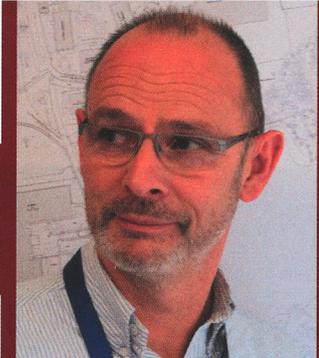


ÉDITORIAL



Jean-Luc RÉGAL
Président AFTSH

A l'issue de ce congrès "AFTSH", ces paroles résonnaient encore en moi.....

" En acceptant le côté inexorable de la faillibilité de l'homme, on permet mieux à chacun de prendre ses responsabilités " (*De Mulder D.*)

" La "seconde victime" est le collaborateur qui est à la source de l'incident. " (*Braeckman G.*)

" S'est-on posé les bonnes questions ? " (*orateurs*)

Ces réflexions résument à elles seules ce qui caractérise notre association soit :

Assumer modestement et avec sagesse
notre volonté d'excellence.



L'équipe AFTSH est fière d'appartenir à ce 'petit monde' des techniques et sécurité hospitalières.... Lorsque nous nous sommes lancés dans la réalisation de ce deuxième congrès, il est clair que nous courrions des risques.

Un risque financier, un risque en ressources humaines, un risque vis-à-vis des participants et des partenaires commerciaux.

Mais :

Le pire des risques n'est-il pas de perdre le goût du risque ?

2



→ Objectif risque zéro

Thème brillamment mis en scène par nos orateurs que nous remercions encore ici :

Mr. P. Jacmin Directeur Département DTISI et INFRA GHdC

Mr. D. Herbaux Directeur Etudes & Qualité Santhéa / CEO PAQS

Md. O. Apaligan Resp. du département gestion des risques assurance "AMMA"

Md. B. Devolder Directrice qualité CHU Erasme

Mr. G. Braeckman Responsable PMO Jolimont

Mr. O. Joué Responsable Technique GHdC

Md. A. Bauloye Governance and Risk Management, GSK

Professeur F. Thys Chef du pôle d'appui clinique aigu au GHdC

Vous trouverez dans les pages qui suivent un condensé de leurs présentations.

Outre la qualité des présentations, nos partenaires, que nous remercions d'avoir rendu possible cette journée, ont largement contribué à la réussite de cet événement par des échanges professionnels et conviviaux.



L'organisation de la journée a également été possible grâce au soutien du GHdC qui nous a donné les moyens humains nécessaires pour faire face au challenge administratif important engendré par le congrès d'une part, mais également par l'augmentation significative du nombre de membres de notre association.



Les 2 secrétaires qui nous ont rejoint dans cette aventure ont été à la hauteur de nos espérances de par leur compétence, leur patience et leur gentillesse.

Témoins de ces rencontres agrémentées de bonne chair : les photos du congrès que vous trouverez dans ce numéro et sur le site de l'association www.aftsh.be. Je vous souhaite une bonne lecture !



K

CONGRÈS AFTSH - "HÔPITAUX ET MRS : OBJECTIF RISQUES ZÉRO?"

19 SEPTEMBRE 2019

Notre association avait choisi un cadre quasi emblématique pour son deuxième congrès annuel, placé sous le thème "Objectif Risques Zéro ?". C'est en effet au centre Terra Nova, sur le site de la Citadelle de Namur, lieu évoquant une démarche de sécurisation, que nous avons fixé rendez-vous à nos membres.

En filigrane, une multitude de questions se profilaient: le "zéro risques/zéro dommage" est-ce possible, réaliste, une obligation éthique, quels sont les défis qu'implique la gestion des risques, quelles sont les procédures à mettre en oeuvre, les "cultures" à revisiter...?

Pour planter le décor de la journée, Jean-Luc Régal, président de l'AFTSH, et Pierre Jacmin, vice-président de l'AFTSH, énuméraient quelques réalités et pistes de réflexion.

Le "Risque Zéro" est un mirage mais également un but vers lequel tendre et se rapprocher le plus possible. Ne pas s'y astreindre serait la porte ouverte aux pires scénarios. Le seul fait de s'imposer cet exercice constant est en effet synonyme de progrès.

Le milieu hospitalier et, plus largement, le secteur des soins de santé est l'un de ceux où la liste des risques à prendre en compte - technologiques, procéduraux, humains, techniques, environnementaux... - est la plus longue et disparate. Avec la contrainte supplémentaire qu'aucun des services prestés - médical, informatique, logistique... - ne peut s'arrêter une seule seconde.



Risques ???



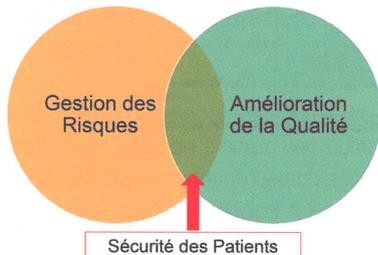
GRAND HÔPITAL de CHARLEROI

Les méthodes pour gérer les risques sont potentiellement nombreuses mais toutes doivent s'articuler autour d'étapes communes indispensables: évaluation, identification, priorisation, gestion, suivi au long cours.

Une notion parfois vague, toujours poly-forme

Le risque, sous toutes ses formes, est l'un des éléments indissociables de l'objectif final du secteur qui est de tendre à une qualité de soins optimale.

Qualité et Sécurité des Patients ?



La notion de risque figure ainsi en toutes lettres dans la définition que l'OMS donne du concept de **“qualité des soins”**. Voyez plutôt : “Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d’actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l’état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, **au moindre risque** iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l’intérieur du système de soins”.

En d’autres termes, la **qualité des soins** s’évalue selon six perspectives: sécurité, efficacité, orientation patient, opportunité (effet tangible), efficacité, équité.

Ajoutons-ici, pour mieux planter le décor, quelques définitions...

Commençons par le concept-même de risque :

Un **risque** est un élément potentiel indésirable dont l’apparition n’est pas certaine mais dont la manifestation aura un impact quantifiable.

Un **événement indésirable** (EI) se définit comme tout événement (un incident, quasi-accident ou accident) qui n’est pas attendu dans le processus de prise en charge du patient, qui produit ou aurait pu produire une conséquence indésirable non intentionnelle chez le patient.

Objectif Risques zéro? Une histoire de chaîne et de contexte

Les risques sont partout, se cachent sous chaque détail. L’une des erreurs cardinales serait de les aborder séparément, de ne pas les contextualiser, intercorrélés et considérés dans une perspective globale.

La gestion des risques, comme le soulignait Denis Herbaux, directeur

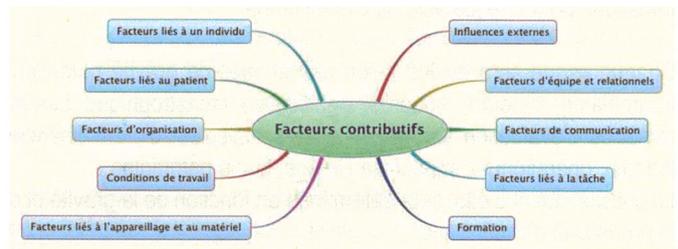
général de l’asbl PAQS (Plateforme pour l’Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients), doit être appréhendée selon un continuum d’actions: anticiper, prévenir, atténuer, répondre, évaluer.

L’une des méthodes d’analyse des risques est celle de l’analyse des causes premières (root cause). Autrement dit, ne pas s’arrêter aux symptômes ou manifestations d’un problème ou incident mais adopter une vision analytique systématique et systémique. “Ne vous arrêtez pas, par exemple, aux actions d’un individu mais creusez jusqu’au système sous-jacent et aux différents facteurs contributifs”, conseille Birgit Devolder, directrice qualité au CHU Erasme.

MÉTHODE D’ANALYSE - ROOT CAUSE ANALYSE

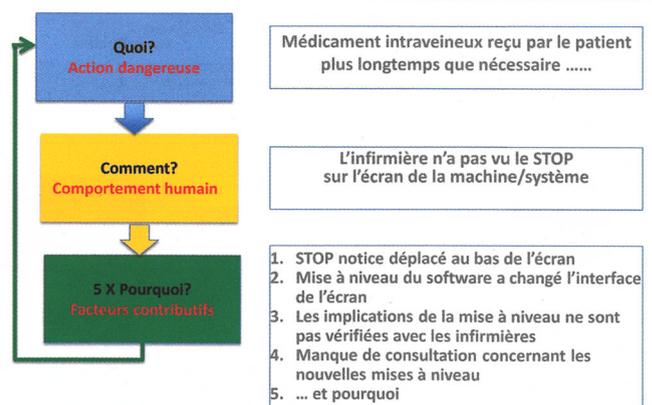


La RCA est une méthode structurée et systématique d’analyse des incidents; elle est orientée vers une analyse du système sous-jacent et non pas en premier lieu sur les actions de l’individu.



Par “système”, il faut entendre ici chaque composante de l’environnement: les équipements, l’infrastructure, mais aussi les conditions de travail, la formation, les processus organisationnels, les mécanismes de communication...

LA METHODE DES 5 POURQUOI?



Un exemple: une intraveineuse a été administrée trop longtemps. Premier “étage” du diagnostic d’erreur posé: l’infirmière n’a pas vu l’alerte Stop s’affichant à l’écran.

La question à se poser est “pourquoi”? On s’aperçoit alors par exemple

que le dispositif venait de bénéficier d'une mise à niveau logicielle, que le bouton d'alerte figure désormais à un autre endroit sur l'écran qui n'est pas forcément le plus logique ou visible et que les utilisateurs du système n'ont jamais été consultés au préalable sur la pertinence de la nouvelle disposition de l'interface.

Et l'on continue d'affiner l'analyse du "pourquoi": pourquoi n'a-t-on pas consulté les utilisateurs en amont? Par manque de temps? Parce que cela n'est pas dans les habitudes? ...

Gestion a priori

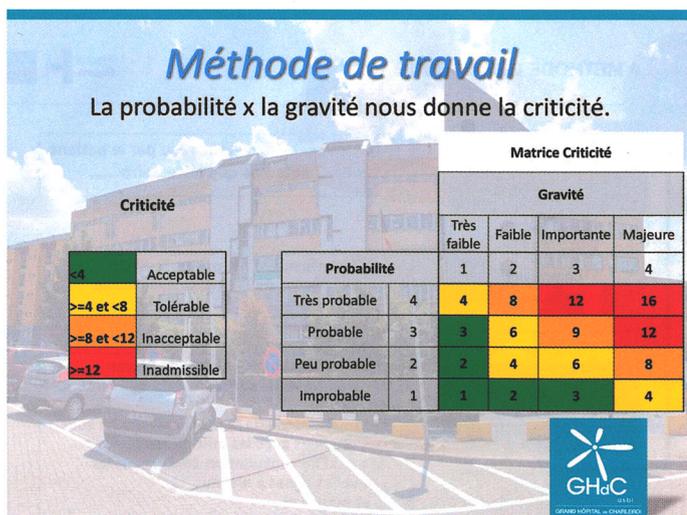
Une première étape pour la mise en place d'une **gestion a priori** consiste en l'identification des risques avérés ou potentiels. Un tel registre peut être alimenté à plusieurs sources : rapports d'incidents et d'événements indésirables, sondages, audits, rapports de maintenance préventive, analyse des processus et des tâches...

Les événements redoutés et risques seront cartographiés de manière exhaustive, globale, mais en les identifiant et classant de manière systématique pour chaque acte ou circonstance.

Chaque risque sera évalué selon une échelle de gravité potentielle: insignifiante, mineure, modérée, significative, catastrophique. Les paramètres d'évaluation seront par ailleurs multiples: d'ordre financier, humain, opérationnel, impact sur l'image, sur le patrimoine...

La criticité, quant à elle, sera déterminée en fonction de la gravité et de la probabilité d'occurrence.

Cet exercice peut être réalisé pour chaque type de risque, qu'il soit lié à la personne, aux soins, à la réputation de l'établissement, à l'infrastructure, à la conformité juridique...

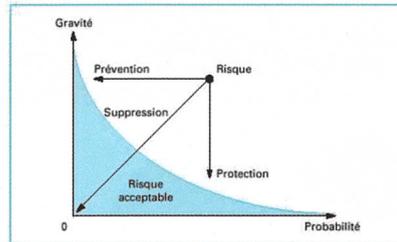


En fonction de cette analyse et catégorisation, une échelle de priorités pourra être attribuée à chaque risque et des mesures seront définies pour anticiper, prévenir, atténuer et réagir.

Prévenir les risques

Il existe 2 types de stratégie de réduction des risques:

- ✓ Réduire leur gravité: Protection
- ✓ Réduire leur fréquence: Prévention
- ... Ou les 2 à la fois!



Des règles et bonnes pratiques seront également définies afin de communiquer efficacement à destination de toutes les parties prenantes, avec identification précise des responsabilités de chacun et formations adaptées.

La gestion du suivi sera également clairement documentée: qui est responsable de quelle mesure ou mesure de protection ou de prévention, quels moyens à mettre en œuvre...

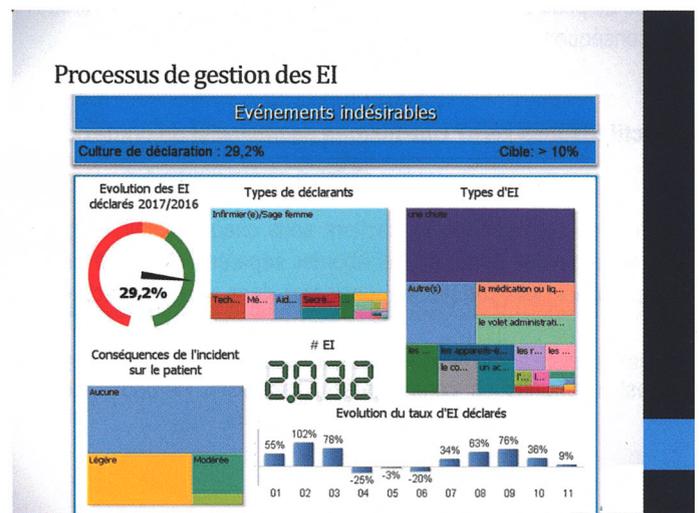
A Jolimont, un suivi régulier, au quotidien, des risques est assuré par le service qualité, avec, deux fois par an, un retour d'expérience et rapport au comité de direction.

Gestion a posteriori

La gestion a posteriori des risques concerne les mesures à prendre après survenance d'un incident. "Il s'agit de l'analyser, de déterminer comment améliorer la situation selon une vue systémique."

Il est indispensable de mettre en place un système de déclaration d'événements indésirables, en définissant et documentant clairement événements et actions.

A Jolimont, des indicateurs visuels ont ainsi été définis pour chaque département et sont remis à jour chaque mois.



Définir les règles de suivi et la hiérarchie de remontée de l'information est également chose essentielle. A Jolimont, un incident grave est analysé par une personne pré-désignée au niveau de la direction. Un incident spécifique sera analysé au niveau du comité de gestion des risques et au niveau des services concernés. Enfin un incident local sera de la responsabilité des chefs des unités de soins concernées. Ces trois "étages" sont en outre tenus informés, à intervalles réguliers, des retours sur actions.

Que contiennent les rapports? Des informations et indicateurs clairs et harmonisés sur le type d'incidents, le type de déclarant, la conséquence de l'incident sur le patient, l'évolution du nombre d'événements indésirables....

Au-delà de ces différents éléments, un contexte nouveau a été construit à Jolimont, avec mise en place d'une culture d'amélioration continue, de sécurité patient (prévention des chutes, sécurité des médicaments...) et de procédures de support à ce que Gatien Braeckman appelle la "seconde victime", à savoir le collaborateur qui est à la source de l'incident.

Changement de culture

Le secteur des soins de santé se caractérise par une approche du risque qui nécessiterait sans doute d'être réévaluée et "modernisée". "C'est essentiellement la culture de la gestion a posteriori qui a droit de cité", soulignait ainsi Pierre Jacmin. "On intervient et réagit lorsque le problème s'est déjà produit. Or, il est essentiel de favoriser également une culture de l'a priori afin de pouvoir anticiper, prévoir, réduire les risques, définir leur degré de probabilité, évaluer l'impact, prendre des mesures préventives pour y faire face ou les éviter."

Qu'il s'agisse de gestion a priori ou a posteriori, le but est d'en arriver à mettre en œuvre des mécanismes d'amélioration continue, de remettre le concept de sécurité au cœur de chaque métier, acte et décision, de documenter consciencieusement, d'encourager la communication entre les différents intervenants...

Comme le soulignait Olga Agaligan, responsable du département Gestion des risques médicaux auprès de la compagnie d'assurances AMMA, "la mise en œuvre d'un mécanisme de gestion des risques garantit la pérennité et la sécurité de toutes les activités hospitalières liées directement ou indirectement à la prise en charge des patients. Cela minimise l'impact d'un sinistre et préserve la réputation de l'établissement, tant en interne que vis-à-vis de l'extérieur."

A contrario une mauvaise gestion des incidents "risque de porter atteinte à la réputation, alourdit indemnités et frais, a pour effet d'augmenter les primes et peut déboucher sur l'annulation d'une assurance, par exemple en cas de déclaration erronée."

Plusieurs intervenants du congrès ont par ailleurs souligné l'importance qu'il y a à ne pas mener une politique de sanctions et de culpabilisation en matière de gestion (et signalement) des risques. "En acceptant le côté inexorable de la faillibilité de l'homme, de la machine ou du pro-

cessus, on permet mieux à chacun de prendre ses responsabilités et on réduit la tentation de la dissimulation", déclarait par exemple Birgit Devolder. "Une culture de transparence permet de tirer les leçons des erreurs du passé."

Comment s'organiser ?

Gatien Braeckman, responsable PMO (Project Management Office) à l'hôpital Jolimont, a exposé la manière dont son établissement s'est organisé. L'expérience vécue lui inspire une série de conseils en mode "bonnes pratiques".

"La première chose à faire est de définir un langage commun à propos des risques, entre toutes les parties prenantes [lisez: toutes les personnes concernées, tous les métiers, tous les départements, les différents niveaux de responsabilités de l'institution] ainsi que sur la manière de formaliser la gestion des risques".

Deuxième conseil : constituer un comité de gestion des risques composé de participants aux profils et responsabilités divers (RH, qualité, direction, gestion des patients, représentants des différents domaines...). "Tous doivent avoir une formation préalable aux concepts de risque et de gestion des risques, afin que tout le monde soit sur la même ligne."

La standardisation est un élément essentiel pour permettre une approche intégrée des risques. L'une des conditions de base est de faire en sorte que tous les intervenants aient une définition et perception univoque de ce que sont les causes, les effets, les risques et les événements. Chez GSK, Alexandra Bauloye procède régulièrement à des séances de coaching sur le terrain afin que ces concepts soient clairement compris et dissociés.

Terminology



The risk description should apply the sentence structure below:

Cause Because of...	Risk Event There may be a risk of...	Consequence With the potential consequence of...
-------------------------------	--	--

A single risk could have multiple causes and consequences as shown in the diagram below.



Congrès AFTSH 19 septembre 2019

X / XXX 1

De manière tout aussi fondamentale, la gouvernance doit être scénarisée au préalable - avec définition précise à la fois des responsabilités en matière de prise de décisions, des procédures de cascade (remontée du signalement des risques et incidents), des mécanismes de communication et de remontée d'informations et d'enseignements.

"Sans cela, la gestion des risques restera purement théorique et purement une charge administrative supplémentaire", estime Alexandra

2

Bauloye (GSK). Et chacun doit avoir aisément accès au document détaillant le rôle de chacun par rapport aux risques (prioritaires) identifiés.

Documenter la "cascade" et veiller à impliquer, dès le départ, la direction dans le schéma est notamment important "pour que les ressources nécessaires soient octroyées dès le départ, avec une bonne compréhension des risques de chaque métier."

En termes de rôles et de responsabilité, Alexandra Bauloye insiste sur la notion de process owner. "Il lui revient de définir les normes et les règles. Il coordonne, synthétise, harmonise." Chez GSK, un process owner a été désigné pour chacun des 10 principaux risques identifiés.

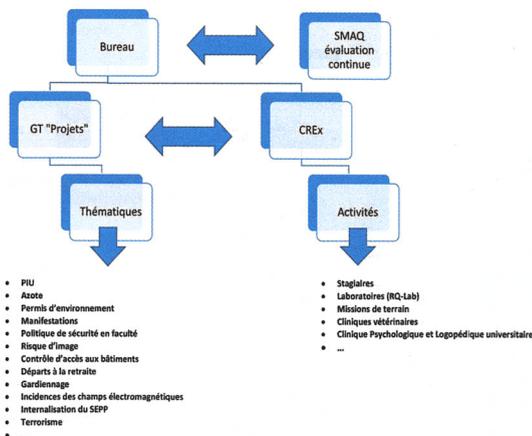
Autre profil : les "champions" ou "risk facilitators". "Ils assurent les remontées de réactions et les retours venant du terrain vers le process owner, afin que l'on puisse adapter ce qui a été décidé." Des réunions régulières doivent donc être organisées entre Process Owner et Risk Facilitator.

Le cas de l'ULiège, ou le risk management adapté au contexte universitaire

La survenance d'un accident a révélé la nécessité qu'il y avait pour l'Université de Liège, dont dépend notamment le CHU de Liège, de se doter d'une méthodologie, adaptée au contexte et aux spécificités d'un milieu universitaire, qui permette de déployer un système intégré de gestion des risques. "Par le passé, cette gestion reposait sur des initiatives personnelles, non coordonnées", explique Laurent Despy, administrateur de l'ULiège. "Le problème ne venait pas de la taille de l'ULiège mais de la disparité des métiers (professeurs, chercheurs, laborantins, étudiants vétérinaires, archéologues, médecins...).

La gestion des risques se faisait en silos - par type de risque (environnemental, juridique, contrôle d'accès, perte d'image, pertes de compétences pour cause de départ à la retraite...), dans une perspective à court terme, exclusivement réactive, sans notion de priorisation."

Organisation:



Pour évoluer vers une gestion intégrée, transversale, un vaste exercice d'"analyse collective, organisée, rétrospective, systématique et

pérenne" a été engagé.

Un groupe de travail spécial, rassemblant des profils variés ainsi qu'un doctorant préparant sa thèse sur le sujet, a été mis sur pied et a permis de définir une méthodologie sur mesure, spécifique au contexte universitaire, et de donner ainsi naissance à une solution URM (University Risk Management). A savoir :

- réalisation et mise à jour régulière de registres de risques, à l'échelle institutionnelle aussi bien qu'au sein de chaque entité
- implémentation et suivi par des Comités de Retour d'Expérience (les "CREx") intervenant sur les diverses thématiques de risques pertinentes en milieu universitaire
- exécution de projets de gestion de risques majeurs et/ou transversaux
- mise en place de systèmes de veille informative, dédiés à des problématiques de risques prioritaires.

Les CREx ont été organisés de manière décentralisée, au niveau de chaque entité, et sont constitués de personnes de terrain, sur base volontaire (étudiants, professeurs, chercheurs, personnel administratif...). "Le but est de délocaliser la gestion de risque et de permettre aux gens de terrain de s'approprier leurs risques et de prendre conscience de leurs responsabilités vis-à-vis d'eux-mêmes, de l'institution, des patients..."

Des groupes de travail sont également créés pour traiter des thématiques transversales, Citons notamment les transports de matières dangereuses (azote liquide...), les assuétudes, la protection de maternité, les missions sur le terrain (archéologues, stages d'étudiants dans des pays à risque...), le terrorisme, les manifestations...

Le résultat est au rendez-vous, estime Véronique Boveroux, directrice des Affaires juridiques. "Nous sommes devenus plus proactifs, grâce à la prise de mesures préventives."

Le processus de gestion intégrée des risques se veut inscrit dans le long terme, avec évaluation annuelle des CREx (en interne et avec rapport au conseil d'administration) et organisation de campagnes de communication.

A noter que le travail spécifique qui a été réalisé pour la définition et le déploiement d'une stratégie intégrée, "sur-mesure", de gestion des risques concerne les risques réellement spécifiques à l'environnement de l'université. "Pour les grands risques, nous nous appuyons sur les référentiels classiques existants."

2 approches de gestion des risques

« La gestion des risques vise à **prévenir l'apparition** d'événements indésirables associés aux soins et, **en cas de survenance** d'un tel événement, à l'identifier, à en analyser les causes, à en atténuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'il se reproduise »

Approche à priori **Approche à posteriori**

Logo GROUPE JOLIMONT

L'accréditation, nécessaire et suffisante?

L'accréditation est un concept relativement nouveau dans le paysage hospitalier belge. Le premier hôpital à avoir été certifié, l'UZ Leuven, l'a en effet été en 2010.

De quoi parle-t-on ? L'accréditation se définit comme une "méthode d'évaluation externe, professionnelle, par laquelle un établissement de soins apporte la preuve qu'il satisfait, dans son fonctionnement et ses pratiques, à un ensemble d'exigences formalisées."

Objectif : garantir la qualité des soins. Et parmi les indicateurs de cette dernière, on trouve en bonne place la notion de risque et de sécurité.

La PAQS a été créée au départ afin d'informer les établissements hospitaliers au sujet de l'accréditation. "Depuis quelques mois, nous y ajoutons la dimension de HRO - organisation haute fiabilité", indique Denis Herbaux, directeur général de l'asbl PAQS (Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients). Ce concept de HRO désigne des "constructions organisationnelles adaptatives, capables de survivre dans un monde où l'environnement croît en complexité [...] Si les gestionnaires décident uniquement de prendre en considération des éléments connus, et récurrents, ils s'inscrivent dans une stabilité qui désarme la vigilance au danger : un des plus dangereux ennemis de la haute fiabilité est la combinaison habituelle de stabilité civile, de routinisation, et le manque de défi et de variété qui prédispose une organisation à relâcher la vigilance et l'enfonce dans une dangereuse suffisance qui peut mener à des négligences et des erreurs... (Rochlin, Laporte, Roberts, 1987).

Le but d'une HRO est de viser le "zéro dommage". Et c'est là l'un des objectifs de l'accréditation, des exercices d'évaluation constante, soulignait Denis Herbaux. "Il est essentiel de transformer nos systèmes de soins en organisations à haute fiabilité."

La sécurité est, selon lui, le socle de la pyramide qui permet d'optimiser l'expérience patient, en mesurant les résultats des soins par une série d'indicateurs pertinents. "Le résultat ne peut pas être bon s'il y a le moindre problème de sécurité... quelle que soit la qualité du diagnostic médical posé et la qualité des soins prestés.

Idem pour l'"expérience patient", sa satisfaction. "S'il y a un problème de sécurité, l'expérience, par définition, ne sera pas bonne. La gestion du risque est dès lors un élément fondamental."

Pourquoi ce focus ?

Expériences

Résultats

Sécurité



PAQS ASBL - Congrès AFTH 2019

L'accréditation est-elle l'outil-miracle en matière de gestion des risques?

Comme tous les outils, soulignait Denis Herbaux, le processus d'accréditation a ses défauts et ses qualités. L'un de ses principaux atouts est de procurer une vision transversale. Il passe en effet en revue et évalue une longue liste de risques, y adjoignant la notion de preuve: "le processus d'accréditation impose de transcrire les choses."

Les 14 dimensions du risque ? Risques touchant la sécurité des soins, des personnes, risques environnementaux, financiers, technologiques, risques liés aux ressources humaines, à la gouvernance, à la réputation, à l'infrastructure, risques de partenariat d'affaire, de conformité juridique, de politiques publiques, de protection des données, ou encore risques opérationnels de services.

Une telle vision d'ensemble avec prise en compte de tous les types de risques - et de leurs impacts - a pour avantages de minimiser les événements imprévus et mauvaises surprises, de favoriser une gestion plus efficace des ressources et d'accentuer la sécurité pour toutes les parties concernées.

Mais il y a des écueils. Tous les processus existants des hôpitaux, justement, ne sont pas forcément documentés et "tous les membres du personnel, tous services confondus, ne sont pas forcément au courant de tout. Il est essentiel que l'information soit rendue aisément accessible."

Le processus d'accréditation - "qui doit être mené non pour le plaisir de décrocher un agrément mais toujours dans l'optique finale du bien-être du patient" - contribue par ailleurs à l'amélioration de l'environnement hospitalier et à l'instauration d'une culture de sécurité, indique pour sa part Birgit Devolder. "Il favorise la pérennité, stimule la culture de la qualité au sein de l'établissement."

Toutefois, l'accréditation "permet uniquement de jeter les bases. Elle ne garantit en rien d'en arriver au zéro-dommage. Notamment parce qu'il y aura toujours des événements indésirables, non planifiables", souligne Denis Herbaux.

"Plusieurs pays se sont dès lors engagés dans des travaux plus spécifiquement orientés vers la notion de soins sécuritaires. La PAQS, elle aussi, a initié une série d'ateliers afin d'identifier les axes sur lesquels se concentrer pour rendre les soins plus sûrs.

La récente Déclaration de Politique Régionale reconnaît d'ailleurs l'importance d'"améliorer la qualité des soins". Il y est dès lors question de "mettre en oeuvre les principales recommandations du livre mauve de la PAQS". Priorités régionales en la matière ? Formation des professionnels, gestion des incidents événements indésirables, indicateurs, normes de sécurité et implication des patients et des familles.

Où en est-on en Belgique dans l'appel à des processus d'accréditation?

La Flandre a certes pris une longueur d'avance en la matière mais les pratiques progressent sensiblement du côté francophone. Fin 2018, en Wallonie, on répertoriait 74% des hôpitaux généraux et 25% des hôpitaux psychiatriques ayant engagé un processus d'accréditation. A Bruxelles, les pourcentages respectifs sont de 57% et de 11%.

La majorité des accréditations (73%) font appel au référentiel canadien de l'AC (Accréditation Canada), 10% à celui du JCI, 4% au référentiel français HAS (13% ne sont pas identifiés).

Conseils de circonstance

Tout au long de la journée, les différents intervenants ont formulé divers conseils sur la manière de mener au mieux une gestion des risques en environnement hospitalier/MDRS.

Olga Agaligan, responsable du département Gestion des risques médicaux auprès de la compagnie d'assurances AMMA, soulignait ainsi toute l'importance qu'il y a à "valider les processus avant leur mise en application et à les contrôler de manière routinière."

Autres conseils de sa part: "veiller à assurer un entretien correct des équipements ; évaluer les processus en continu ; signaler les incidents et procéder à des évaluations en interne afin d'en tirer les enseignements ; documenter l'incident et son contexte".

Alexandra Bauloye, responsable Governance and Risk Management chez GSK, insistait-elle aussi sur l'importance d'une bonne planification avant tout déploiement de stratégie ou de mesures de gestion des risques. "Il est essentiel de penser à son contexte, à ses ressources."

Tout commence en fait par l'aptitude à se poser les bonnes questions. En la matière, Olivier Joué, responsable technique au Grand Hôpital de Charleroi, estimait que la méthode AMDEC (Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité) est intéressant en ce sens qu'elle oblige justement à se poser les bonnes questions, "à réfléchir aux *"single points of failure"*, à fixer les priorités.

Elle est l'un des éléments d'une approche globale de la gestion des risques et permet d'anticiper, de se préparer, de définir des scénarios de reprise après incident."

Prendre le temps de bien "planter le décor" est essentiel pour déterminer les priorités. Chez GSK, le *scoping* a commencé par une détermination des différents risques par site, ensuite par zone, et, si nécessaire, par application spécifique (par exemple par type de produit ou par scénario). Le tout étant replacé dans le cadre plus vaste d'une analyse du contexte économique, social, géographique, environnemental et d'événements externes à la société.

Scoping: 4 Types of Risk Assessment



Congès APTSH 19 septembre 2019

Site Screening



Congès APTSH 19 septembre 2019

La manière dont l'infrastructure est planifiée et organisée doit bien entendu tenir compte des risques, qu'ils soient "classiques" (manipulation de matériaux dangereux, sécurité physique, protection contre l'incendie...) ou spécifiques à l'environnement hospitalier.

Or, ces derniers, souligne Birgit Devolder, directrice qualité au CHU Erasme, sont plus difficiles à contrôler. On parle ici par exemple de gestion des accès, de protection des patients vulnérables, de contrôle de température, de sécurité des médicaments... "Comment évaluer ces risques ? S'est-on posé les bonnes questions, imaginé les différents scénarios et les incidences spécifiques, afin d'adapter l'infrastructure en vue de les minimiser ?"

La meilleure manière de procéder selon Birgit Devolder est d'organiser régulièrement des tournées systématiques de l'ensemble de l'infrastructure (salles, couloirs, équipements, aménagements, isolation des zones...), "avec un ou plusieurs responsables des services techniques. L'inventaire se fait collégialement, au sein des différentes unités, en discutant avec les responsables métier et les gestionnaires techniques.

Le fait de procéder à une tournée générale, dans un laps de temps limité, permet de se faire une vue d'ensemble, de relever des problèmes ou soucis récurrents, communs à plusieurs unités, de décider de l'identité de la personne qui devra les résoudre, ou encore d'identifier les risques les plus importants ou pertinents de telle sorte à établir des priorités."

TOUR D'INFRASTRUCTURE



Date de la visite:				
Unité/Service/... visité:				
Participants:				
Sécurité, protection et propriété de l'infrastructure	Oui	Non	N/A	Observation/Notes
Il y a un éclairage adéquat et toutes les lumières fonctionnent				
Les couloirs et halls sont exempts de débris et de matériel				
Les surfaces (de construction) sont propres et en bon état (murs, portes, planchers, plafonds, comptoirs, ascenseurs, cuisines, armoires, etc.)				
Tous les carreaux de plafond sont en place.				
Les aménagements sont conformes à les règles d'hygiène, propres et en bon état				
L'équipement (médical) (y compris l'infrastructure informatique) est propre (désinfection) et en bon état				
L'environnement est exempt de risques de chute (trébucher et chuter)				
Des cordons de traction d'urgence sont disponibles et accessibles au patient				



Gatien Braeckman, responsable PMO (Project Management Office), insistait pour sa part sur la nécessité d'impliquer tous les niveaux hiérarchiques - direction comprise. Ses autres conseils ? "instaurer une réelle culture de la gestion des risques, accorder les moyens nécessaires à la réduction des risques et au suivi des actions et accepter une certaine subjectivité dans l'évaluation des risques - chaque personne ayant une perception de gravité qui lui est personnelle..."

Le cas spécifique du Plan d'Urgence (PUH)

Le Prof. Frédéric Thys, chef du pôle Appui clinique aigu au Grand Hôpital de Charleroi, a abordé le cas spécial du Plan d'Urgence Hospitalier (PUH). Comment s'y préparer, comment le mettre en œuvre, quelle distinction éventuelle instaurer entre PUH médical et PUH technique...?

Une première idée fautive à éviter à toute force est de croire qu'une situation d'urgence, en cas de catastrophe, quelle qu'elle soit - inondation, incendie, accident d'avion, acte de terrorisme, panne informatique généralisée... -, n'est qu'une extension des activités et situations quotidiennes. "Seule une préparation adéquate peut permettre de faire face au chaos. La mise en œuvre d'un plan catastrophe implique des comportements humains différents" - tant en réaction à l'événement qu'en termes d'intervention.

"La préparation est indispensable pour fixer des normes et méthodes afin de pouvoir s'y appuyer et savoir comment réagir le moment venu, alors même qu'une catastrophe a toujours un caractère imprévisible."

La réglementation qui a débouché sur l'obligation pour chaque hôpital de disposer d'un PUH, clairement balisé et harmonisé à l'échelle du territoire belge, fait suite à la prise de conscience, dans la foulée des attentats terroristes de 2013 (aéroport et métro), du degré important d'impréparation des hôpitaux belges. 35% d'entre eux n'avaient pas approuvé de quelconque PUH. 51% n'avaient jamais procédé à un exercice de déploiement à grande échelle.

De quoi s'agit-il ?

Le Plan d'Urgence Hospitalier "doit permettre de maîtriser la situation d'urgence", sur site et en dehors du site hospitalier, aux différents stades - pré-incident, maîtrise de l'incident, suivi et debriefing post-incident. Il vise également à permettre l'intervention et la coordination avec les autorités et des services d'intervention externes (pompiers, aide psychosociale...).

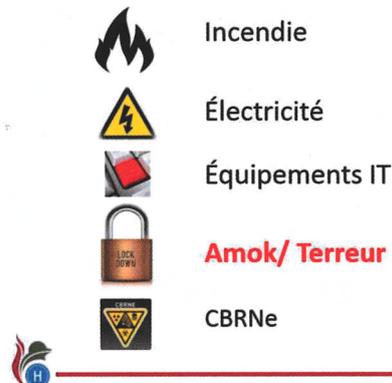
Le PUH se compose de deux piliers :

- le PUH TEC (technique) "élaboré, lancé et déployé sous la direction du conseiller en prévention/ du directeur technique, qui doit rendre compte au directeur général"
- le PUH MED (médical) "élaboré, lancé et déployé sous la direction du directeur médical, qui doit également rendre compte au directeur général".

La définition d'un PUH commence notamment par l'établissement d'un tableau identifiant les risques, type par type (approvisionnement, cause chimique, biologique, terrorisme, accident...).

Au GHdC, le PUH TEC est par exemple structuré en mesures selon cinq catégories de risques: terrorisme/amok, CBRNe, équipements IT, incendie, électricité.

Plan d'urgence hospitalier: risques spécifiques



Pour une catastrophe d'origine interne à l'hôpital, le PUH doit cataloguer et permettre de résoudre des situations du genre problèmes d'infrastructure, de personnel, impacts sur les patients, problèmes de téléphonie, d'intoxication alimentaire, de contamination chimique, conséquences d'une fusillade ou d'une vague de chaleur..., souligne Frédéric Thys.

"Il détermine ce qu'il faut faire, comment réagir, ce qu'il faut mettre en œuvre."

Le GHdC a décidé de concevoir un PUH unique, incluant une section MED et un volet TEC, complété par des éléments spécifiques aux différents sites. "Les fiches d'actions précisent les consignes générales et spécifiques, pour chacun. Tout le monde doit connaître les consignes qui le concernent ou savoir où les trouver aisément."

Ses conseils ? "Investir un maximum d'énergie dans la préparation et la pré-maîtrise des risques afin d'avoir les compétences nécessaires pour agir correctement en cas de problème. Communiquer le plus possible et mettre en commun les compétences spécifiques de tous. Et procéder à suffisamment de simulations, sur table ou sur le terrain, afin d'avoir, le jour venu, déjà "vécu" la situation et, ainsi, diminuer le niveau de stress et éviter les blocages et mauvaises réactions."

Les objectifs et modalités du PUH sont décrites dans un document du SPF Santé publique - [LIEN https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/znp4_fr2_002.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/znp4_fr2_002.pdf)

Une petite terminologie - Méthodes et normes

AMDEC : Analyse des modes de défaillance, de leurs effets et de leur criticité

Méthode de gestion des risques qui se concentre sur la sûreté de fonctionnement et la gestion de la qualité...

La criticité d'un mode de défaillance se détermine généralement par le produit (indice de fréquence) × (indice de gravité) × (indice de détection).

risque CBRNe : risque chimique, biologique, radiologique ou nucléaire

HRO : High Reliability Organization - organisation haute fiabilité

HSO - Health Standards Organization, organisme auquel est associé Accréditation Canada

HSO a été créée en 2017 pour établir des normes de classes mondiales, de nouvelles technologies et des services d'activation

HSO désigne donc aussi une série de normes et codes correspondant aux différents critères d'accréditation présents dans le référentiel canadien

ces critères concernent notamment la sécurité des patients, le plan de sécurité des usagers, les rapports trimestriels de sécurité des usagers, la prévention des plaies de pression, la prévention du suicide, des infections, de la violence en milieu de travail, des chutes et blessures, des pompes à perfusion, ou encore l'identification des patients, les transferts d'informations aux points de transition des soins, le bilan comparatif des médicaments...

PUH : Plan d'Urgence Hospitalier

Plan devant permettre à un hôpital de faire face aux accidents majeurs au sein de l'hôpital (p. ex. panne d'électricité, accident chimique, bactérie nosocomiale, ...) et en dehors (collision en chaîne, inondation, attentat, ...).

Le plan d'urgence hospitalier définit les procédures pour une prise en charge efficace de l'afflux soudain de patients sans que

cela ne mette en péril les soins administrés aux patients déjà hospitalisés. Il faut pouvoir augmenter rapidement la capacité d'accueil de l'hôpital.

Source : SPF Santé publique

PUH-MED

PUH-TEC

Normes

ISO 31000

famille de normes de gestion des risques codifiées par l'Organisation internationale de normalisation. Le but de la norme ISO 31000 est de fournir des principes et des lignes directrices du management des risques ainsi que les processus de mise en œuvre au niveau stratégique et opérationnel. Elle ne vise pas à harmoniser la myriade d'approches, de standards et de méthodologies existantes en matière de management des risques. Source : Wikipedia.

ISO 45001

norme qui aide les organisations à améliorer la sécurité des travailleurs, à réduire les risques sur le lieu de travail et à créer des conditions de travail meilleures et plus sûres

ICH Q9

norme de l'ICH International Council for Harmonisation of Technical Requirements qui décrit la gestion du risque de qualité et des exemples d'outils possibles pour cette évaluation (prospective ou réactive).

Elle aborde divers aspects - développement, fabrication, distribution, processus d'inspection et de révision... tout au long du cycle de vie des médicaments, des produits biologiques et biotechnologiques.

L'ICH intervient dans l'harmonisation des exigences techniques pour l'enregistrement des médicaments à usage humain.

