

## Synthèse de l'enquête FORAP sur les coordonnateurs de gestion des risques associés aux soins dans les établissements de santé

La FORAP, fédération regroupant les structures régionales d'appui en qualité et gestion des risques, a mené une enquête auprès des établissements adhérents de 7 d'entre elles afin d'étudier la mise en œuvre de la fonction de coordonnateur de gestion des risques associés aux soins (CGdR) instituée par le décret du 12 novembre 2010. Ce décret avait été pris en tirant les enseignements, au travers d'une large concertation, notamment

- d'une enquête conduite en 2009 par la DGOS<sup>1</sup> auprès de 1575 établissements de santé, des Agences régionales de l'hospitalisation, des structures déconcentrées de l'Etat et des structures d'appui à la qualité et à la sécurité des soins, qui avait conclu à une mise en œuvre souvent plus formaliste qu'approfondie des démarches de gestion des risques dans les établissements de santé. L'enquête avait également mis en évidence une moindre implication dans la sphère des risques associés aux soins que dans celle des autres risques présents dans l'établissement de santé.
- des résultats de l'enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins (ENEIS) diffusée en 2010 qui estimait en particulier que la moitié des événements indésirables graves associés aux soins étaient évitables (48,1 %)<sup>2</sup>.

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins représente une fonction innovante. Il a vocation à remplir un rôle d'appui stratégique, de coordination et de gestion opérationnelle. Son profil, sa formation, son positionnement dans la structure sont à l'évidence des enjeux importants pour le succès de la gestion des risques associés aux soins. Indiquant que cette fonction a vocation à être intégrée au Répertoire des métiers de la Fonction publique hospitalière, avec des référentiels d'activités, de compétences et de formation adaptés à ses missions, le décret reflétait la volonté forte du Ministère de créer un nouveau métier.

### Quel était l'objectif de cette étude ?

L'étude avait pour objectif de déterminer, deux ans après la parution du décret du 12 novembre 2010 instaurant cette nouvelle fonction dans les établissements de santé, la réalité de leur nomination, leurs activités, moyens et formation.

<sup>1</sup> <http://www.sante.gouv.fr/publications-etudes.html>

<sup>2</sup> Michel P, Minodier C, Lathelize M, Moty-Monnereau C, Domecq S, Chaleix M, Izotte M, Bru-Sonnet R, Quenon JI, Olier L. Les Evénements Indésirables Graves Associés Aux Soins Observés Dans Les Etablissements De Santé : Résultats Des Enquêtes Nationales Menées En 2009 Et 2004. Dossiers Solidarité et Santé, 2010 : n°17

## Quelle a été la méthode de cette étude ?

L'enquête a été adressée à **668 établissements** par les structures régionales d'appui en qualité et gestion des risques de sept régions, dite aussi structure régional d'évaluation (SRE), de sept régions (**CCECQA** en Aquitaine, **CEPPRAL** en Rhône-Alpes, **EPSILIM** en Limousin, **GREQUAU** en Auvergne, **QualiSanté** dans l'hémi-région ouest des Pays de Loire, **REQUA** en Franche-Comté et **RSQ** en Nord Pas-de-Calais et Picardie) via un questionnaire accessible en ligne sur la plateforme e-FORAP . L'enquête a été réalisée entre le 8 et le 28 octobre 2012. Les structures régionales ont adressé le lien vers le questionnaire à leurs correspondants dans les établissements de leur région respective. Ceux-ci devaient dans un premier temps répondre à la question « **un coordonnateur des risques associés aux soins a-t-il été formellement désigné par la direction de votre établissement ?** ». Si la réponse était positive, la suite du questionnaire (60 questions sur la formation, l'implication dans les instances et dans les activités de gestion des risques et sur les moyens alloués à cette fonction) était complétée par le coordonnateur. La durée de remplissage était de 15 minutes.

## Quelle a été la participation ? Cette enquête est-elle représentative des établissements français ?

Le taux de participation était d'environ la moitié : parmi les 668 établissements, 292 (44%) ont répondu à la question initiale. Parmi les établissements ayant un coordonnateur, le taux moyen de complétude des questionnaires était de 72% (proportion des 60 questions avec réponse complétée).

La participation est excellente, compte-tenu du taux habituel de réponses à ce type d'enquête et au temps laissé aux établissements pour répondre (20 jours). Cela témoigne de la proximité des établissements avec leurs structures régionales.

Les établissements participants étaient adhérents aux structures : ils ne représentaient pas toujours la totalité des établissements des régions. La majorité des établissements interrogés étaient des établissements publics hors CHU (46%). Sept CHU (4%) ont répondu au questionnaire. En outre, on peut supposer que les répondants étaient les plus mobilisés sur le sujet : les résultats surestiment vraisemblablement la réalité de la mise en place des coordonnateurs.

## Résultats et commentaires de la FORAP

### **Parmi les répondants, la quasi-totalité des établissements a mis en place ce nouveau métier**

Parmi les 292 établissements répondants, 22 (8%) n'ont pas de coordonnateur. Le délai moyen entre la parution de la circulaire instituant le coordonnateur et la date de candidature était de 12 mois, et celui de leur nomination de moins de deux mois en moyenne.

### **Les deux-tiers seulement des coordonnateurs de gestion des risques associés aux soins ont exercé ou exercent encore une activité clinique**

Rappelons que le souhait des décideurs était que cette fonction soit occupée par un professionnel ayant une origine clinique (médecins, pharmaciens, professionnels paramédicaux) : c'est le cas **dans presque deux-tiers des cas**.

Les professionnels **médicaux** (médecins et pharmaciens) représentaient **42%** des coordonnateurs, les professionnels **paramédicaux 21%**, les professionnels **ingénieurs et techniciens 34%** et les **fonctions directoriales 3%**.

Parmi les 83 professionnels médicaux, 9 étaient hygiénistes et 9 pharmaciens.

Commentaire de la FORAP : ce résultat va dans le bon sens, il est encourageant, mais il reste encore un tiers des établissements à persuader que la fonction de gestion de risques associés aux soins nécessite une expertise clinique pour être reconnue comme légitime.
---

### **Les coordonnateurs connaissent-ils bien leur établissement ? Où sont-ils positionnés ?**

Oui. Plus de 80% des professionnels ayant une origine clinique exerçaient leur profession depuis **plus onze ans** et moins de 10% depuis deux ans ou moins. Les gestionnaires de risque et ingénieurs qualité étaient naturellement plus jeunes dans la profession (ces métiers étant plus récents).

Les CGdR sont le plus souvent rattachés à une direction/cellule qualité. Les professionnels d'origine non clinique étaient plus souvent rattachés directement à la direction, médecins étant dans les pôles médicaux dans 14% des cas.

Commentaire de la FORAP : la connaissance des établissements est certainement un atout majeur pour être accepté et reconnu. Alors que deux tiers des CGDR sont issus du soin, ils sont majoritairement rattachés à la Direction Qualité. Il y aura lieu, dans un deuxième temps, de mesurer l'effet de ce rattachement sur l'implication de la CME et l'impact opérationnel de l'activité du CGDR sur la qualité et la sécurité des prises en charge.

### **Plus de la moitié des CGdR disent ne pas avoir suffisamment de temps dédié**

Parmi les coordonnateurs, **8%** avaient plus de **0.5 ETP de temps officiellement alloué** à la mission de coordination des risques. Un gros tiers avait entre 0 et 10% de temps dédié, un second tiers entre 11 et 25% et le troisième entre 26% et 50%. Ni les quotités de temps alloué ni le temps réellement consacré à la mission de coordination de la gestion des risques n'étaient significativement différents selon les types d'établissement.

La **quotité de temps nécessaire** pour répondre à la mission de coordination des risques était pour les deux tiers des répondants supérieure à 0.25 ETP. Plus de la moitié d'entre eux ont affirmé qu'il leur faudrait plus de temps. Dans les CHU et les établissements privés de grande taille (plus de 100 lits), plus de la moitié des coordonnateurs considérait qu'il leur fallait plus de 0.5 ETP pour exercer sa mission. Il était 40% dans les établissements publics de grande taille (plus de 300 lits). Dans les petits établissements, il semble que la quotité perçue comme nécessaire était d'au moins 0.25 ETP.

Commentaire de la FORAP : L'estimation par les coordonnateurs de leur temps nécessaire nous paraît raisonnable : elle leur est insuffisante dans plus de 50% des cas. L'absence de différence de temps alloué selon le type d'établissement et selon sa taille est étonnante, car la charge de travail est vraisemblablement croissante avec la taille et la variété des activités. La quotité de temps nécessaire dans les établissements privés, plus importante que dans le public, est sans doute liée au fait que la charge de travail est répartie sur plus de personnes dans le public.

### **La moitié des médecins coordonnateurs de la gestion des risques a été formée**

Alors que près de 90% des gestionnaires de risque et d'ingénieurs qualité ont été formés en gestion des risques (même si, pour la moitié seulement, il s'agit d'une formation diplômante), les médecins et les paramédicaux sont peu formés : 50% des médecins ont suivi une formation, environ 20% des médecins/paramédicaux ont eu une formation diplômante.

Quelle que soit l'origine professionnelle, 90% d'entre eux souhaitent une formation complémentaire.

Au total, 43% dispensaient des formations sur la culture de sécurité, sur les outils de gestion des risques dans leur établissement.

Commentaire de la FORAP : un effort considérable de formation de l'ensemble des CGdR est nécessaire pour exercer une mission dont la technicité va devenir de plus en plus pointue. Les Structures régionales d'évaluation montent dans leur région des formations spécifiques pour les coordonnateurs en mutualisant leurs moyens.

La proportion des ingénieurs qualité/gestion des risques formés, en forte hausse par rapport aux résultats de l'étude DGOS menée en 2009 témoigne d'une exigence accrue des directions lors du recrutement de leur ingénieur et de la professionnalisation de cette fonction.

La mission de formateur des CGdR est insuffisamment développée, alors qu'elle est centrale compte-tenu de la nécessité de développer la culture de sécurité ; encore faut-il qu'ils se perçoivent en capacité de le faire.

### **Parmi les répondants, 64% des coordonnateurs bénéficient d'un appui des structures régionales d'évaluation (SRE)**

Cette proportion est plus importante dans les petits établissements : 76% des coordonnateurs d'établissements privés de petite taille avaient l'aide d'une SRE et 14% des coordonnateurs de CHU.

Commentaire de la FORAP : ces résultats témoignent d'une implication forte des SRE, en appui transversal qualité et sécurité des soins, sur le terrain. Cet appui se fait parfois en substitution, dans les petits établissements n'ayant pas ou peu de compétence, le plus souvent dans des établissements où les compétences existent mais où il est nécessaire que les choses soient dites par quelqu'un de l'extérieur, que des objectifs soient fixés en termes de délai pour maintenir la mobilisation, etc.

### **La transversalité de leur fonction est-elle effective ?**

La quasi-totalité des CGdR déclarent participer à au moins une des activités suivantes : mise en place du plan d'action du CLIN, de celui de la commission en charge de l'analyse et de la prévention des risques professionnels, RMM, élaboration et mise en œuvre du programme d'action qualité sécurité des soins de la CME, bilans annuels CPOM annexe « qualité et gestion des risques » et élaboration de cartographies des risques. Il n'y a pas de différence significative selon le type d'établissement et l'origine professionnelle du CGdR.

Trente pourcent des CGdR étaient nommés responsables du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ; pour les autres, 83% étaient en soutien du responsable sur l'application du décret, l'analyse *a priori* ou *a posteriori* des risques sur la prise en charge médicamenteuse.

Commentaire de la FORAP : Un recueil plus affiné de leur activité est nécessaire car il dépassait le cadre et les moyens de cette enquête déclarative. Une analyse également de la perception des coordonnateurs de leur capacité à impulser le changement est souhaitable et passe par une combinaison d'approches qualitative et quantitative.

### **La mission de centralisation des informations sur les risques associés aux soins semble effective**

La quasi-totalité des coordonnateurs, quel que soit le type d'établissement et d'origine professionnelle, était destinataire d'au moins une des informations suivantes : comptes rendus et plans d'actions des RMM, comptes rendus des analyses d'événements indésirables au bloc opératoire, plaintes et réclamations des usagers, dossiers qui passent en SRCI, fiches d'événements indésirables liées aux soins déclarées. Une analyse plus fine, pour chaque type d'information, montre que les fiches issues des systèmes de signalement sont les plus accessibles et que les dossiers de CRCI sont les moins accessibles (ils semblent l'être plus dans les établissements privés). Les professionnels d'origine clinique déclarent avoir moins souvent accès à ces informations que les autres.

Commentaire de la FORAP : l'accès à l'information est en effet un pré-requis indispensable à l'effectivité de leur mission. Bien que la situation d'ensemble semble rassurante, il existe de grandes disparités. La moindre accessibilité des informations pour les CGdR d'origine clinique, en particulier les pharmaciens et praticiens d'hygiène, est-elle liée à leur rattachement dans les établissements ?

### **Les CGdR bien impliqués dans les comités techniques, moins dans les instances où sont mieux intégrés les CGdR au profil médical**

La quasi-totalité des CGdR participent à au moins un des comités techniques suivants : comité de coordination des vigilances s'il est opérationnel dans l'établissement, comité de lutte contre les infections nosocomiales, commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles, cellule d'analyse des événements indésirables au bloc opératoire si elle existe.

Dans les instances, 37% étaient des invités permanents du directoire, 81% étaient membre ou invité permanent de la CME, 28% étaient membres officiels à la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et 72% étaient membre de la CRUQPEC. Il n'y avait pas de différence significative entre les types d'établissement, mais entre les origines professionnelles : les professionnels d'origine clinique étaient plus souvent membres ou invités permanents de la CME que les non cliniques alors que c'était l'inverse pour la CRUQPEC.

Commentaire de la FORAP : la forte participation aux comités techniques n'est pas étonnante compte tenu de l'ancienneté des professionnels dans les établissements ; il n'est pas certain que leur nomination comme CGdR ait modifié leur implication. La dimension stratégique de la coordination de la gestion des risques liés aux soins n'est pas encore suffisamment prise en compte (37 % invités permanents au directoire). La diffusion d'une véritable culture de sécurité nécessite une imprégnation au plus haut niveau de décision dans l'établissement. Les professionnels d'origine ingénieure devraient être plus associés aux instances, dans lesquelles il apparaît que les professionnels d'origine médicale sont mieux intégrés. Un argument supplémentaire à l'importance de « médicaliser » cette profession ?