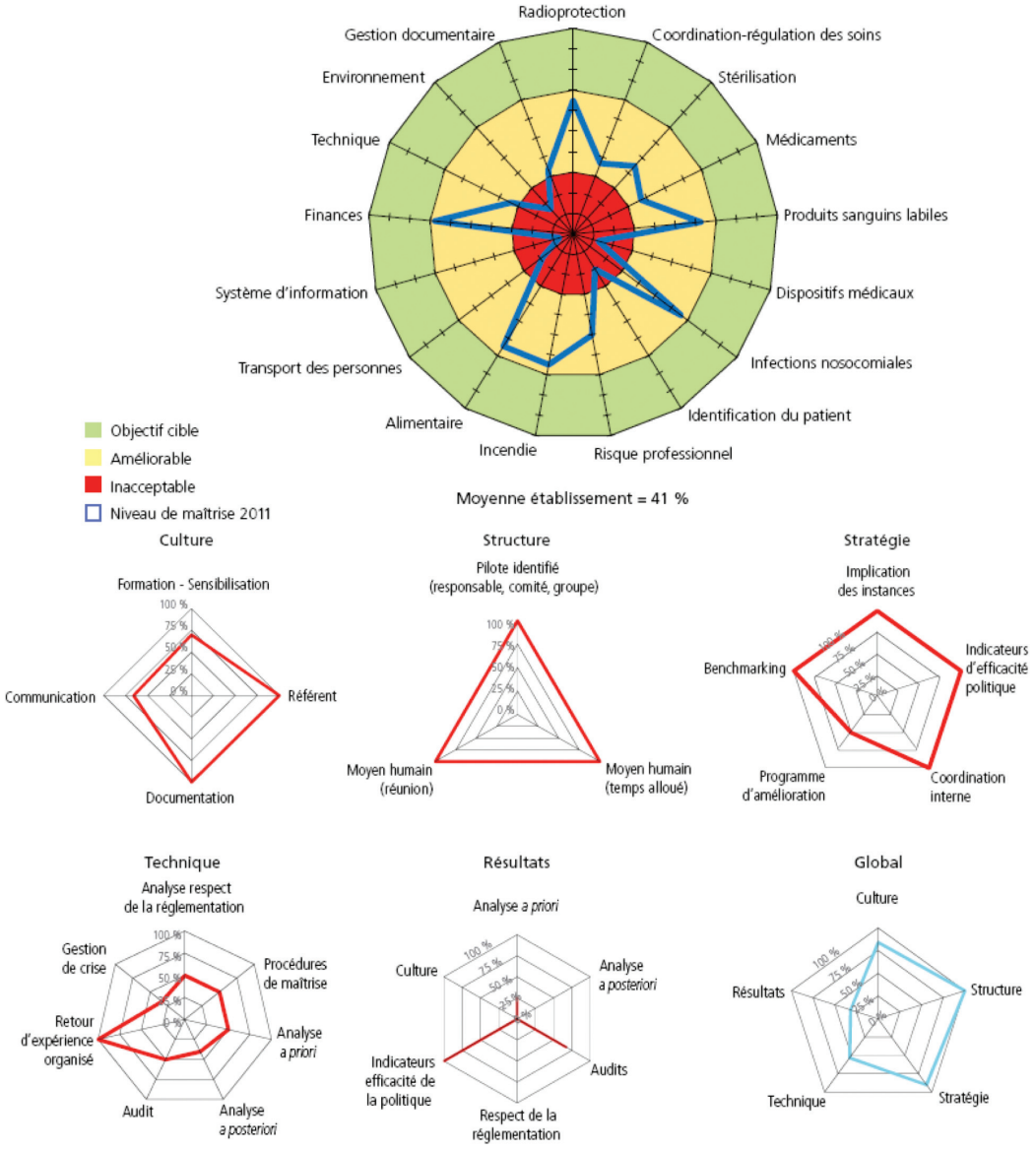

Figure IV - Représentations graphiques des niveaux de maturité du système de management des risques

direction de l'établissement. Cet outil se veut simple à comprendre, à utiliser et surtout fédérateur.

9. Les résultats

Des schémas de synthèse du niveau de maturité du système de management des risques reprennent le niveau de maturité moyen par impératif, le niveau de maturité moyen par principe, les niveaux de maturité du système de management des risques par domaine d'application et la moyenne générale pour l'établissement [18].
Les présentations synthétiques des résultats sous forme de radars (Figure IV) sont de précieux outils d'aide à la décision tant au niveau institutionnel pour le coordinateur des risques associé aux soins, le président de CME et le directeur, qu'au niveau terrain pour les pilotes de risque.

10. Synthèse

Après le management par la qualité, qui a permis de faire évoluer la culture de l'oral fortement ancrée dans les établissements de santé en culture de l'écrit, l'état demande désormais de tendre vers un management par les risques.
Cela apporte entre autre aux managers une aide à la décision quant à la priorisation des efforts à fournir.

11. Références bibliographiques

1 • Loi HPST du 21 juillet 2009

2 • CIRCULAIRE DGOS/PF2/2011/416 du 187 novembre 2011 en vue de l'application du décret 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les évènements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé, Ministère du travail, de l'emploi et de la solidarité.

3 • ASSOCIATION FRANÇAISE DE NORMALISATION (Afnor) Guide d'évaluation pour les préventeurs et auditeurs de la sécurité et de la santé au travail, évaluation des systèmes de management de la sécurité et de la santé au travail selon les principes directeurs du Bureau international du travail, AFAQ/AFNOR, ILO-OSH 2001.

4 • MINISTERE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE. Guide d'analyse et de regroupement des risques à l'intention des collectivités locales, juin 2004.

5 • INSTITUT NATIONAL DE L'ENVIRONNEMENT INDUSTRIEL ET DES RISQUES (INERIS). Guide de management santé, sécurité, environnement. http://www.ineris.fr/guide-sse/index.htm

6 • ISO 9001, ISO 9004 de novembre 2008 et ISO 14001, 14004 de décembre 2004.

7 • S. ALCOUFFE, V. MALLERET. Les fondements conceptuels de l'ABC à la française, Groupe HEC.

8 • INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ (INRS). Les systèmes de management de la santé et de la sécurité. http://www.inrs.fr/htm/les_systemes_management_la_sante_la_s ecurite.html

9 • HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Manuels de certification des établissements de santé, V2007 et V2010.

10 • DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DES SOINS (DHOS). Modèle de gestion des risques en établissements de santé, organisation, méthode et outils, novembre 2002.

11 • AGENCE NATIONALE D'ACCRÉDITATION ET D'ÉVALUATION ENSANTÉ (ANAES). Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé, janvier 2003.

12 • SGS - L'arrêté du 10 mai 2000 modifié relatif à la prévention des accidents majeurs impliquant des substances ou des préparations dangereuses présentes dans certaines catégories d'installations classées pour la protection de l'environnement soumises à autorisation impose aux établissements dits « SEVESO seuil haut » visés à l'article L. 515-8 du code de l'environnement de mettre en place un Système de gestion de la sécurité (SGS) conformément à l'annexe III de cet arrêté.

13 • CIRCULAIRE DHOS/E2/E4/ N° 176 DU 29 MARS 2004 abrogée relative aux recommandations pour l'élaboration et la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé, Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées.

14 • AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY, HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE. HOSPITAL SURVEY ON PATIENT SAFETY CULTURE, septembre 2004. www.ahrq.gov/qual/hos-pculture.

15 • MISSION NATIONALE D'EXPERTISE ET D'AUDIT HOSPITALIERS (MEAH). Améliorer la sécurité dans les organisations de soins, exploiter les retours d'expériences, février 2008.

16 • DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES (DREES). Les événements indésirables graves liés aux soins, étude ENEIS, mai 2005.

17 • SHORTELL et al. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management : concept versus implementation», Health Service Research, 1995, 30(2): 377-401. CHOWANEC, The fall and rise of TQM at a public mental health hospital, Joint Commission Journal on Quality Improvement 1996, 22(1) : 19-26. SLUYTER, BERMAN. Overview, TQM in mental health hospital, the «new kid on the block», Joint Commission Journal on Quality Improvement 1996, 22(1) : 5-7.

18 • AGENCE NATIONALE D'ACCRÉDITATION ET D'ÉVALUATION EN SANTÉ (ANAES). Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé, principes généraux, mai 2002.