

DHOS

Cellule gestion des risques

Systemique du management
des risques à l'hôpital...
du constat à la planification

L'exceptionnel est-il prévisible ?

Le jeu consiste à essayer d'avoir « un coup d'avance » sur des scénarios

- organiser des protections, des défenses parce que :
- une crise conduit à un dépassement de la capacité d'actions dans les conditions habituelles;
 - l'organisation et ses missions sont compromises dans leur ensemble;
 - la crise ne survient jamais au bon moment!

La complexité de l'hôpital

- progrès
- innovations techniques
- environ 120 métiers hautement spécialisés, complémentaires, différents
- une production centrée sur des hommes, des patients, offrant de nombreuses variables.

La complexité de l'hôpital (suite)

Des arguments pour expliquer que l'on ne peut entrer dans des standards afin de mieux s'adapter à la variabilité des situations humaines.

La complexité de l'hôpital (suite 2)

C'est parce que le système hospitalier est complexe qu'il faut instaurer des règles, des standards en matière de gestion prévention des risques, et s'y tenir

Dans une production standardisée, tout changement peut avoir une conséquence visible sur le résultat final.

La maîtrise des risques

De nombreuses démarches d'origine professionnelles, managériales ou réglementaires visent à maîtriser les risques:

la sécurité sanitaire est devenue une priorité et s'appuie sur la gestion des vigilances

La maîtrise des risques (suite)

- ces démarches sont souvent conduites par thèmes ou spécialités
- ces démarches sont souvent balkanisées, éclatées

La gestion du risque et ses paradoxes

Admettre ce qui n'est pas socialement avouable dans une société qui exige le risque O:

- Il est présent dans toute activité humaine
- La prise de risque est souvent liée à la recherche d'un bénéfice dans l'activité réalisée
- Prendre des risques peut augmenter la performance

Le risque (suite)

- Un bénéfice à long terme peut entraîner une prise de risque à court terme.
- La gestion des risques implique l'identification de la prise de risque volontaire, sinon:
pas de progrès, pas d'évolution, pas de chance, pas d'opportunités.

La détermination du risque

- Son importance est conditionnée par l'environnement et ses interactions avec les milieux extérieurs, en amont en aval.
 - quel est le seuil de criticité
 - quelle est la cause
 - quelle est la conséquence

La détermination du risque (suite)

- ⇒ Analyse préliminaire du danger
 - rationaliser au maximum
 - décomposer les processus
 - éliminer les tâches qui parasitent le processus
 - ajouter tout ce qui peut sécuriser

L ’erreur

Il est impossible de supprimer l ’erreur de tout fonctionnement humain.

“l ’erreur est inséparable de l ’intelligence humaine, mais le taux de détection et de récupération est également très élevé, de l ’ordre de 80%” Reason.

L'erreur (suite)

Un système fiable n'est pas celui dans lequel on ne commet pas d'erreurs...

C'est celui dans lequel on aura permis de détecter ou récupérer l'erreur.

Pour cela, il faut créer le climat favorable pour une approche non punitive de l'erreur.

La sécurité

- La pression du public, des médias, La jurisprudence:
tendre vers le risque zéro.....
- Le rôle du manager consiste à créer les conditions pour rendre le risque acceptable et mettre en situation de sécurité maximale
- Gérer les risques c'est mettre en place les conditions pour opérer en confiance
- C'est proposer des solutions économiquement viables fondées sur des faits, des résultats

La sécurité (suite)

- Identifier les risques
- connaître la nature du risque
- éliminer les risques ou ses conséquences
- Prévenir, protéger, construire des défenses

De l'incident à l'accident

Des conditions de travail qui favorisent l'erreur:

→ la défaillance patente : défaillance de l'opérateur en lien direct avec l'accident

Des conditions de travail qui favorisent la déviance

→ la défaillance latente : inadéquation des compétences et moyens disponibles au regard du résultat à obtenir.

De l'incident à l'accident (suite)

Il y a souvent corrélation entre anomalie, incident puis accident:
mais pour des raisons économiques, de temps, de lassitude...on finit par s'accommoder des situations déviantes qui conduisent à la prise de risque implicite

La déviance

C'est un acte volontaire d'adaptation des normes, des instructions, et des directives de la structure.

- vu comme un bénéfice et plus de performance, et non comme un risque
- la performance est plus grande pour le professionnel
- Ce peut être toléré par la hiérarchie qui sollicite éventuellement

La déviance (suite)

- cela passe inaperçu, car c'est toléré par la communauté
- des stratégies locales, voire personnelles sont mises en place
- 0 accident est perçu comme un bénéfice et non comme un risque

L'accident

- la résultante de tout ce qui est latent
- une déviance progressive de la norme



le patent chez l'opérateur de première
ligne

Le management et le risque

L'éthique n'est pas d'être gentil, mais implacable et déterminé.

- être un communicateur de haute précision
- démontrer une implication personnelle forte
- Ne pas faire de concession
- créer les conditions favorables du changement

Les conditions favorables à la défaillance

- l'évolution des techniques, des compétences
- la routine, il n'y a plus de contrôle constant
- l'activation de connaissances ou de règles erronées au fil du temps
- l'opérateur n'a pas été initié, encadré, et ignore la solution

Les conditions favorables à la défaillance (suite)

- la lutte contre la “faute” au lieu de la lutte contre l’erreur.
- le manque de détection systématique et de l’exploitation de l’erreur.
- la politique en GRH
- l’habitude “on a toujours fait comme cela”

Les conditions favorables à la défaillance (suite 2)

- le problème de la concentration, de l'attention, des conditions de travail
- la précipitation, le stress, l'incompétence, une mauvaise organisation du travail
- une inadéquation entre les profils d'activité et la présence des compétences
- les grandes erreurs persistantes, résultat de raisonnements et directives à priori réfléchis

Les conditions favorables à la défaillance (suite 3)

- l'estimation de la probabilité faible d'un événement contribue à donner aux décideurs une confiance qui fausse le jugement
- les échecs de communication
- la négligence des signaux faibles
- le mépris de l'intuition car tout doit être démontré avec des preuves et des raisonnements rationnels.

Les conditions favorables à la défaillance (suite 4)

- le presque accident “on l’a échappé belle...” non exploité, sans réajustement
- le nombre impressionnant d’opérateurs autour d’une seule démarche
- le manque de maintenance, de veille, de tableaux de bord
- pas de scénario ni solution de rechange pour fonctionner en mode dégradé

Les conditions favorables à la défaillance (suite 5)

- pas d'analyse de la résistance aux erreurs, aux défaillances, aux pannes
- le manque de contrôle de conformité (nouveau matériel, locaux)

...etc...

Le risque du management

“Ca va bien?” ...

“Je n ’y peux rien, c ’est à vous de...”

“c’est la faute à... ou l ’externalisation sur plus
petit que soi: le bouc émissaire...”

Il faut toujours un coupable en sursis
d ’immolation car chacun redoute la mise en
cause de la responsabilité professionnelle et la
sanction.

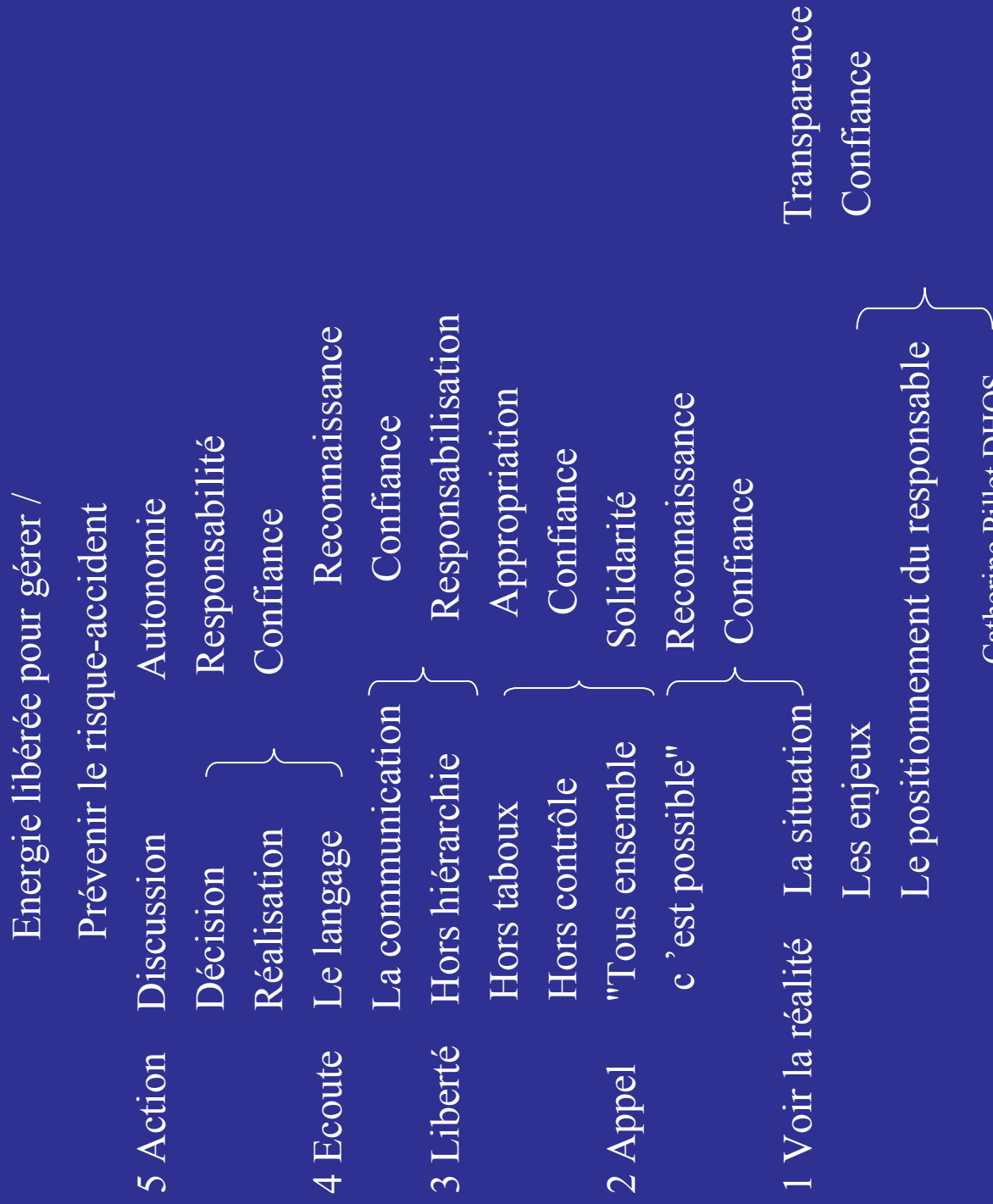
Risque et management (suite)

C'est l'organisation dans son ensemble qui fait le lit du dysfonctionnement.

Dans chaque société, il faut prison...

- s'il y a 3 ou 4 prisonniers, c'est sûrement à cause des 3 ou 4 prisonniers
- si la prison est pleine... c'est certainement la faute de la société.

Les conditions favorables à la gestion des risques



La démarche

- Prévenir les incidents, les accidents, les événements indésirables
- Dégager diverses solutions possibles pour éviter la répétition d'accident
- Examiner l'analogie des dysfonctionnements, des détériorations

La démarche (suite)

Démarche participative et concertée qui exclut la recherche de responsabilités qui conduirait les intéressés à masquer ou modifier la réalité.

Cette démarche trouve son fondement dans l'analyse des situations de travail, des process, des protocoles...

L'objectif est de modifier la réalité de conduites comportant des situations à risque..

La démarche (suite 2)

Une formation action, centrée sur la connaissance des risques et sur une méthode d'analyse des situations

Des binômes: une opportunité pour renforcer des liens et la confiance entre les professionnels, mieux connaître le système, valoriser les connaissances.

Les fondements et principes

- l'analyse de l'environnement
- l'implication de l'ensemble des acteurs pour amorcer et conduire tout changement
- démarche globale d'amélioration continue de la qualité et sécurité
- l'implication des professionnels et la participation active de l'ensemble des acteurs à chaque étape.

L 'arbre des causes d 'accident

Trop souvent, on est dans le chronique d 'une mort annoncée:

Articuler logiquement des facteurs réels nécessaires à la production des faits successifs qui conduisent à l 'accident.

Les faits sont réels, observables, constatés.

L 'arbre fournit de multiples cibles d 'actions immédiates et dans la durée, qui suppriment le facteur de risque ou sa liaison logique

L'arbre des causes d'accident (suite 2)

Une telle démarche révèle les 3 faces de toute institution humaine si l'on se réfère à la sociologie des organisations

- la fonction manifeste, autrement dit l'interprétation et l'application des textes fondateurs (les vigilances, les sécurités sanitaires)

L'arbre des causes d'accident (suite 3)

- la fonction latente puisque des us et coutumes deviennent des “comportements” acquis ou admis au fil du temps
- enfin le dysfonctionnement, l'aspect le plus grave puisqu'il peut conduire à l'accident, à la crise

Les fondements et principes (suite)

- une démarche pérenne, consolidée, transversale en cohérence avec les autres projets
- l'objectivité et la transparence au moment des diagnostics
- la conviction des managers chefs de service: affirmer, légitimer la démarche, pas d'équivoque, ni d'ambiguïté

Les fondements et principes (suite 2)

- la définition claire des responsabilités de chacun
- la formation des acteurs
- le rôle essentiel de l'encadrement
- des chargés de mission transversaux
- un responsable qualité
- la consolidation des procédures
- des “RDV” à ne pas manquer pour informer, communiquer les résultats

Le signalement de tout événement indésirable

- Rompre la loi du silence et banaliser le phénomène de déclaration des incidents, accidents, failles de l'organisation
- ne jamais esquinter la fierté des métiers
- ne pas chercher qui doit endosser le faute, mais remettre en cause le système dans son ensemble

Pas de surprise (suite)

Une remontée systématique des informations concernant tout événement indésirable pour opérer aux réajustements, éviter les accidents, la catastrophe, une crise sanitaire majeure

Le signalement de tout événement indésirable (suite)

- élaborer des tableaux de bord pour informer sur des situations « critiques » récurrentes, visualiser la fréquence d'un événement, mesurer les effets des mesures correctives (un accident par jour pour 100 lits)
- mettre en place des signaux d'alarme, des clignotants, des feux rouges...

Le signalement de tout événement indésirable (suite 2)

- transformer tout le monde en vigile et se mettre constamment en état d'alerte
- promouvoir l'auto contrôle, l'initiative personnelle, cultiver la confiance et l'exigence
- garantir la confidentialité, limiter la divulgation de l'identité des personnes impliquées dans les processus de l'accident

Le moins d'écarts possible

Service attendu = service perçu = service offert.

Le risque le plus grand n'est pas dans ce cas que les opérateurs ne savent pas faire, mais le plus souvent là où la routine entraîne des négligences.

Le dysfonctionnement représente un gisement ou une hémorragie de 20 à 30% des ressources dans les hôpitaux

Pas de surprise

La prévention et la gestion des risques est un processus extraordinairement standardisé qui doit garantir à l'utilisateur, comme à l'opérateur que les soins seront dispensés dans un environnement sécurisé dont on mesure et prévient avec constance les risques de façon optimum.

 Une remontée d'information fiable et utilisable, par le canal d'une porte d'entrée unique sur la base de faits observables et mesurables pour opérer aux réajustements

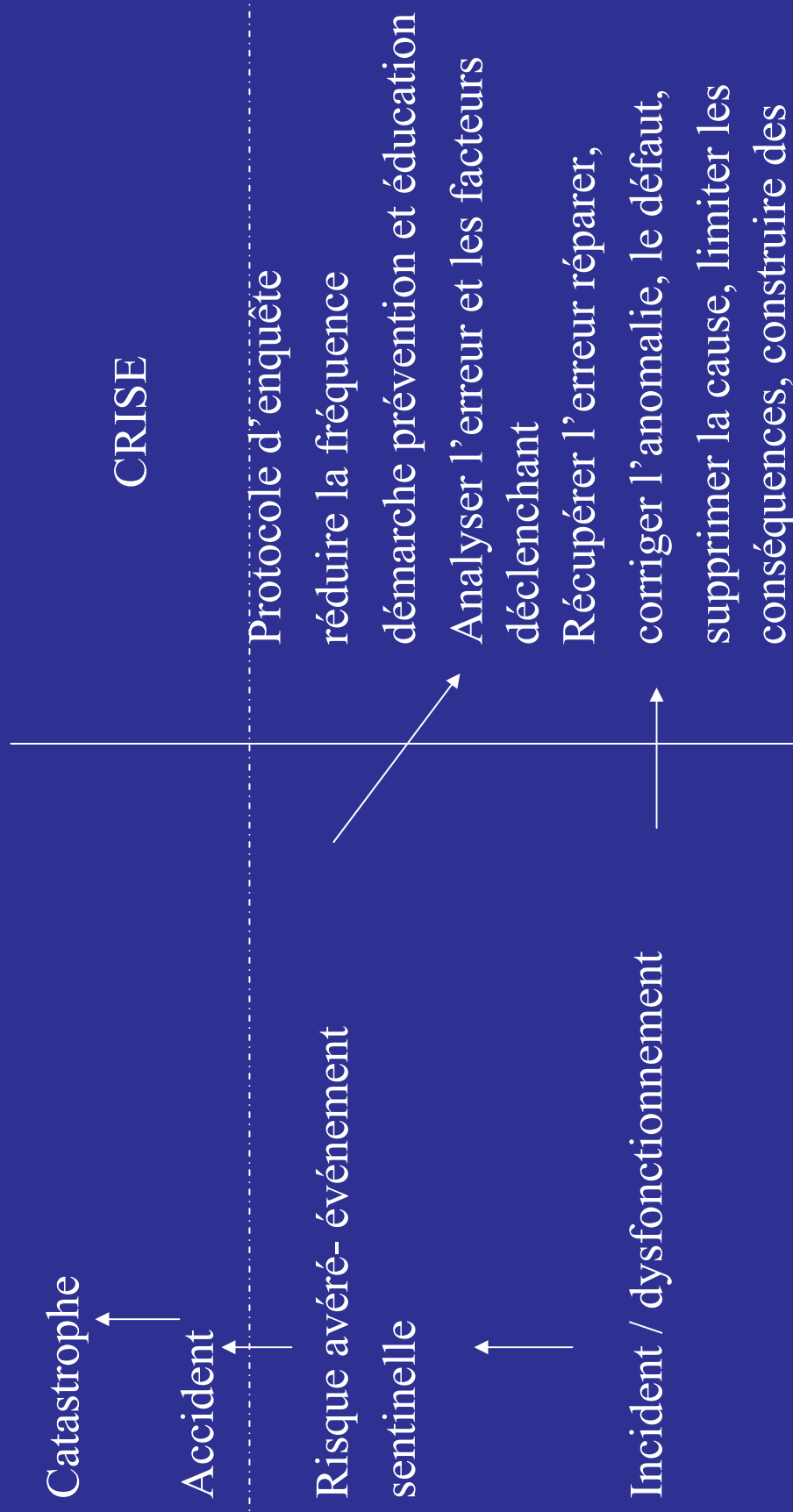
Le signalement de tout événement indésirable

- 1 outil simple
- une remontée systématique de tout événement indésirable
- une lecture en temps réel
- une seule porte d'entrée
- un logigramme décisionnel
- un tableau de bord faisant valoir ce qui est itératif

Le signalement de tout événement indésirable (suite)

- la réunion de tous les responsables des vigilances et sécurité pour rendre compte analyser, réajuster une fois par mois
- une transmission des résultats à l'ensemble de la communauté avec les mesures correctives adaptées
- un compte rendu trimestriel au sein de chaque instance

Le signalement de tout événement indésirable (suite 2)



Nous rêvons tous d'être une cane suivie par
ses canetons, sans avoir à se retourner pour
vérifier si tous avancent, bien ensemble...
au même rythme...pour se diriger vers la
mare...

Attention au fameux syndrome de la cane!