

Synthèse du bilan de la mise en œuvre du programme de gestion des risques dans les établissements de santé (ES) en 2009

Etude réalisée pour le Ministère de la Santé et des Sports
(Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins)
par le Cabinet DEDALE

1 – Contexte

Afin d'assurer la sécurité des soins, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins fait la promotion d'une politique de gestion globale et coordonnée des risques par les établissements de santé.

Les établissements de santé, publics et privés, sont guidés dans leur démarche de gestion et de prévention globale des risques par la circulaire DHOS E2/E4 n° 176 du 29 mars 2004 *relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé*.

La circulaire aborde successivement : la problématique et les enjeux du management des risques, les conditions de développement d'un programme de gestion au sein des ES et le rôle d'accompagnement des ARH. Elle est complétée par des annexes à visée opérationnelle.

Son objectif est d'impulser le développement, dans chaque ES, d'un programme de gestion globale et coordonnée des risques, comportant des objectifs et actions en matière de prévention et de maîtrise des risques, de sensibilisation, d'information, de formation et d'évaluation.

Les risques considérés correspondent au champ de la « prise en charge du patient », avec les risques spécifiques et génériques liés aux activités, processus et produits, et à celui de la « vie hospitalière » qui regroupe les risques afférents aux personnes et à l'ensemble des fonctions et systèmes en place dans l'établissement de santé.

2 – Lancement d'une enquête nationale

Depuis la parution de la circulaire, des études ponctuelles ont été réalisées afin d'évaluer la situation des établissements de santé et des régions au regard de ces recommandations, parmi lesquelles :

- une enquête de l'ARHIF réalisée en 2004-2005 auprès de 180 ES d'Ile-de-France
- une enquête exploratoire de la DHOS réalisée en 2005 par SECTOR, sur 26 ES.

Souhaitant aller plus loin dans l'accompagnement, la DHOS a fait réaliser un état des lieux global de l'organisation des établissements en matière de gestion des risques (GDR) dans les ES publics et privés, comportant :

- une appréciation de l'impact de la circulaire du 29 mars 2004 sur la mise en œuvre effective des programmes de gestion des risques
- l'identification des acteurs clés, leur rôle et leur positionnement institutionnel au sein des établissements
- une appréciation de la dynamique régionale
- les facteurs d'influences, internes et externes, ayant eu un impact sur la politique et la démarche de gestion des risques dans les établissements de santé.

Cette étude a été confiée au Cabinet DEDALE.

3 - Méthodologie de l'enquête

Quatre questionnaires en ligne (Netsurvey) sont établis, à destination de l'ensemble des ES, publics, participants au service public hospitalier (PSPH) et privés (premier questionnaire), des ARH (deuxième) des DRASS (troisième) et des structures régionales d'appui à la gestion des risques (quatrième)

Les questions sont présentées sous forme fermées dichotomiques (oui / non), fermées à choix multiples, à réponse unique ou/et à réponses multiples, semi-fermées à choix multiples, avec classement hiérarchique. Quelques champs de commentaires libres ont été prévus.

La sollicitation des ARH est réalisée le 23 décembre 2008, avec demande de solliciter à leur tour les DRASS, ES et structures régionales d'appui à la gestion des risques. L'enquête est clôturée le 27 février 2009.

Un comité de suivi de l'enquête préside à l'ensemble des travaux (choix du prestataire, validation des questionnaires, discussion sur les résultats).

Les résultats sont présentés lors du colloque organisé par la Dhos, « *Sécurité du patient : état des lieux et perspectives de la gestion des risques dans les établissements de santé* » le 18 septembre 2009, et diffusés sur le site du Ministère de la Santé et des Sports.

Une synthèse portant sur sa propre région est adressée à chaque ARH, intégrant tous les *verbatim* des questionnaires.

4 – Description de l'échantillon et représentativité

Les principales caractéristiques sont les suivantes.

- Pour les ES :

- la participation des ES est importante : 1575 ES ont répondu, soit 58 % des 2735 ES sollicités (sur 6280 ES « entités géographiques » existantes)
- la représentativité selon le statut n'est pas homogène : 49 % des 1150 ES privés ont participé à l'enquête (soit 565 réponses), contre 25 % des 1461 PSPH (soit 361 réponses) et 18 % des 3656 ES publics (soit 646 réponses).
- la représentativité selon la taille donne une forte prépondérance aux petits établissements : 36 % des 1575 ES répondants ont moins de 100 lits, et 39 % entre 100 et 300 lits (la forte participation des ES privés explique ce fait). 75 % des répondants ont donc moins de 300 lits.

54 % des hôpitaux locaux ont répondu, 17 % des CH et 16 % des CHU/CHR.

La représentativité des réponses peut néanmoins être considérée comme acceptable.

- Pour les instances et structures régionales :

- 19 ARH sur les 26 ont renseigné l'enquête
- 13 DRASS ont fourni une réponse exploitable (15 ont répondu sur 21 sollicitées)
- 11 structures d'appui à la GDR ont répondu, sur 30 sollicitées (dont des structures très spécialisées – dans les vigilances ou la lutte contre les infections nosocomiales, par exemple)

Nota :

- 21 régions sont représentées par au moins une réponse de l'ARH ou de la DRASS (en sont exclues : Guadeloupe, Guyane, Haute-Normandie, Limousin, Martinique)
- 22 régions sont représentées par au moins une réponse émanant de l'ARH, de la DRASS ou d'une structure d'appui (en sont exclues : Guadeloupe, Guyane, Limousin, Martinique)

5 – Résultats de l'enquête sur le volet « ES »

Les aspects politiques / stratégiques, organisationnels, culturels et opérationnels de la GDR des établissements sont examinés à travers les thèmes qui suivent.

1) L'existence d'une stratégie systémique et transverse de gestion des risques

955 ES (61 % des 1575 répondants) indiquent avoir mis en place une « stratégie validée par les instances ».

En revanche, seuls 404 d'entre eux (soit 26 % des répondants) répondent positivement à l'ensemble des critères correspondant à une stratégie formelle, systémique et transverse de GDR :

- stratégie et objectifs de sécurité validés par les instances,
- démarche inscrite dans le projet d'établissement,
- formalisation d'une politique de gestion des risques avec inscription de ses objectifs dans le CPOM.

Ce sont, proportionnellement, les ES privés qui viennent en tête des réponses positives à l'ensemble des critères (30 % d'entre eux), suivis des ES PSPH (25 % d'entre eux), puis des ES publics (22 % d'entre eux).

2) Le gestionnaire de risques

1417 ES (90 % des 1575 ES répondants) déclarent avoir désigné un gestionnaire de risques.

Son temps de travail est inférieur à 0.5 ETP dans la majorité d'entre eux (tous statuts confondus) et particulièrement dans les ES de moins de 100 lits (66 % d'entre eux).

Les compétences du gestionnaire de risques désigné sont prioritairement « l'expérience de l'encadrement » et celle des « missions transversales en établissement » (respectivement 1535 et 1404 citations). L'« expérience d'une fonction en lien avec les vigilances sanitaires » est citée 624 fois. La « formation diplômante » en qualité est citée 754 fois, contre 508 fois pour celle en gestion des risques.

Dans 1118 ES (71 % des répondants), le gestionnaire de risques est « également en charge de la qualité »

882 ES (56 % des répondants) ont procédé au recrutement de leur gestionnaire de risques « en interne ».

897 ES (57 % des répondants) ont créé leur poste de gestionnaire de risques il y a « moins de 4 ans ».

929 ES (59 % des répondants) indiquent que leur gestionnaire de risque est « rattaché à la direction ».

3) L'équipe de gestion des risques

1197 ES (76 % des 1575 répondants) ont constitué une « équipe » de gestion des risques.

Son animation est assurée par les responsables de tous les thèmes connexes, dans l'esprit de la circulaire de 2004 : vigilances sanitaires (1084 citations), prise en charge des patients (930 citations), gestion des plaintes et réclamations (926 citations), sécurité et maintenance de l'ES (904 citations), médecine du travail (411 citations), etc.

4) La structuration de la gestion des risques

La structuration est considérée comme effective quand elle est formalisée et qu'existent un comité de pilotage jouant un rôle décisionnel, un gestionnaire de risques et une équipe transverse, des référents par pôle/service/risque.

564 ES (36 % des 1575 ES répondants) répondent positivement à l'ensemble de ces critères alors que, pris séparément, ceux-ci peuvent enregistrer des taux de réponses positives élevés. Ainsi, 1165 ES (74 % des répondants) indiquent être dotés d'un « comité de pilotage » (au sens de la circulaire du 29 mars 2004).

Quand des « référents » ou « correspondants » ont été désignés, c'est très majoritairement par nature de risque (1081 citations) plutôt que par pôle ou service (507 citations) et, a fortiori, par processus (197)

5) Le programme de formation à la gestion des risques

760 ES (48 % des 1575 répondants) estiment être dotés d'un tel programme pour leurs professionnels. Mais à l'occasion d'une autre question, l'existence de ce programme est déclarée par 35 % seulement des ES.

Parmi les thèmes relatifs au contenu des programmes de formation, ceux de « l'élaboration d'un programme de gestion des risques » et de la « réglementation en matière de risques » sont les moins souvent couverts (respectivement 34 et 31 %)

Le thème le plus fortement ciblé dans ces programmes de formation est celui de la « sensibilisation au concept de risque » (65 %), suivi du « traitement des événements indésirables » (61 %), de « l'organisation des vigilances sanitaires » (56 %), des « méthodologies et outils d'évaluation des risques » (48 %), de la « préparation à la gestion de crise » (46 %), du « traitement des plaintes et réclamations » (36 %)

Seuls 252 ES (16% des répondants) répondent en même temps aux critères cumulés de « **structuration** » (4) et de **programme de formation** (5), c'est-à-dire à l'ensemble des aspects organisationnels d'une démarche de gestion des risques. Il n'y a pas d'impact visible du statut, de la catégorie ou de la taille de l'établissement.

6) L'engagement et le leadership de la direction

Il est évalué au regard des critères suivants : mise en place d'une GDR formalisée, structurée et rattachée au directeur, et appréciation du répondant sur son engagement personnel.

1165 ES (74% des 1575 répondants) disent avoir « essayé de faire de la gestion des risques une priorité » et 929 (59 %) y avoir réussi. Cette donnée doit toutefois être nuancée après confrontation avec le résultat présenté plus haut (1) : 26 % seulement des ES ont mis en place une stratégie formelle, systémique, globale et transverse de GDR.

Nota : Compte tenu de la diversité de la taille des ES, le critère de l'équivalent temps plein (ETP) consacré à la GDR n'est pas retenu pour apprécier l'engagement de la direction.

7) L'implication des professionnels

1275 ES (81 % des 1575 répondants) estiment que la conscience que les professionnels ont de leur responsabilité s'est accrue du fait de la démarche de GDR, mais seuls 33 % des

ES répondants ont inscrit la GDR dans la fiche de poste et/ou dans les objectifs de performance de l'encadrement.

8) Les modalités de la GDR

1559 ES (99 % des 1575 répondants) déclarent avoir un système de signalement accessible à tous les professionnels, ces derniers étant sensibilisés à son emploi dans 94 % des cas. Néanmoins, seuls 52 % des ES répondants ont une méthodologie d'analyse des causes pour les événements indésirables graves (EIG).

A peine plus d'un tiers des ES (36 %) déclarent avoir un système d'information permettant une gestion intégrée des données.

9) L'existence d'un programme de GDR

819 ES (52 % des 1575 répondants) estiment avoir ce programme, pour moitié annuel, pour moitié pluriannuel. Ce programme est élaboré à partir d'un ensemble de données (16 items de réponse possibles) parmi lesquelles figurent, au premier rang, les informations résultant du signalement des événements indésirables (EI) et, au second rang, les résultats de la certification, suivis de l'évaluation des risques professionnels.

10) La communication

Alors que seuls 502 ES (32 % des 1575 répondants) ont « établi un plan de communication sur la GDR », 1197 (76 %) indiquent avoir mis en place des « actions de sensibilisation ».

Seuls 661 ES (42 % des ES répondants) soumettent chaque année un rapport d'activité de la gestion des risques à leurs instances.

Conclusion sur le déploiement de la GDR dans les établissements :

Sur 1575 ES répondants :

- 404 ont mis en place une stratégie et formalisé une politique systémique et transverse de GDR.
- 253 ont mis en place les changements organisationnels nécessaires (structuration et formation)

En même temps 92 % des 1575 ES répondants estiment que la démarche qu'ils ont développée a amélioré le niveau de sécurité des patients.

6 – Résultats de l'enquête sur le volet régional

Les aspects traités portent sur la stratification de la GDR au niveau régional, sur le rôle des instances régionales, sur les modes d'action des régions et la cohérence entre la vision qu'ont les ES et les instances régionales sur les résultats de ces actions. Enfin l'enquête aborde l'appréciation mutuelle des ES et instances régionales des forces et faiblesses de la GDR telle qu'elle existe.

a) La stratification de la GDR et rôles respectifs des acteurs

D'une manière générale, mais selon des modalités très variables, les ARH s'appuient sur des tiers, structures déconcentrées le plus souvent, établissements de référence, réseaux (associations ou GIP) spécifiques à la GDR quand ils existent.

Les ARH estiment remplir les rôles suivants :

- « appui » et « accompagnement » : respectivement 13 et 11 citations sur 19 ARH répondantes
- « stratégique » : 12 citations seulement

Les DRASS estiment remplir les rôles suivants :

- « accompagnement » et « appui » : respectivement 7 et 6 citations sur 13 ARH répondantes
- « stratégique » : 3 citations
- « expertise » : 3 citations

Les structures d'appui indiquent assurer un rôle « d'apport d'outils et de méthodes, de veille, d'évaluation, d'animation du partage d'expériences, de formation, d'expert ».

18 des 26 régions ont défini une stratégie régionale de GDR (nota : les réponses des ARH et DRASS sont fusionnées par région ; en cas de réponses opposées, le « oui » de l'un l'emporte) mais seules 10 régions ont établi un programme régional de GDR (non : 11 ; sans réponse : 5).

19 régions disent avoir « essayé » de faire de la GDR une priorité.

b) Les modes d'action

- 17 des 26 régions disposent d'une structure clairement identifiée pour la gestion des risques, que celle-ci relève de la DRASS ou de l'ARH.

- 19 ARH estiment apporter un soutien aux ES dans leurs projets en lien avec la GDR (non réponse : 7). Ainsi, ARH, DRASS et structures d'appui confondues déclarent apporter une assistance aux ES pour la contractualisation (13 régions), pour la priorisation de leurs objectifs de GDR (11 régions), pour l'élaboration de leur programme de GDR (8 régions).

- Si 8 seulement des 22 régions répondantes organisent des formations ou séances d'information plusieurs fois par an, 21 indiquent organiser une action de formation au moins une fois par an.

Les retours des ES sur l'apport des instances régionales en termes de formation sont d'une tonalité moins homogène. En effet, 49 % des 1575 ES répondants estiment avoir « bénéficié de formations ou d'échanges organisés par l'ARH ou d'autres structures régionales sur les questions relatives à la gestion des risques ». Le taux des réponses positives est très variable d'une région à l'autre (de 95 % à 13 % des ES répondant « OUI »).

Plusieurs des régions dotées de structures d'appui extérieures aux services déconcentrés sont parmi celles bénéficiant des taux de réponses positives les plus élevés (soulignées ci-après) : Franche-Comté (95 % des ES), puis, par ordre décroissant, Rhône-Alpes, Bretagne, Alsace, Auvergne, Bourgogne, Aquitaine et Poitou-Charentes (l'une et l'autre à 67 % des ES), etc.

- Recommandée dans la circulaire du 29 mars 2004, la mutualisation du gestionnaire de risques est pratiquée 17 % des ES répondants, d'après ceux-ci. Les instances régionales estiment quant à elles cette mutualisation « mise en place et effective » dans 4 régions (sur 22 répondantes) ou « en cours de mise en œuvre » dans 10 autres.

- 19 ARH disent avoir fait de la mise en place d'un programme global de GDR une composante des CPOM. Toutes régions confondues, 929 ES (59 % des 1575 répondants) estiment que « la politique de GDR se traduit par des objectifs inscrits dans le CPOM », 283 ES (18 %) répondant à cette question par la négative.

- 441 seulement des ES (28 %) estiment faire l'objet d'évaluations de la part de leur ARH sur le thème de la GDR. Près du tiers de cet effectif, soit 127 ES estime ne pas trouver d'avantage à cette évaluation. 7 ARH confirment la possibilité de sanctions en cas de non atteinte des objectifs du CPOM ; 2 d'entre elles indiquent que des sanctions ont été appliquées.

c) L'appréciation par les ARH et DRASS de leur organisation régionale en matière de GDR

De manière très claire (à 62 % pour les ARH, à 50 % pour DRASS) ces instances s'accordent à dire que l'organisation régionale de GDR est à améliorer. Seules 2 ARH l'estiment adaptée (cette question est à 50 % sans réponse de la part des DRASS).

d) L' « état de maturité de la démarche de GDR des ES » apprécié par les instances régionales

Les réponses cumulées des ARH, DRASS et structures d'appui des 22 régions répondantes donnent les résultats suivants :

- majoritairement en cours de mise en œuvre : 14 régions
- majoritairement au stade de lancement : 4 régions
- majoritairement au stade de réflexion : 1 région

Pour deux régions, la discordance des réponses ne permet pas leur exploitation.

La question « avez-vous observé durant les 4 dernières années des changements culturels vis-à-vis de la sécurité dans les ES de votre région ? » fait l'objet des réponses suivantes :

- structures d'appui : oui à 82 %
- ARH : oui à 69 %
- DRASS : oui à 46 %

e) L'évaluation par les ES de l'action de leur ARH en matière de GDR

D'une manière globale, l'action des ARH est perçue plutôt négativement. La question « que pensez-vous de l'action de votre ARH ? » enregistre les résultats suivants :

- « l'établissement n'a pas de lien avec l'ARH en ce qui concerne la mise en place de sa démarche de GDR » a été citée 937 fois,
- un « soutien insuffisant » 460 fois,
- l' « aide concrète de l'ARH » est citée 245 fois.

7 – Résultats relatifs aux facteurs d'influence et aux attentes des acteurs

7.1 Les facteurs d'influence à la mise en place de la GDR dans les ES : vision des ES

Sollicités pour classer par ordre d'importance une dizaine de propositions, les ES ont clairement mis en évidence le rôle majeur des procédures d'accréditation puis de certification des ES :

- accréditation/certification : 1515 citations
- nouvelles réglementations : 1080
- incitation des autorités (circulaires, recommandations) : 982
- action volontariste de l'ES ou de son projet : 909
- incitation régionale de l'ARH : 628
- accidents ou presque accidents dans l'ES : 611
- contexte sociétal et médiatique : 376
- évolutions assurancielles : 284
- évolution des contentieux : 230
- autre : 51

Il peut sembler paradoxal que les accidents ou presque accidents expérimentés par les ES n'obtiennent pas un nombre de citations plus élevé, compte tenu de l'intérêt et de la notoriété croissante des méthodes d'amélioration de la qualité et de la sécurité fondées sur le « retour sur expérience » pour remédier à la reproduction des erreurs ou aux dysfonctionnements.

Le classement effectué pour cette dernière question, relative aux facteurs d'influence, est corroboré par celui résultant d'une autre question visant à déterminer l'impact de la circulaire n° 176 du 29 mars 2004 parmi un ensemble de textes ou de procédures. Y sont retrouvés comme facteurs contributifs à la politique de GDR des ES :

- en 1^{er}, la certification,
- en 2^{ème}, les textes relatifs à la lutte contre les infections nosocomiales,
- en 3^{ème}, la circulaire n° 176 du 29 mars 2004,
- en 4^{ème}, le CPOM,
- en 5^{ème}, le Contrat Bon Usage des médicaments et des produits et prestations (CBU),
- en 6^{ème}, l'arrêté du 26.04.2006 relatif au signalement des événements indésirables graves autres que les infections nosocomiales.

7.2 - Les facteurs d'influence pour la mise en place de la GDR dans les ES : vision des ARH

Pour les ARH répondantes, la certification des ES vient également en tête des facteurs contributifs.

- la « certification » : 16 citations
- la « politique régionale » et les « nouvelles réglementations » : ex aequo avec 11 citations
- la « détermination des équipes dirigeantes et soignantes des ES » et « l'incitation nationale, notamment la circulaire DHOS n° 176 du 29 mars 2004 » : également ex aequo avec 7 citations

7.3 – Les freins à la mise en place de la démarche de GDR dans les ES : vision des ES

L'analyse lexicale des champs dédiés aux commentaires libres fait ressortir les « contraintes opérationnelles » comme le frein majeur. Ce terme recouvre le turn-over du personnel, le manque de professionnels dédiés, le manque de ressources humaines, de disponibilité, etc. 881 citations lui sont consacrées.

Viennent ensuite les « problèmes économiques » (257). Puis : le manque de « culture de sécurité » (228), la « taille de l'ES » (122), le « manque de formation, de compétences » (50), etc.

La « complexité de la démarche » n'intervient que pour 8 citations. La démarche actuellement recommandée aux ES est, dans le cadre d'une autre question, considérée comme « adaptée » par 76 % des ES répondants.

7.4 – Les facteurs de réussite à la mise en place de la GDR dans les ES : vision des ES

Deux facteurs surpassent de très loin les 6 autres (8 facteurs proposés) : il s'agit d'une part de « l'implication, motivation, conscience professionnelle et participation des personnels » (422 citations) et d'autre part de « l'implication et de l'engagement de la direction » (339 citations).

La « culture de signalement » vient en 3^{ème} position (176 citations), « l'accréditation/certification » ne recueillant que 80 citations.

7.5 – Les attentes des ES

Leurs attentes vis-à-vis des autorités nationales et régionales sont très proches, classées de manière similaire, et portent principalement sur les thèmes suivants, parmi 11 options. Les attentes vis-à-vis des autorités nationales sont mentionnées en premier, les attentes vis-à-vis des instances régionales en second, dans l'énumération qui suit :

- « assistance, coordination, outils, méthodes » : 509 citations / 779 citations
- « aide financière » : 399 / 311,
- « formation / sensibilisation / information » : 146 / 277
- « ressources humaines » : 99 / 75

S'agissant des attentes spécifiquement formulées à l'égard de la région, une demande de « retour d'expérience, échanges, partage, groupe de travail » est faite 259 fois, venant renforcer le nombre de citations d' « assistance, coordination, outils, méthodes » cité plus haut.

Le besoin d'une « politique, stratégie, d'orientations régionales » est fortement exprimé : 160 citations.

S'agissant des attentes spécifiquement formulées à l'égard du Ministère : une demande de « clarification, simplification, de plus de cohérence » est formulée 70 fois (23 fois vis-à-vis des régions).

8 – Principaux constats issus de l'enquête

La mise en place d'une gestion globale et coordonnée des risques est visiblement engagée dans les établissements de santé, en bonne part sous l'influence conjuguée des procédures d'accréditation, puis de certification, et de la circulaire n°176 du 29 mars 2004.

L'enquête fait néanmoins ressortir que la totalité des éléments politiques, organisationnels, culturels et opérationnels constitutifs d'une GDR en ES ne sont qu'exceptionnellement réunis.

Des points positifs se dégagent néanmoins :

- un gestionnaire et une équipe sont désignés ;

- un système de signalement existe (mais l'enquête ne renseigne pas sur l'utilisation faite de ce dernier) ;
- la sensibilisation des personnels a considérablement progressé ;
- une organisation transversale est en place dans les ES (associant qualité, vigilances, risques professionnels, etc).

Des améliorations sont toutefois indispensables :

- l'implication de la direction des ES doit être renforcée ;
- la GDR doit être intégrée dans les projets managériaux ;
- une stratégie formalisée comportant un programme avec des objectifs validés, suivis et évalués, doit être mise en place dans chaque ES ;
- la professionnalisation du gestionnaire, doté du temps de travail et des compétences nécessaires à ses missions, doit être poursuivie.

S'agissant du niveau régional, les besoins portent principalement sur :

- une répartition des rôles clarifiée entre les différents acteurs (stratégie/accompagnement) ;
- la définition d'une stratégie régionale traduite en programmes ;
- la mise à disposition d'outils pour les ES, via des structures clairement identifiées ;
- une capacité d'évaluation des ES par l'instance régionale améliorée.

9 - Conclusion

Les résultats de l'enquête mettent en évidence, tant pour les ES que pour les structures régionales, des pistes d'amélioration dont les leviers se trouvent, pour l'essentiel, dans la mise en place de stratégies, dans le management et dans l'organisation,

Le contexte de l'avènement des ARS, dont les missions en termes de qualité et de sécurité des soins sont renforcées par rapport à celles des ARH, est l'occasion de redéfinir le rôle, le positionnement et l'articulation des acteurs au niveau territorial, en priorisant l'instauration d'une culture de résultats conforme aux attentes des patients.

L'article 6111-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, exige des établissements de santé qu'ils élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités

Cette nouvelle mission des établissements sera prochainement précisée au plan réglementaire et sa mise en place sera guidée et soutenue par la diffusion de programmes de gestion des risques, nationaux et régionaux. La démarche poursuivie par les autorités, incitative jusqu'à ce jour en dehors des domaines des infections et des vigilances, sera donc rapidement intensifiée en vue d'un déploiement effectif et homogène de la gestion des risques dans les établissements.