



THESE PROFESSIONNELLE

PRESENTEE POUR OBTENIR LE GRADE DE

MASTERE SPECIALISE

« *Gestion des Risques et de la sécurité des établissements
et réseaux de Santé* »

DE

L'ECOLE CENTRALE DE PARIS

(Mastère Spécialisé accrédité par la Conférence des Grandes Ecoles)

PAR : Le Docteur Véronique MENNETRIER

Promotion 2007 - 2008

Titre : ANALYSE PRELIMINAIRE DES RISQUES DE LA MISE EN SERVICE D'UN
ACCUEIL DE JOUR ALZHEIMER A L'HOPITAL VILLIERS SAINT DENIS
(SYNTHESE)

Soutenu le 15 janvier 2009 devant le Jury d'examen :

Directeur de thèse : Docteur Guy SCHNEIDER

Président du Jury : Monsieur Thierry BECHU

Rapporteurs : Mme Diane MARTINEZ, Mme Maïté BUET

Membres du jury :

Docteur Sylvie CARNOY

Professeur Alain DESROCHES

Mr François IRIS

Docteur Philippe LEMARCHAND

Docteur Vincent LEROUX

Mme Nathalie SANCHEZ

Objectifs : L'Hôpital Villiers Saint Denis est un établissement entièrement SSR (Soins de Suite et Réadaptation) situé dans l'Aisne, à 15 Kms de Château-Thierry. Ancien sanatorium, il dispose de 3 pavillons pour un total de 405 lits et places. Il accueille depuis 2003, des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer en ayant ouvert une consultation mémoire labellisée et en dédiant entièrement à cette pathologie 11 lits sur les 21 de l'unité d'hospitalisation de soins de suite poly-gériatriques.

Dans ce contexte, la création d'un accueil de jour « mixte » pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés, tout en répondant à un réel besoin (le territoire de proximité de Château-Thierry va connaître d'ici 2015 une augmentation de plus de 27% de sa population âgée de plus de 65 ans), s'inscrit dans ses missions. Cet accueil soulagera les aidants mais s'axera également sur le maintien des capacités cognitives résiduelles en proposant notamment un atelier mémoire. Cela lui permettra de s'ouvrir vers l'extérieur et le confortera dans son rôle de prise en charge globale du sujet âgé. Il répond également au schéma départemental en faveur des personnes âgées (2007-2011), aux objectifs du SROS 3, aux Circulaires Ministérielles du 16.04.2002 et du 30.03.2005 et au Plan Alzheimer 2008-2012.

Mettre en place un accueil de jour est un système complexe. Or, plus la complexité est grande, plus le risque de défaut et de non-détection est important si ce système n'est pas maîtrisé. Ce système fragile est susceptible de générer des dysfonctionnements multiples produisant des effets indésirables de nature et de gravité variables, à commencer par la pérennité du projet. C'est la raison pour laquelle le gestionnaire de risques de l'établissement a été associé à l'équipe « projet Alzheimer » afin d'identifier, analyser, prioriser, traiter les risques et de permettre une ouverture de la structure dans les meilleures conditions, tout en rendant le risque résiduel acceptable par tous.

Méthode : En premier lieu, une recherche bibliographique a été réalisée afin de connaître les retours d'expérience (REX) de structures similaires. Il apparaît que ces accueils sont très souvent rattachés à un établissement afin de faciliter une mutualisation au moins partielle des locaux et du personnel.

Un travail de préparation et un investissement en temps doit être conséquent auprès des familles et des médecins traitants car l'arrivée des résidents est très souvent tardive ce qui ne permet pas un développement pérenne des accueils, ni des prestations de qualité.

La solvabilisation de ces structures est également un paramètre important à suivre et explique, en grande partie, le fait qu'elles soient le plus souvent adossées à une « institution support ». Les accueils de jour sont des structures médico-sociales et l'octroi de financements par l'Assurance Maladie est actuellement subordonné à la signature d'une convention tripartite entre l'Etat, le Conseil Général et l'établissement auquel se rattache l'accueil de jour.

La question du transport est très souvent citée comme un frein à l'entrée dans un accueil de jour. A la lecture des différents REX des établissements ayant mis en place un accueil de jour, on constate qu'ils ont tous, majoritairement, institué un dispositif de transport.

Suite à la lecture de ces REX, le périmètre de l'étude a été défini. L'Hôpital a d'ores et déjà validé les phases :

1. d'organisation : projet d'accueil et de prise en charge
projet de vie, projet médical, structuration de l'équipe, budget de fonctionnement et d'investissement
2. de programmation :
étude de faisabilité : identification du site d'implantation, choix, projet d'insertion dans le site
programme technique détaillé : définition des besoins et des contraintes, dimensionnement et fonctionnalités, prestations techniques requises, définition du coût d'investissement
3. de conception : projet architectural
mise au point esquisse, avant-projet sommaire, avant-projet définitif, projet

il reste donc la phase de réalisation comprenant les travaux préparatoires, le chantier de réalisation et les équipements pour aboutir à la mise en service.

Les travaux préparatoires et le chantier de réalisation étant actuellement suivis par un groupe de travail spécifique, le groupe « projet Alzheimer » a décidé de travailler plus spécifiquement sur la mise en service.

Une analyse fonctionnelle a ensuite été réalisée selon la méthode Reliasep®. Elle consiste à représenter sous forme graphique le besoin des différents intervenants, en déclinant les fonctions et sous-fonctions. Elle s'appuie sur les entrées, transformations et sorties de chaque fonction en prenant en compte les critères de performances et de contraintes. A partir de notre fonction principale :

« mise en service d'un accueil de jour Alzheimer au sein de l'hôpital VSD », 3 fonctions secondaires ont été identifiées

1. admission dans la structure
2. organiser une journée de prise en charge
3. pérenniser la prise en charge

Au terme de ces deux étapes méthodologiques, l'analyse préliminaire des risques a démarré. Afin d'élaborer la cartographie des dangers, le groupe de travail a identifié la nature des dangers génériques et spécifiques applicables au processus. Les dangers génériques sont liés

- à la politique et à la stratégie
- au facteur humain,
- à l'opérationnel,
- au management,
- au financement,
- aux fonctions hôtelières et logistiques
- à l'environnement.

Les dangers spécifiques sont :

- les interfaces de l'accueil de jour
- le système d'information
- l'image
- le personnel soignant
- le résident

- l'aidant
- la prise en charge soignante
- les ressources humaines
- les ressources financières et des moyens
- le transport
- l'hygiène
- la restauration
- l'aménagement intérieur

A partir des échelles de gravité, de vraisemblance, de criticité, du référentiel d'acceptabilité des risques et en tenant compte des niveaux d'efforts, l'ensemble du groupe a traduit, pour 49 situations dangereuses jugées très vulnérables, 102 scénarios d'incident.

Résultats : Parmi ces 102 scénarios, 90% nécessitaient la mise en œuvre d'actions de réduction de risques (41% étant de criticité 3, jugés inacceptables et 49% étant de criticité 2, jugés tolérables sous contrôle). 45% des situations dangereuses concernaient la phase d'organisation de la journée de prise en charge mais les risques initiaux moyens des 3 phases étaient tous sur l'hyperbole rouge du diagramme de Farmer, traduisant la mise en danger du système pour chacune d'entre elles.

L'analyse du nombre de situations dangereuses par danger générique mettait le risque opérationnel en tête avec 30%, puis le risque politique et stratégie avec 20,5% et le risque facteur humain avec 18,5% des situations dangereuses. Avant réduction de risques, les risques moyens « environnement, management et politique et stratégie » étaient en zone inacceptable. Pour les risques minimum et moyens, c'étaient les scénarios liés à l'environnement qui impactaient le plus le système, ce qui paraît logique au vue de la population accueillie. Pour les risques maximums, c'étaient les scénarios liés à l'opérationnel (prise en charge soignante) qui impactaient le plus le système.

62 actions (une action pouvant regrouper plusieurs scénarios) en réduction de risques ont été identifiées et classées en 10 domaines :

- la prise en charge soignante :
l'admission, l'accueil, le contenu des activités, le projet individualisé, la préparation à l'institutionnalisation, la prévention des perdus de vue, la prise en charge des résidents ne pouvant pas quitter la structure seront formalisés.
- la prise en charge des aidants
la mise en place de groupes de parole, l'évaluation de la charge du fardeau, l'utilisation d'un cahier de liaison seront définis.
- la mise en place d'un réseau
les familles ne sont pas naturellement prêtes à confier leurs malades (contrairement à toutes les déclarations faites), une plate-forme de prise en charge doit être organisée.
- la communication avec identification des cibles, des moyens et des supports
- les supports de prise en charge :
une politique du dossier doit être formalisée
- la satisfaction des bénéficiaires :
la politique qualité doit être définie et dans cette structure, bien plus encore que pour d'autres, l'expression de la volonté du résident doit être une préoccupation majeure.

- le management et la formation :

la prévention du burn-out, la formation spécifique, la politique de bien-être, les réunions d'équipes, l'intégration des nouveaux personnels seront suivies. Le travail dans cette unité se basera sur le volontariat et chaque personnel aura la possibilité de la quitter temporairement.

- la logistique

Le transport ne sera pas négligé car il conditionne la fréquentation et la pérennité de la structure. Un périmètre de prise en charge a été défini afin de limiter les risques liés au déplacement. Le service de transport de l'hôpital intégrera l'accueil de jour dans son mode de fonctionnement et facturera la prestation.

Il en est de même pour la restauration.

Concernant l'hygiène, le CLIN de l'établissement et plus particulièrement le cadre hygiéniste travailleront à l'élaboration de procédures et respects de recommandations notamment dans le cadre de la cuisine thérapeutique.

- les équipements et investissements :

la sécurisation de la déambulation, la prévention des chutes, une signalétique adaptée, une veille sur l'atmosphère sonore, des équipements adaptés seront plus particulièrement suivis.

- le suivi financier :

une prévention du dérapage budgétaire de la mise en fonctionnement, un suivi mensuel du taux d'occupation avec restitution aux équipes et la mise en place de nombreux indicateurs ont été décrits.

Après mise en place des actions, les 90% de scénarios nécessitant une action passaient à 44% et tous, de criticité 2 (tolérables sous contrôle). Le programme mis en place est essentiellement un programme de prévention avec quelques actions de protection. En effet, ce sont essentiellement les vraisemblances qui diminuent et beaucoup moins les gravités. Après gestion des risques, les 3 phases du système restent toutes dans la zone « tolérable sous contrôle », ce qui explique la mise en place de nombreux indicateurs de suivi. Il en est de même pour l'ensemble des dangers génériques qui passent tous dans la zone C2 après actions de réduction des risques.

Les risques résiduels sont regroupés au sein du catalogue des paramètres de sécurité. 28 actions ont été décrites mettant en place de nombreux indicateurs et s'axant sur un audit semestriel de dossier. L'intérêt majeur étant de proposer aux équipes confrontées à des prises en charge complexes, d'évolution lente mais systématiquement défavorables des indications sur la qualité de leur travail collectivement réalisé.

Conclusion : Si le projet de l'Hôpital est spécifique (accueil mixte) le principal risque lors de cette mise en place est de se limiter à des déclarations d'intentions et tomber dans le travers de certaines structures actuellement en fonctionnement. La réflexion sur la prise en charge de la maladie d'Alzheimer évolue (nouveau Plan Alzheimer, étude pilotée par la CNSA (1) afin de connaître les facteurs de réussite d'installation et de fréquentation des accueils de jour, cahiers des charges en cours de rédaction par l'ANESM (2) et la HAS (3) insistant sur la qualité de prise en charge et l'intervention des professionnels spécifiquement formés), les accueils de jour doivent évoluer avec elle et sortir de l'image de « garderie » freinant leur développement. c'est pourquoi l'hôpital souhaitait trouver une méthode rigoureuse et fiable

permettant de balayer l'ensemble des risques inhérents à l'ouverture d'une telle structure et formaliser les plans d'actions de réduction adéquats afin de ne pas constater un gouffre entre ce qui avait été écrit dans le projet et ce qui allait se passer dans la réalité.

L'analyse préliminaire des risques nous a permis de formaliser notre démarche et d'obtenir un plan rigoureux avec un échéancier de mise en œuvre. Toutefois, la consommation d'énergie et de temps dégagée pour ce projet nous amène à penser que nous ne pourrions pas l'utiliser systématiquement, surtout si l'on souhaite rester dans la réflexion pluridisciplinaire.

Il serait intéressant cependant que cette même méthode se développe dans l'ensemble des établissements afin que nous puissions bénéficier des analyses réalisées par les gestionnaires de risques dans leurs domaines de références et que nous ne nous mettions pas à « réinventer la poudre » systématiquement. Le temps est à la mutualisation des compétences respectives de chacun.

(1)CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

(2)ANESM : Agence Nationale d'Evaluation Sociale et Médico-Sociale

(3)HAS : Haute Autorité de Santé