



Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux
pour l'Amélioration des Pratiques et organisations en santé



Enquête sur les coordonnateurs de gestion des risques associés aux soins dans les établissements de santé

FORAP

**Rapport final
Janvier 2013**

Rédacteurs

Philippe Michel

Marion Kret

Isabelle Verheyde

Claire Chabloz

Sommaire

Résumé de l'enquête	3
Méthode	9
Résultats globaux et détaillés	
• Partie 1 – Résultats Globaux	14
• Partie 2 – Résultats détaillés par SRE	31
Lexique	48
Annexes	50
• Diaporama	
• Communiqué de presse Hospimedia	
• Articles	
• Michel P, Verheyde I, Chabloz C, Kret M. Dossier enquête : le coordonnateur de gestion des risques associés aux soins. Gestions hospitalières, décembre 2012 : 487-490.	
• Michel P, Verheyde I, Chabloz C, Kret M. Coordonnateurs de gestion des risques associés aux soins : résultats de l'enquête FORAP. Revue Hospitalière de France, Novembre-décembre 2012 : 72-75.	

Remerciements

La FORAP remercie les professionnels des 292 établissements de santé publics et privés ayant participé à l'enquête.

La FORAP remercie le Ministère de la Santé et la Haute Autorité de Santé pour leur contribution à la diffusion des résultats.

La FORAP remercie le CCECQA pour la coordination de l'enquête, la réalisation de l'analyse des résultats et la rédaction de ce rapport.

Résumé de l'enquête

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 DGOS¹ 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 %)².

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.

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 qui 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

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

² 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

réponse était positive, la suite du questionnaire 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 CRUQPC. 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 CRUQPC.

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 ingénierie 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 ?

Méthode

Contrôle qualité

Dans un premier temps, les données de chaque région ont été **extraites** des plateformes des structures régionales soit par l'administrateur de la SRE soit par le super administrateur. L'ensemble des bases régionales ont été combinées. Une seule réponse par établissement était attendue, ainsi, **lorsque le questionnaire a été envoyé à plusieurs personnes de l'établissement une seule réponse a été conservée** (celle avec le moins de données manquantes), de plus l'établissement n'est comptabilisé qu'une seule fois comme destinataire. Les questionnaires **validés entièrement vierges ont été supprimés**. Par contre, les questionnaires **non validés** (restés en partiel) alors qu'ils **comportaient des données ont été pris en compte**.

Un **contrôle qualité des données** a été effectué. A partir du moment où la question préalable (coordonnateur désigné) a été complétée, le questionnaire a fait l'objet d'une **analyse principale** (proportion d'établissements ayant un coordonnateur désigné).

Pour la **suite des analyses**,

- Si la **question préalable** était **négative** : l'ensemble des questions du questionnaire devait être vide. Dans le cas contraire, elles ont été supprimées.
- Si la **question préalable** était **positive** : la suite du questionnaire devait être complétée. Le taux de complétude a été calculé pour ces questionnaires.

Le contrôle qualité a également concerné trois variables du questionnaire : **le statut d'établissement, la taille de l'établissement et la fonction du coordonnateur**. Une analyse croisée sur ces variables n'étant possible que si elles sont complétées, les données manquantes à ces questions ont été repérées.

Analyse principale

L'ensemble des analyses a été réalisé à partir du logiciel Stata version 9.

Pour commencer, la **proportion d'établissements répondants** a été calculée pour l'ensemble de l'étude et par région en prenant au numérateur les établissements ayant au moins répondu à la question préalable du questionnaire et au dénominateur le nombre d'établissements (et pas de personnes) invités.

Ensuite, les **proportions d'établissements ayant et n'ayant pas de coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins** ont été calculées à partir des réponses à la question préalable, le dénominateur étant l'ensemble des répondants à l'étude. Cette analyse a également été réalisée sur l'ensemble de la base et par région.

Analyses complémentaires

La suite du questionnaire était divisé en deux parties : une première intitulée « état des lieux, moyens alloués » et une seconde « participation aux instances ». Les variables d'ajustement sont d'abord définies puis les deux parties sont présentées indépendamment.

- **Variables d'ajustement**

Trois variables ont été identifiées comme pouvant influencer les réponses à d'autres questions du questionnaire. Il s'agissait des variables dites d'ajustement : **le statut d'établissement, la taille de l'établissement et la fonction du coordonnateur.**

La variable **statut d'établissement** comportait cinq modalités (CHU, autres publics, privés à but non lucratif, privés à but lucratif, ESPIC). La variable **taille de l'établissement** a été construite. En effet, cinq variables continues la composaient : il s'agissait du nombre de lits dans différents secteurs (MCO, SSR, SLD, Psy, HAD). Un nombre total de lits total a été calculé pour chaque établissement comme la somme des nombre de lits dans chacun des secteurs. La notion de grands et petits établissements étant différente dans le public et dans le privé, une **variable combinant le statut et la taille de l'établissement** a été créée. Cette variable intitulée **type d'établissement** comprenait les modalités suivantes : CHU, autre établissement public de grande taille (>300 lits), autre établissement public de petite taille (<300 lits), établissement privé de grande taille (>100 lits), établissement privé de petite taille (<100 lits).

La variable **fonction du coordonnateur** comportait sept modalités (médecin, profession paramédicale, pharmacien, praticien en hygiène, gestionnaire des risques, ingénieur qualité et autre). Elle a été analysée sous cette forme.

Au final, **deux variables d'ajustement** ont été retenus : le **type d'établissement** (en cinq modalités) et la **fonction du coordonnateur** (en sept modalités).

- **Etat des lieux, moyens alloués**

Dans un premier temps, ces trois variables ainsi que la variable construite ont été décrites. Les variables **statut et type d'établissement** ainsi que la variable **fonction du coordonnateur** ont été définies par des fréquences et pourcentages. Des moyennes, écart-types, minima et maxima ont été calculés pour la variable **taille d'établissement** ainsi que les **cinq variables nombre de lits par secteurs.**

L'**ancienneté** dans la profession et dans l'établissement ont été analysés par des fréquences et pourcentages au total et par fonction.

Les variables concernant la **présence de temps alloué** à la mission de coordination de la gestion des risques ainsi que la **quotité de temps** ont été décrites par des fréquences et des pourcentages **au total et selon le type d'établissements.**

Les variables **date de candidature** et de **désignation** ont été analysées en termes de délais. Le délai en mois entre la date de parution de la circulaire instituant le coordonnateur (12/11/2012) et la date de candidature a été calculé. Puis, le délai entre la date de candidature et la date de désignation a été traité. Des **délais moyens** (écart-type), **minimum** et **maximum au total**, selon le **type d'établissement** et selon la **fonction du coordonnateur.**

Les variables concernant la **formation des professionnels** ont été analysées par des fréquences et pourcentages au **total** et **selon la fonction du coordonnateur**.

Les **autres variables** de cette partie ont été explorées par des fréquences et pourcentages **au total**, selon **le type d'établissement** et selon **la fonction du coordonnateur**.

L'ensemble des analyses de cette partie ont été réalisées sur **l'ensemble de la base** et également **par région**.

- **Participation aux instances**

Cette partie visait à mieux cerner les **missions du coordonnateur** au sein de chaque établissement. L'ensemble des analyses a été réalisé **pour l'ensemble des répondants** puis selon le **type d'établissement** et enfin selon la **fonction du professionnel** et ce sur **l'ensemble de la base** et par **région**.

Dans ce questionnaire les missions se regroupaient en trois parties :

- **Participation aux instances**
- **Participation à des activités**
- **Destinataire de différentes informations**

Ainsi, les questions n'ont pas été analysées une à une mais groupées dans ces trois parties sauf quelques unes qui n'entraient dans aucune partie.

Concernant la participation aux instances, une variable a été créée afin de déterminer si **le coordonnateur participait à au moins un des comités qualité/sécurité de son établissement**. Une **proportion** de coordonnateur participant à au moins un des comités essentiels de son établissement a été calculée.

Concernant la participation à des activités, une variable a également été créée afin de déterminer si **le coordonnateur participe à au moins une des activités** (plans action, RMM, cartographies, etc.). Une **proportion** de coordonnateur participant à au moins une des activités de son établissement a été calculée.

Concernant la réception d'information, une variable a été créée afin de déterminer **si le coordonnateur est destinataire d'un certain nombre d'informations** (compte rendu, plans d'actions, fiches d'événements indésirables, plaintes, etc.). Une **proportion** de coordonnateur **ne recevant aucune information a été calculée**.

Enfin, chacune des autres variables de cette partie a été analysée **indépendamment**, en termes de fréquences et pourcentages.

Résultats globaux et détaillés

Partie 1 – Résultats globaux

Analyse principale

Au total, sept SRE ont participé à la mise en place de ce projet : **CCECQA, CEPPRAL, EPSILIM, GREQUAU, QualiSanté, REQUA et RSQ**. Chaque structure a coordonné le recueil de sa région à partir de la plateforme e-FORAP. Le (ou les) correspondant(s) de chaque établissement ont été contactés par **mail** par un référent de chaque structure. Celui-ci était chargé de répondre à la **question préliminaire** concernant la présence dans leur établissement d'un coordonnateur désigné de la gestion des risques associés aux soins.

1) Taux de participation

Au total, **668 établissements** ont été invités à répondre au questionnaire par l'ensemble des SRE. Pour 292 d'entre eux, la question préalable était complétée. Ainsi le **taux de participation global était de 44%**.

2) Présence d'un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Parmi les 292 établissements répondants, **22 (8%) n'ont pas de coordonnateur** de la gestion des risques désigné à la connaissance des répondants.

3) Complétude

Parmi les 292 établissements répondants, **69 ont répondu uniquement à la question préliminaire**. Pour les 22 n'ayant pas de coordonnateur, il était normal que l'ensemble des questions du questionnaire soient vides.

Ainsi, pour les **270 questionnaires concernés par la suite** du questionnaire, le taux de complétude variait entre 0% pour 47 établissements et 100% pour 37 établissements. Le **taux moyen de complétude était de 72%** (écart-type 40%).

Analyses complémentaires

- Variables d'ajustement

1) Statut établissement

Parmi les 270 répondants au questionnaire complet, seuls **206 ont complété la question sur le statut de l'établissement**. Ainsi, pour cette question, le taux de réponse était de 76%. La **majorité des établissements interrogés étaient des établissements publics hors CHU** (46%). Sept CHU (4%) ont répondu au questionnaire (Tableau 1).

Les taux de réponse par SRE variaient entre 63% pour le RSQ et 90% pour EPSILIM. Pour toutes les SRE, la majorité des établissements répondants étaient des publics hors CHU.

Tableau 1 : Répartition des établissements répondants selon leur statut par SRE

	Statut des établissements	N	Fréquence (%)				
			CHU	Autres établissements publics	Privés à but non lucratif	Privés à but lucratif	ESPIC
SRE	CCECQA	50	0 (0%)	21 (42%)	12 (24%)	14 (28%)	3 (6%)
	CEPPRAL	57	0 (0%)	31 (54%)	4 (7%)	9 (16%)	13 (23%)
	EPSILIM	19	1 (5%)	9 (47%)	1 (5%)	5 (26%)	3 (16%)
	GREQUAU	20	1 (5%)	7 (35%)	4 (20%)	2 (10%)	6 (30%)
	Qualisanté	11	2 (18%)	5 (45%)	1 (9%)	1 (9%)	2 (18%)
	REQUA	20	1 (5%)	9 (45%)	3 (15%)	5 (25%)	2 (10%)
	RSQ	29	2 (7%)	13 (45%)	5 (17%)	8 (28%)	1 (3%)
	Total	206	7 (4%)	95 (46%)	30 (15%)	44 (21%)	30 (15%)

2) Taille établissement

Au total, **200 établissements** ont répondu à cette question. Etaient considérés comme répondants tous les établissements où au moins une des cinq cases « nombre de lits » a été complétée. Dans ce cas les cases sans réponses ont été considérées comme « aucun lit dans cette activité » et ont donc pris la valeur 0. Le calcul des moyennes et écarts-types s'est donc basé sur la totalité de ces établissements.

Le **nombre moyen de lits total était de 246** (e.t. 335) avec une étendue allant de **0 à 2445 lits** (Tableau 2).

Par SRE, il variait entre 148 (e.t. 99) pour EPSILIM et 388 (551) pour RSQ.

Par activité, le nombre moyen de lits variait entre 5 (e.t. 19) en HAD et 130 (e.t. 264) en MCO.

Tableau 2 : Taille moyenne des établissements et par activités en nombres de lits par SRE

Taille en nombre de lits	N	MCO		SSR		Psy	
		Moyenne (e.t)	Min – Max	Moyenne (e.t)	Min – Max	Moyenne (e.t)	Min – Max
CCECQA	51	90 (158)	0 - 602	35 (42)	0 - 160	42 (104)	0 - 539
CEPPRAL	56	116 (177)	0 - 176	54 (68)	0 - 350	31 (110)	0 - 689
EPSILIM	17	74 (90)	0 - 283	32 (30)	0 - 81	17 (50)	0 - 205
GREQUAU	19	128 (303)	0 - 1294	64 (47)	0 - 182	41 (92)	0 - 325
Qualisanté	10	165 (402)	0 - 1300	47 (41)	0 - 100	17 (54)	0 - 171
REQUA	20	162 (346)	0 - 1300	61 (60)	0 - 219	66 (232)	0 - 1000
RSQ	27	233 (435)	0 - 2004	85 (125)	0 - 600	33 (84)	0 - 390
Total	200	130 (264)	0 - 2004	53 (69)	0 - 600	37 (115)	0 - 1000

Taille en nombre de lits	SLD		HAD		Total	
	Moyenne (e.t)	Min – Max	Moyenne (e.t)	Min – Max	Moyenne (e.t)	Min – Max
CCECQA	17 (37)	0 - 150	8 (25)	0 - 142	192 (224)	15 - 992
CEPPRAL	19 (38)	0 - 161	4 (9)	0 - 30	223 (233)	0 - 899
EPSILIM	22 (27)	0 - 84	4 (10)	0 - 35	148 (99)	48 - 357
GREQUAU	36 (73)	0 - 261	3 (7)	0 - 30	271 (425)	50 - 1811
Qualisanté	36 (34)	0 - 100	15 (46)	0 - 145	280 (433)	37 - 1500
REQUA	11 (25)	0 - 91	0 (0)	0 - 0	299 (391)	20 - 1300
RSQ	30 (52)	0 - 190	7 (18)	0 - 65	388 (551)	23 - 2445
Total	22 (42)	0 - 261	5 (19)	0 - 145	246 (335)	0 - 2445

3) Type établissement

La variable type d'établissement a été créée en regroupant les deux précédentes. Une variable en cinq modalités a été construite. Les modalités Autres établissements publics et ESPIC de la variable statut établissement ont été regroupées, de même que les modalités privés à but non lucratif et privés à but lucratif. Puis cette nouvelle variable a été redécoupée entre les établissements de grande et de petite taille.

Après croisement des deux variables précédentes, **197 réponses** ont été obtenues. Une majorité (43%) des établissements répondants étaient des établissements publics de petite taille (Tableau 3).

Tableau 3 : Répartition des établissements répondants selon leur type par SRE

Type d'établissement	N	Fréquence (%)				
		CHU	Publics de petite taille	Publics de grande taille	Privés de petite taille	Privés de grande taille
CCECQA	50	0 (0%)	17 (34%)	7 (14%)	19 (38%)	7 (14%)
CEPPRAL	55	0 (0%)	30 (55%)	13 (24%)	6 (11%)	6 (11%)
EPSILIM	17	1 (6%)	8 (47%)	2 (12%)	3 (18%)	3 (18%)
GREQUAU	18	1 (6%)	9 (50%)	3 (17%)	4 (22%)	1 (6%)
Qualisanté	11	2 (18%)	7 (64%)	0 (0%)	1 (9%)	1 (9%)
REQUA	20	1 (5%)	7 (35%)	4 (20%)	4 (20%)	4 (20%)
RSQ	26	2 (8%)	6 (23%)	8 (31%)	7 (27%)	3 (12%)
Total	197	7 (4%)	84 (43%)	37 (19%)	44 (22%)	25 (13%)

4) Fonction du coordonnateur

La variable concernant la fonction du coordonnateur a obtenu **208 réponses** soit un taux de réponse de 77%.

Tableau 4 : Répartition des répondants selon la fonction des coordonnateurs, par SRE

Fonction des coordonnateurs	N	Fréquence (%)						
		Médecin	Profession paramédicale	Pharmacien	Praticien en hygiène	Gestionnaire des risques	Ingénieur qualité	Autre
CCECQA	52	14 (27%)	13 (25%)	2 (4%)	2 (4%)	5 (10%)	9 (17%)	7 (14%)
CEPRAL	58	18 (31%)	10 (17%)	1 (2%)	4 (7%)	7 (12%)	10 (17%)	8 (14%)
EPSILIM	18	7 (39%)	1 (6%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (28%)	3 (17%)	2 (11%)
SRE GREQUAU	20	6 (30%)	6 (30%)	3 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (15%)	2 (10%)
Qualisanté	11	4 (36%)	2 (18%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (27%)	1 (9%)	1 (9%)
REQUA	19	6 (32%)	3 (16%)	0 (0%)	2 (11%)	1 (5%)	3 (16%)	4 (21%)
RSQ	30	10 (33%)	3 (10%)	3 (10%)	1 (3%)	1 (3%)	8 (27%)	4 (13%)
Total	208	65 (31%)	38 (18%)	9 (4%)	9 (4%)	22 (11%)	37 (18%)	28 (13%)

La **modalité autre** a été cochée par 28 (13%) répondants et 20 d'entre eux ont précisé leur fonction (Tableau 4). Deux étaient des cadres de santé, six des responsables qualité/gestion des risques, quatre techniciens/assistants qualité, deux directeurs des soins infirmiers, quatre directeurs/directeurs adjoints, un directeur des affaires générales. Enfin, pour un établissement, le coordonnateur était un binôme pharmacien + cadre de santé. La modalité « autre » a pu être redispachée selon les réponses données.

Ainsi, parmi les coordonnateurs qui ont précisé leur fonction, les professionnels **médicaux** (médecins et pharmaciens) représentaient **41,5%** (83/200) des coordonnateurs, les professionnels **paramédicaux** (cadres et non cadres) **20,5%** (41/200), les professionnels **ingénieurs et techniciens** **34,5%** (69/200) et les **fonctions directoriales** **3,5%** (7/200).

- Etat des lieux, moyens alloués

1) Ancienneté

Plus de la moitié des professionnels (**61%**) avaient cette profession depuis **plus onze ans** au moment de l'étude (Tableau 5). Moins de 10% des professionnels étaient dans cette profession depuis moins de deux ans. Les métiers de gestionnaire de risque et d'ingénieur qualité sont récents, au contraire des autres ; les CGdR professionnels de santé ont une expérience clinique ancienne.

Tableau 5 : Répartition des coordonnateurs selon leur ancienneté dans la profession par fonction

	Ancienneté dans la profession	N	Fréquence (%)				
			Moins de 1 an	1 à 2 ans	3 à 5 ans	6 à 10 ans	11 ans et plus
Fonction	Médecin	63	1 (2%)	0 (0%)	1 (2%)	5 (8%)	56 (89%)
	Profession paramédicale	38	0 (0%)	2 (5%)	1 (3%)	4 (11%)	31 (82%)
	Pharmacien	9	0 (0%)	0 (0%)	2 (22%)	1 (11%)	6 (67%)
	Praticien en hygiène	8	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (25%)	6 (75%)
	Gestionnaire des risques	20	0 (0%)	3 (15%)	4 (20%)	9 (45%)	4 (20%)
	Ingénieur qualité	36	0 (0%)	8 (22%)	7 (19%)	13 (36%)	8 (22%)
	Autre	29	1 (3%)	4 (14%)	4 (14%)	8 (28%)	12 (41%)
	Total	203	2 (1%)	17 (8%)	19 (9%)	42 (21%)	123 (61%)

Concernant l'ancienneté dans l'établissement, une majorité (42%) des répondants était dans l'établissement depuis plus de 11 ans (Tableau 6).

Tableau 6 : Répartition des coordonnateurs selon leur ancienneté dans l'établissement par fonction

	Ancienneté dans l'établissement	N	Fréquence (%)				
			Moins de 1 an	1 à 2 ans	3 à 5 ans	6 à 10 ans	11 ans et plus
Fonction	Médecin	62	4 (6%)	6 (10%)	5 (8%)	6 (10%)	41 (66%)
	Profession paramédicale	38	1 (3%)	8 (21%)	5 (13%)	7 (18%)	17 (45%)
	Pharmacien	9	1 (11%)	1 (11%)	0 (0%)	3 (33%)	4 (44%)
	Praticien en hygiène	8	1 (13%)	3 (38%)	0 (0%)	2 (25%)	2 (25%)
	Gestionnaire des risques	21	1 (5%)	5 (24%)	7 (33%)	3 (14%)	5 (24%)
	Ingénieur qualité	37	3 (8%)	13 (35%)	6 (16%)	13 (35%)	2 (5%)
	Autre	29	1 (3%)	3 (10%)	6 (21%)	5 (17%)	14 (48%)
	Total	204	12 (6%)	39 (19%)	29 (14%)	39 (19%)	85 (42%)

2) Quotité de temps

Quel que soit le type d'établissement, très peu de coordonnateurs (**8%**) avaient plus de **50% ETP de temps alloué** à la mission de coordination des risques (Tableau 7). La **différence** de répartition de la quotité de temps allouée à la mission de coordination de la gestion des risques selon les types d'établissement n'était **pas significative** (p-value=0,083).

Tableau 7 : Répartition des répondants selon la quotité de temps allouée à la mission de coordination des risques par type d'établissement

Quotité de temps allouée à la mission de coordination des risques		N	Fréquence (%)			
			0 à 10% ETP	10 à 25% ETP	25 à 50% ETP	Plus de 50% ETP
Type établissement	CHU	7	0 (0%)	3 (43%)	3 (43%)	1 (14%)
	Privé de grande taille	24	8 (33%)	3 (13%)	11 (46%)	2 (8%)
	Privé de petite taille	41	19 (46%)	13 (32%)	8 (20%)	1 (2%)
	Public de grande taille	36	8 (22%)	10 (28%)	14 (39%)	4 (11%)
	Public de petite taille	80	31 (39%)	22 (28%)	20 (25%)	7 (9%)
	Total	188	66 (35%)	51 (27%)	56 (30%)	15 (8%)

La **quotité de temps réellement consacrée** à la mission de coordination des risques est peu différente au global comme par type d'établissement par rapport à la quotité de temps allouée (Tableau 8). La **différence** de répartition de la quotité de temps réellement consacrée à la mission de coordination de la gestion des risques selon les types d'établissement n'était **pas significative** (p-value=0,104).

Tableau 8 : Répartition des répondants selon la quotité de temps réellement consacrée à la mission de coordination des risques par type d'établissement

Quotité de temps réellement consacrée à cette mission		N	Fréquence (%)			
			0 à 10% ETP	10 à 25% ETP	25 à 50% ETP	Plus de 50% ETP
Type établissement	CHU	7	1 (14%)	2 (29%)	2 (29%)	2 (29%)
	Privé de grande taille	24	8 (33%)	3 (13%)	9 (38%)	4 (17%)
	Privé de petite taille	42	17 (40%)	17 (40%)	7 (17%)	1 (2%)
	Public de grande taille	35	9 (26%)	11 (31%)	10 (29%)	5 (14%)
	Public de petite taille	78	21 (27%)	26 (33%)	25 (32%)	6 (8%)
	Total	186	56 (30%)	59 (32%)	53 (28%)	18 (10%)

Au total, 29% des répondants ont déclaré ne pas faire réellement la quotité de temps qui leur est allouée. En effet, **12% ont indiqué faire réellement moins de temps que la quotité allouée et 17% ont affirmé faire plus de temps.**

La quotité de temps nécessaire pour répondre à la mission de coordination des risques était pour une grande majorité de répondants (66%) supérieure à 25% ETP (Tableau 9).

Tableau 9 : Répartition des répondants selon la quotité de temps nécessaire pour répondre à la mission de coordination des risques par type d'établissement

Quotité de temps nécessaire pour répondre à cette mission		N	Fréquence (%)			
			0 à 10% ETP	10 à 25% ETP	25 à 50% ETP	Plus de 50% ETP
Type établissement	CHU	7	1 (14%)	1 (14%)	1 (14%)	4 (57%)
	Privé de grande taille	24	1 (4%)	3 (13%)	7 (29%)	13 (54%)
	Privé de petite taille	42	10 (24%)	16 (38%)	12 (29%)	4 (10%)
	Public de grande taille	35	1 (3%)	7 (20%)	13 (37%)	14 (40%)
	Public de petite taille	77	11 (14%)	13 (17%)	29 (38%)	24 (31%)
Total		185	24 (13%)	40 (22%)	62 (34%)	59 (32%)

Au total, 57% des répondants ont estimé que la quotité de temps qui leur est allouée n'était pas adaptée : **3% ont indiqué que la quotité de temps qui leur est allouée est trop importante** alors que **55% ont affirmé qu'il leur faudrait plus de temps.**

3) Délai entre la parution de la circulaire instituant le coordonnateur et la date de candidature

Au total, ce délai a été calculé pour 167 répondants. Parmi eux, 18 avaient un délai négatif entre la parution de la circulaire instituant le coordonnateur et la date de candidature. Ceci signifie que la candidature a été déposée avant la parution de la circulaire. Ces délais n'ont pas été pris en compte dans le calcul du délai moyen. Celui-ci a donc été calculé sur 148 réponses. Le **délai moyen entre la parution de la circulaire instituant le coordonnateur et la date de candidature** était de **12,6 mois** soit un peu plus d'un an (e.t. 6,6 mois) avec une étendue allant de **moins de un mois** (0,3 mois) à **près de deux ans** (23,9 mois).

Par type d'établissement, le délai moyen variait entre **11,3 mois** pour les établissements **publics de grande taille** et **13,7 mois** pour les établissements **privés de grande taille** (Tableau 10). La différence par type d'établissement n'est pas significative (p-value=0,751).

Tableau 10 : Délai moyen en mois entre la parution de la circulaire instituant le coordonnateur et la date de candidature par type d'établissement

		N	Délai entre la parution de la circulaire et la date de candidature en mois			
			Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
Type établissement	CHU	5	12,0	7,6	2,7	22,8
	Privé de grande taille	17	13,7	6,5	2,7	23,4
	Privé de petite taille	32	13,3	6,2	0,4	23,0
	Public de grande taille	27	11,3	7,0	0,3	22,8
	Public de petite taille	59	12,8	6,7	1,7	23,9

Selon la fonction, le délai moyen variait entre **9,9 mois** pour les **praticiens en hygiène** et **16 mois** pour les **pharmaciens** (Tableau 11). Cette différence n'était pas significative (p-value=0,792).

Tableau 11 : Délai moyen en mois entre la parution de la circulaire instituant le coordonnateur et la date de candidature par fonction du coordonnateur

	N	Délai entre la parution de la circulaire et la date de candidature en mois				
		Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	
Fonction	Médecin	51	12,6	6,4	0,4	23,5
	Profession paramédicale	21	12,8	6,5	3,3	23,9
	Pharmacien	5	16,0	4,2	11,9	21,6
	Praticien en hygiène	6	9,9	6,6	3,2	18,4
	Gestionnaire des risques	16	11,3	7,3	0,3	23,4
	Ingénieur qualité	27	12,6	6,0	0,7	22,1
	Autre	21	12,9	7,4	1,1	23,0

4) Délai entre la date de candidature et la date de désignation

Au total, ce délai a été calculé pour 165 répondants. Parmi eux, 8 avaient un délai négatif entre la date de candidature et la date de désignation. Ces délais n'ont pas été pris en compte dans le calcul du délai moyen. Celui-ci a donc été calculé sur 157 réponses. Le **délai moyen entre la date de candidature et de désignation** était de **1,6 mois** (e.t. 4,2 mois) avec une étendue allant du jour même pour 95 répondants à **plus de deux ans** (24,4 mois).

Par type d'établissement, le délai moyen variait entre **0,7 mois** pour les CHU et **2,4 mois** pour les établissements **publics de grande taille** (Tableau 12). La différence par type d'établissement n'était pas significative (p-value=0,824).

Tableau 12 : Délai moyen en mois entre la date de candidature et la date de désignation par type d'établissement

	N	Délai entre la date de candidature et la date de désignation en mois				
		Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	
Type établissement	CHU	5	0,7	0,9	0,0	2,1
	Privé de grande taille	17	2,0	5,4	0,0	21,3
	Privé de petite taille	36	1,6	4,3	0,0	20,3
	Public de grande taille	29	2,4	4,6	0,0	15,7
	Public de petite taille	62	1,3	4,1	0,0	24,4

Selon la fonction, le délai moyen variait entre **0,4 mois** pour les **ingénieurs qualité** et **3,2 mois** pour les **praticiens en hygiène** (Tableau 13). Cette différence n'était pas significative (p-value=0,629).

Tableau 13 : Délai moyen en mois entre la date de candidature et la date de désignation par fonction du coordonnateur

	N	Délai entre la date de candidature et la date de désignation en mois				
		Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	
Fonction	Médecin	53	1,9	4,0	0,0	19,3
	Profession paramédicale	25	1,4	4,9	0,0	24,4
	Pharmacien	5	1,3	2,1	0,0	4,7
	Praticien en hygiène	6	3,2	5,5	0,0	14,1
	Gestionnaire des risques	15	1,4	4,0	0,0	15,7
	Ingénieur qualité	29	0,4	1,4	0,0	7,4
	Autre	23	2,4	6,2	0,0	21,3

5) Formation des professionnels

Parmi les 202 coordonnateurs ayant répondu à la question sur les formations, **147 (73%)** ont suivi une ou plusieurs **formations sur la gestion des risques** (Tableau 14). Par **type de profession**, il y avait une **différence significative** sur la participation aux formations de gestion des risques (p-value<0,001). En effet, seuls 50% des médecins ont suivi au moins une formation alors que 89% des ingénieurs qualité y ont participé.

Parmi ces 147 ayant suivi au moins une formation sur la gestion des risques, 141 ont précisé si elle était ou non diplômante (Tableau 14). Pour **59 (42%)**, **cette formation était diplômante**. Par **type de profession**, la **différence** était également **significative** (p-value=0,007) : seul 30% des médecins ont suivi une formation diplômante contre 75% des praticiens en hygiène.

Concernant les **formations complémentaires** sur la gestion des risques associés aux soins, **88%** (175 sur 198 répondants) ressentent le **besoin d'en suivre** (Tableau 14). Il n'y avait **pas de différence significative** selon la profession (p-value=0,802).

Tableau 14 : Répartition des coordonnateurs répondants selon les formations suivies par fonction

Formations en gestion des risques	Fréquence (%)					
	Formation Gestion des Risques		Formations diplômantes		Besoin ressenti de formations complémentaires	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Médecin	31 (50%)	31 (50%)	9 (30%)	21 (70%)	52 (88%)	7 (12%)
Profession paramédicale	31 (82%)	7 (18%)	11 (38%)	18 (62%)	34 (89%)	4 (11%)
Pharmacien	6 (75%)	2 (25%)	3 (50%)	3 (50%)	8 (100%)	0 (0%)
Praticien en hygiène	4 (57%)	3 (43%)	3 (75%)	1 (25%)	5 (71%)	2 (29%)
Gestionnaire des risques	18 (86%)	3 (14%)	12 (71%)	5 (29%)	18 (86%)	3 (14%)
Ingénieur qualité	33 (89%)	4 (11%)	17 (53%)	15 (47%)	32 (89%)	4 (11%)
Autre	24 (83%)	5 (17%)	4 (17%)	19 (83%)	26 (90%)	3 (10%)
Total	147 (73%)	55 (27%)	59 (42%)	82 (58%)	175 (88%)	23 (12%)

6) Positionnement du coordonnateur

Au total, 204 coordonnateurs ont indiqué leur positionnement au sein de l'établissement. **Plus de la moitié d'entre eux (52%) exerçait la fonction de coordonnateur de la gestion des risques au sein de la direction / cellule qualité** (Tableau 15). Par fonction, les coordonnateurs positionnés dans un pôle, une unité médicale étaient essentiellement des médecins et pour plus de la moitié d'entre eux il s'agissait d'un pôle santé publique.

Tableau 15 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur positionnement dans l'établissement par fonction

Positionnement des coordonnateurs	N	Fréquence (%)					
		Pôle / unité médicale	Dont pôle santé publique	Direction	Direction / Cellule qualité	Direction des soins	Autre
Médecin	63	9 (14%)	5 (56%)	7 (11%)	43 (68%)	1 (2%)	3 (5%)
Profession paramédicale	31	0 (0%)	-	12 (32%)	15 (39%)	2 (24%)	2 (5%)
Pharmacien	9	0 (0%)	-	3 (33%)	6 (67%)	0 (0%)	0 (0%)
Praticien en hygiène	7	0 (0%)	-	3 (43%)	4 (57%)	0 (0%)	0 (0%)
Gestionnaire des risques	21	0 (0%)	-	10 (48%)	9 (43%)	1 (5%)	1 (5%)
Ingénieur qualité	37	0 (0%)	-	17 (46%)	19 (51%)	1 (3%)	0 (0%)
Autre	29	1 (4%)	0 (0%)	17 (59%)	10 (34%)	0 (0%)	1 (3%)
Total	197	10 (5%)	5 (50%)	69 (34%)	106 (52%)	12 (6%)	7 (3%)

Six des sept coordonnateurs ayant sélectionné « autre » ont précisé leur positionnement. Il s'agissait pour trois d'entre eux de la CME, pour deux de la direction des usagers, qualité et soins et pour un du « CPQGR ».

7) Aide d'une SRE

Parmi les 187 répondants, **120 (64%) recevaient l'aide d'une SRE** (Tableau 16). Il y avait une **différence significative selon les types d'établissement** (p-value=0,015) : 76% des coordonnateurs d'établissements privés de petite taille avaient l'aide d'une SRE mais seulement 14% des coordonnateurs de CHU.

Tableau 16 : Répartition des coordonnateurs répondants selon s'ils avaient ou non l'aide d'une SRE dans l'application de leur fonction par type d'établissement

Aide d'une SRE	N	Fréquence (%)	
		Oui	Non
CHU	7	1 (14%)	6 (86%)
Privé de grande taille	25	16 (64%)	9 (36%)
Privé de petite taille	38	29 (76%)	9 (24%)
Public de grande taille	36	19 (53%)	17 (47%)
Public de petite taille	81	55 (68%)	26 (32%)
Total	187	120 (64%)	67 (36%)

Les 120 coordonnateurs ayant l'aide d'une SRE ont précisé de quelle SRE il s'agissait. E3P, EVALOR et RBSNQ n'étaient pas représentés dans cette question. 38 coordonnateurs recevaient l'aide du CCECQA, 25 celle du CEPRAL, 11 avaient l'appui d'EPSILIM, 4 celui du GREQUAU, 5 celui de Qualisanté, 18 l'aide du REQUA, 23 celle de RSQ et enfin 2 celle d'une autre structure (C.CLIN-SO et Réseau qualité).

- **Participation aux instances**

1) Participation aux instances

Etaient considérés comme participant aux instances les coordonnateurs participant à au moins un des comités 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.

Au total, **206 coordonnateurs** avaient répondu à au moins une des questions précédemment citées. Parmi eux, **190 (96%) participaient à au moins un comité qualité/sécurité.**

Par **type d'établissement**, il n'y avait pas de **différence significative** (p -value=0,054) mise en évidence sur la proportion de coordonnateurs participant à au moins un comité qualité/sécurité (Tableau 17). 100% des coordonnateurs des établissements privés (petite et grande taille) y assistaient.

Tableau 17 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur participation aux comités qualité sécurité par type d'établissement

<i>Participation aux instances</i>		N	Fréquence (%)	
			<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Type établissement	CHU	7	6 (86%)	1 (14%)
	Privé de grande taille	25	25 (100%)	0 (0%)
	Privé de petite taille	39	39 (100%)	0 (0%)
	Public de grande taille	36	32 (89%)	4 (11%)
	Public de petite taille	83	80 (96%)	3 (4%)
Total		190	182 (96%)	8 (4%)

Par **profession**, il n'y avait pas de **différence significative** (p -value=0,912) (Tableau 18).

Tableau 18 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur participation aux comités qualité sécurité par fonction

<i>Participation aux instances</i>		N	Fréquence (%)	
			<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Fonction	Médecin	63	60 (95%)	3 (5%)
	Profession	38	37 (97%)	1 (3%)
	Pharmacien	8	8 (100%)	0 (0%)
	Praticien en hygiène	7	7 (100%)	0 (0%)
	Gestionnaire des	21	21 (100%)	0 (0%)
	Ingénieur qualité	37	35 (95%)	2 (5%)
	Autre	29	27 (93%)	2 (7%)
	Total	203	195 (96%)	8 (4%)

Plusieurs variables n'ont pas été introduites dans la variable calculée. Il s'agissait de la participation à la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), à la CME, à la CRUQPC et au directoire. Elles ont fait l'objet d'une analyse séparée. Le nombre de répondants différait un peu selon la question : 194 répondants pour la CSIRMT, 199 pour le directoire, 202 pour la CME et 204 pour la CRUQPC. Parmi ces répondants, **81% étaient membre ou invité permanent de la CME, 72% étaient membre de la CRUQPC, 37% étaient des invités permanents du directoire et 28% étaient membre officiel au CSIRMT.**

Par type d'établissement, il n'y avait **aucune différence significative** sur la proportion de coordonnateur participant à la **CSIRMT** (p -value=0,067), à la **CME** (p -value=0,103) et au **directoire** (p -value=0,056). Par contre, la **proportion de coordonnateur membre de la CRUQPC différait significativement selon le type d'établissement** : 17% dans les CHU contre 77% dans les établissements privés de petite taille (Tableau 19).

Tableau 19 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur participation aux autres instances par type d'établissement

<i>Participation aux autres instances</i>		Fréquence (%)							
		CRUQPC		CME		Directoire		CSIRMT	
		<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Type établissement	CHU	1 (14%)	6 (86%)	4 (67%)	2 (33%)	1 (17%)	5 (83%)	1 (17%)	5 (83%)
	Privé de grande taille	7 (30%)	16 (70%)	16 (64%)	9 (36%)	6 (24%)	19 (76%)	19 (76%)	6 (24%)
	Privé de petite taille	10 (28%)	26 (72%)	35 (90%)	4 (10%)	16 (42%)	22 (58%)	30 (77%)	9 (23%)
	Public de grande taille	4 (11%)	32 (89%)	27 (77%)	8 (23%)	8 (23%)	27 (77%)	21 (60%)	14 (40%)
	Public de petite taille	28 (36%)	50 (64%)	67 (82%)	15 (18%)	37 (46%)	43 (54%)	63 (76%)	20 (24%)
Total	50 (28%)	130 (72%)	149 (80%)	38 (20%)	68 (37%)	116 (63%)	134 (71%)	54 (29%)	

Par profession, il n’y avait **aucune différence significative** sur la proportion de coordonnateur membre permanent du **directoire** (p-value=0,054). Par contre, il y avait une **différence significative** sur la **proportion de coordonnateur participant à la CSIRMT** (p-value<0,001), à la CME (p-value=0,001) et à la CRUQPC (p-value<0,001) (Tableau 20).

Tableau 20 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur participation aux autres instances par fonction

Participation aux instances		Fréquence (%)							
		CRUQPC		CME		Directoire		CSIRMT	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Fonction	Médecin	10 (16%)	51 (84%)	56 (93%)	4 (7%)	27 (46%)	32 (54%)	31 (52%)	29 (48%)
	Profession paramédicale	26 (70%)	11 (30%)	27 (71%)	11 (29%)	14 (38%)	23 (62%)	27 (71%)	11 (29%)
	Pharmacien	0 (0%)	8 (100%)	8 (100%)	0 (0%)	1 (13%)	7 (88%)	4 (50%)	4 (50%)
	Praticien en hygiène	1 (14%)	6 (86%)	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)	2 (29%)	5 (71%)
	Gestionnaire des risques	5 (25%)	15 (75%)	11 (52%)	10 (48%)	5 (24%)	16 (76%)	18 (86%)	3 (14%)
	Ingénieur qualité	5 (15%)	29 (85%)	28 (76%)	9 (24%)	11 (31%)	25 (69%)	36 (97%)	1 (3%)
	Autre	7 (27%)	19 (73%)	23 (82%)	5 (18%)	14 (50%)	14 (50%)	26 (90%)	3 (10%)
	Total	54 (28%)	139 (72%)	160 (80%)	39 (20%)	72 (37%)	124 (63%)	144 (72%)	56 (28%)

Selon l’origine clinique ou pas, il n’y avait **aucune différence significative** sur la proportion de coordonnateur membre de la **CSIRMT** (p-value=0,056), ni du **directoire** (p-value=0,207). Par contre, il y avait une **différence significative** sur la **proportion de coordonnateur participant à la CME** (p-value=0,003) et à la CRUQPC (p-value<0,001). En effet, les professionnels cliniques étaient plus souvent membre ou invité permanent de la CME que les non cliniques alors que c’était l’inverse pour la CRUQPC, les non cliniques étant à 93% invités (Tableau 21).

Tableau 21 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur participation aux autres instances selon s’ils étaient d’origine clinique ou pas

Participation aux instances		Fréquence (%)							
		CRUQPC		CME		Directoire		CSIRMT	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Origine	Clinique	37 (33%)	76 (67%)	98 (87%)	15 (13%)	42 (38%)	69 (62%)	64 (57%)	49 (43%)
	Non clinique	10 (19%)	44 (81%)	39 (67%)	19 (33%)	16 (28%)	41 (72%)	54 (93%)	4 (7%)
Total		47 (28%)	120 (72%)	137 (80%)	34 (20%)	58 (35%)	110 (65%)	118 (69%)	53 (31%)

2) Participation à des activités.

Etaient considérés comme participant à des activités les coordonnateurs participant 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.

Au total, **207 coordonnateurs** avaient répondu à au moins une des questions précédemment citées. Parmi eux, **201 (97%)** participaient à au moins une de ces activités.

Par **type d'établissement**, il n'y avait pas de **différence significative** (p -value=0,137) sur la proportion de coordonnateurs participant à au moins une de ces activités. (Tableau 22).

Tableau 22 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur participation aux activités précédemment citées par type d'établissement

<i>Participation aux activités</i>		N	Fréquence (%)	
			<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Type établissement	CHU	7	6 (86%)	1 (14%)
	Privé de grande taille	25	25 (100%)	0 (0%)
	Privé de petite taille	39	39 (100%)	0 (0%)
	Public de grande taille	36	34 (94%)	2 (6%)
	Public de petite taille	83	81 (98%)	2 (2%)
Total		190	185 (97%)	5 (3%)

Par **profession**, il n'y avait pas non plus de **différence significative** (p -value=0,584) (Tableau 23).

Tableau 23 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur participation aux activités précédemment citées par fonction

<i>Participation aux activités</i>		N	Fréquence (%)	
			<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Fonction	Médecin	63	59 (94%)	4 (6%)
	Profession	38	37 (97%)	1 (3%)
	Pharmacien	8	8 (100%)	0 (0%)
	Praticien en hygiène	7	7 (100%)	0 (0%)
	Gestionnaire des	21	21 (100%)	0 (0%)
	Ingénieur qualité	37	37 (100%)	0 (0%)
	Autre	29	29 (100%)	0 (0%)
	Total	203	198 (98%)	5 (2%)

D'autres variables ont été analysées indépendamment.

Au total, **59 coordonnateurs** sur 200 répondants (30%) étaient **nommés responsables du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse** conformément à l'arrêté du 6 avril 2011. Parmi les 141 qui ne l'étaient pas, **117 (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 médicamenteuses.

Sur 198 répondants, **96 (48%)** étaient consultés sur la **mise en place du plan de formation dans le cadre du DPC**. **86 coordonnateurs (43%) dispensaient des formations sur la culture de sécurité, sur les outils de gestion des risques** dans leur établissement.

3) Destinataires de différentes informations.

Etaient considérés comme destinataires d'informations les coordonnateurs destinataires d'au moins une des informations suivantes : comptes rendus et plans d'actions des RMM, ceux 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.

Au total, **205 coordonnateurs** avaient répondu à au moins une des questions précédemment citées. Parmi eux, **201 (98%) étaient destinataires d'au moins une de ces information**.

Par **type d'établissement**, il n'y avait pas de **différence significative** ($p\text{-value}=0,225$) sur la proportion de coordonnateurs destinataire d'au moins une information (Tableau 24).

Tableau 24 : Répartition des coordonnateurs répondants selon s'ils étaient destinataires ou non d'au moins une des informations précédemment citées par type d'établissement

<i>Destinataire d'informations</i>		N	Fréquence (%)	
			<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Type établissement	CHU	2	1 (86%)	1 (14%)
	Privé de grande taille	25	25 (100%)	0 (0%)
	Privé de petite taille	39	39 (100%)	0 (0%)
	Public de grande taille	36	34 (94%)	2 (6%)
	Public de petite taille	83	81 (98%)	2 (2%)
Total		190	185 (97%)	5 (3%)

Par **profession**, il n'y avait pas non plus de **différence significative** (p-value=0,143) (Tableau 25).

Tableau 25 : Répartition des coordonnateurs répondants selon s'ils étaient destinataires ou non d'au moins une des informations précédemment citées par fonction

<i>Destinataire d'informations</i>		N	Fréquence (%)	
			<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Fonction	Médecin	61	58 (95%)	3 (5%)
	Profession	38	38 (100%)	0 (0%)
	Pharmacien	8	8 (100%)	0 (0%)
	Praticien en hygiène	7	6 (86%)	1 (14%)
	Gestionnaire des	21	21 (100%)	0 (0%)
	Ingénieur qualité	37	37 (100%)	0 (0%)
	Autre	29	29 (100%)	0 (0%)
	Total	201	197 (98%)	4 (2%)

Si chacune de ces variables sont traitées indépendamment, des résultats plus précis peuvent être interprétés. Parmi les répondants à chacune des questions, **53% étaient destinataires de tous les comptes rendus et plans d'actions des RMM, 36% n'étaient pas concernés ; 34% étaient destinataires de tous les CR et plans d'actions des analyses d'EIG au bloc opératoire ; 53% n'étaient pas concernés ; 91% ont accès aux plaintes et réclamations des usagers, 46% aux dossiers qui passent en CRCI ; 94% sont destinataires des fiches d'événements indésirables déclarés.**

Par type d'établissement, il n'y avait **aucune différence significative** sur la proportion de coordonnateurs destinataires des **fiches d'EIG déclarés** (p-value=0,425). Par contre, la **différence de répartition était significative pour les CR et plans d'actions de RMM** (p-value<0,001), **les CR et plans d'action des analyses d'EIG du bloc opératoire** (p-value=0,029), **les plaintes et réclamations** (p-value=0,002) **et les dossiers passés en CRCI** (p-value<0,001). (Tableau 26).

Tableau 26 : Répartition des coordonnateurs répondants selon s'ils étaient destinataires ou non des informations suivantes par type d'établissement

<i>Destinataire d'informations</i>		Fréquence (%)							
		<u>CR et plans actions RMM</u>			<u>CR et plans actions EIG BO</u>			<u>Plaintes et réclamations</u>	
		<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>NC</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>NC</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Type établissement	CHU	5 (71%)	2 (29%)	0 (0%)	1 (14%)	4 (57%)	2 (29%)	4 (67%)	2 (33%)
	Privé de grande taille	20 (80%)	0 (0%)	5 (20%)	8 (38%)	5 (24%)	8 (38%)	24 (96%)	1 (4%)
	Privé de petite taille	20 (51%)	1 (3%)	18 (46%)	14 (45%)	2 (6%)	15 (48%)	39 (100%)	0 (0%)
	Public de grande taille	21 (60%)	10 (29%)	4 (11%)	8 (24%)	5 (15%)	20 (61%)	27 (77%)	8 (23%)
	Public de petite taille	35 (44%)	9 (11%)	35 (44%)	22 (33%)	5 (8%)	39 (59%)	74 (91%)	7 (9%)
Total	101 (55%)	22 (12%)	62 (34%)	53 (34%)	21 (13%)	84 (53%)	169 (90%)	18 (10%)	

Destinataire d'informations		Fréquence (%)			
		Dossiers CRCI		Fiches EIG déclarés	
		Oui	Non	Oui	Non
Type établissement	CHU	0 (0%)	5 (100%)	5 (83%)	1 (17%)
	Privé de grande taille	13 (54%)	11 (46%)	24 (96%)	1 (4%)
	Privé de petite taille	24 (63%)	14 (37%)	37 (95%)	2 (5%)
	Public de grande taille	7 (20%)	28 (80%)	31 (89%)	4 (11%)
	Public de petite taille	37 (48%)	40 (52%)	78 (95%)	4 (5%)
Total		81 (45%)	98 (55%)	175 (94%)	12 (6%)

Par fonction, il n'y avait **aucune différence significative** sur la proportion de coordonnateurs destinataires **des CR et plans d'action des analyses d'EIG du bloc opératoire** (p-value=0,282), ni **des dossiers passés en CRCI** (p-value=0,098). Par contre, la **différence de répartition était significative pour les CR et plans d'actions de RMM** (p-value=0,005), **les plaintes et réclamations** (p-value<0,001) et **les fiches d'EIG déclarés** (p-value=0,001). (Tableau 27)

Tableau 27 : Répartition des coordonnateurs répondants selon s'ils étaient destinataires ou non des informations suivantes par fonction

Destinataire d'informations		Fréquence (%)							
		CR et plans actions RMM			CR et plans actions EIG BO			Plaintes et réclamations	
		Oui	Non	NC	Oui	Non	NC	Oui	Non
Fonction	Médecin	37 (62%)	9 (15%)	14 (23%)	16 (30%)	10 (19%)	27 (51%)	50 (85%)	9 (15%)
	Profession paramédicale	16 (43%)	5 (14%)	16 (43%)	15 (45%)	1 (3%)	17 (52%)	36 (94%)	2 (5%)
	Pharmacien	4 (50%)	1 (13%)	3 (38%)	2 (29%)	1 (14%)	4 (57%)	7 (88%)	1 (13%)
	Praticien en hygiène	2 (29%)	4 (57%)	1 (14%)	1 (14%)	0 (0%)	6 (86%)	2 (29%)	5 (71%)
	Gestionnaire des risques	15 (75%)	0 (0%)	5 (25%)	8 (47%)	3 (18%)	6 (35%)	20 (95%)	1 (5%)
	Ingénieur qualité	18 (49%)	1 (3%)	18 (49%)	7 (28%)	5 (20%)	13 (52%)	37 (100%)	0 (0%)
	Autre	12 (43%)	2 (7%)	14 (50%)	10 (38%)	1 (4%)	15 (58%)	29 (100%)	0 (0%)
Total		104 (53%)	22 (11%)	71 (36%)	59 (35%)	21 (13%)	88 (52%)	181 (91%)	18 (9%)

Destinataire d'informations		Fréquence (%)			
		Dossiers CRCI		Fiches EIG déclarés	
		Oui	Non	Oui	Non
Fonction	Médecin	18 (33%)	36 (67%)	49 (82%)	11 (18%)
	Profession paramédicale	20 (54%)	17 (56%)	38 (100%)	0 (0%)
	Pharmacien	3 (38%)	5 (63%)	7 (100%)	0 (0%)
	Praticien en hygiène	2 (29%)	5 (71%)	6 (86%)	1 (14%)
	Gestionnaire des risques	9 (43%)	12 (57%)	21 (100%)	0 (0%)
	Ingénieur qualité	21 (60%)	14 (40%)	37 (100%)	0 (0%)
	Autre	17 (61%)	11 (39%)	29 (100%)	0 (0%)
Total		90 (47%)	100 (53%)	187 (94%)	12 (6%)

Partie 2 – Résultats détaillés par SRE

Analyse principale

Sept SRE ont participé à la mise en place de ce projet : **CCECQA, CEPRAL, EPSILIM, GREQUAU, QualiSanté, REQUA** et **RSQ**.

Chaque structure a coordonné le recueil de sa région à partir de la plateforme e-FORAP. Le (ou les) correspondant(s) de chaque établissement ont été contactés par **mail** par un référent de chaque structure.

Celui-ci était chargé de répondre à la **question préliminaire** concernant la présence dans leur établissement d'un coordonnateur désigné de la gestion des risques associés aux soins.

1) Taux de participation

Au total, **668 établissements** ont été invités à répondre au questionnaire par l'ensemble des SRE. Pour 292 d'entre eux, la question préalable était complétée. Ainsi le taux de participation global était de 44%.

Par **région**, les taux de participation s'étaient entre 27% et 68% (Tableau 28).

Tableau 28 : Taux de participation par SRE

	Nombre d'invitations envoyées	Nombre de réponses	Taux de participation
SRE	CCECQA	69	66%
	CEPRAL	78	27%
	EPSILIM	21	57%
	GREQUAU	29	46%
	Qualisanté	18	55%
	REQUA	27	68%
	RSQ	50	52%
	Total	668	292

2) Présence d'un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins

Parmi les 292 établissements répondants, **22 (8%) n'ont pas de coordonnateur** de la gestion des risques désigné à la connaissance des répondants.

Par région, la proportion d'établissements où le coordonnateur de la gestion des risques n'a pas été désigné variait entre 0% et 17% (Tableau 29).

Tableau 29 : Proportion d'établissements où le coordonnateur de la gestion des risques n'a pas été désigné par SRE

	N	Etablissements où le coordonnateur n'a pas été désigné	
		Nombre	Proportion
CCECQA	69	2	3%
CEPPRAL	78	8	10%
EPSILIM	21	0	0%
SRE GREQUAU	29	3	10%
Qualisanté	18	3	17%
REQUA	27	2	7%
RSQ	50	4	8%
Total	292	22	8%

3) Complétude

Parmi les 292 établissements répondants, **69 ont répondu uniquement à la question préliminaire**. Pour les 22 n'ayant pas de coordonnateur, il était normal que l'ensemble des questions du questionnaire soient vides.

Ainsi, pour les **270 questionnaires concernés par la suite** du questionnaire, le taux de complétude variait entre 0% pour 47 établissements et 100% pour 37 établissements (Tableau 30). Le **taux moyen de complétude était de 72%** (écart-type 40%).

Par SRE, le taux moyen de complétude s'étalait entre **62% pour le REQUA** et **83% pour EPSILIM**.

Tableau 10 : Taux de complétude par SRE

	N	Taux de complétude	
		Moyenne (écart-type)	Minimum – Maximum
CCECQA	67	71% (41%)	0% - 100%
CEPPRAL	70	77% (37%)	0% - 100%
EPSILIM	21	83% (30%)	0% - 100%
SRE GREQUAU	26	70% (42%)	0% - 100%
Qualisanté	15	68% (40%)	0% - 100%
REQUA	25	62% (45%)	0% - 100%
RSQ	46	62% (45%)	0% - 100%
Total	270	72% (40%)	0% - 100%

Analyses complémentaires

- Etat des lieux, moyens alloués

1) Ancienneté

Au total, **203 professionnels** ont répondu à la question concernant l'ancienneté dans la profession. La **majorité** des professionnels (61% toutes régions confondues) occupaient ce poste **depuis plus de onze ans** (Tableau 31).

Au sein de chaque SRE, **plus de la moitié** des coordonnateurs avait une ancienneté **supérieure à 11 ans**. Cette tendance était observée dans toutes les SRE, **excepté Qualisanté et EPSILIM** où l'ancienneté des coordonnateurs était répartie de façon plus homogène dans chaque tranche d'ancienneté.

Moins de 10% des coordonnateurs occupaient leur poste **depuis moins de deux ans** dans une grande majorité des SRE interrogées. En outre, **très peu de coordonnateurs** répondants (de 0% à 5% selon les régions) occupaient ce poste **depuis moins d'un an**.

Tableau 31 : Répartition des coordonnateurs selon l'ancienneté dans la profession par SRE

Ancienneté dans la profession	N	Fréquence (%)				
		Moins de 1 an	1 à 2 ans	3 à 5 ans	6 à 10 ans	11 ans et plus
CCECQA	50	0 (0%)	4 (8%)	3 (6%)	7 (14%)	36 (72%)
CEPRAL	57	0 (0%)	5 (9%)	8 (14%)	10 (18%)	34 (60%)
EPSILIM	18	0 (0%)	1 (6%)	2 (11%)	7 (39%)	8 (44%)
GREQUAU	20	0 (0%)	1 (5%)	0 (0%)	4 (20%)	15 (75%)
Qualisanté	9	0 (0%)	3 (33%)	1 (11%)	2 (22%)	3 (33%)
REQUA	19	1 (5%)	1 (5%)	3 (16%)	4 (21%)	10 (53%)
RSQ	30	1 (3%)	2 (7%)	2 (7%)	8 (27%)	17 (57%)
Total	203	2 (1%)	17 (8%)	19 (9%)	42 (21%)	123 (61%)

Concernant l'**ancienneté dans l'établissement**, une majorité (**42%**) des répondants était dans leur établissement depuis plus de 11 ans (Tableau 32). Cette tendance était observée dans toutes les SRE, excepté Qualisanté où une majorité (60%) de coordonnateurs avait une ancienneté dans l'établissement allant de un à cinq ans.

De même que pour l'ancienneté dans la profession, la proportion de coordonnateurs ayant une ancienneté dans l'établissement **inférieure à un an** était majoritairement **faible** (6% toutes régions confondues, allant de 0 à 16% selon les SRE). Par contre, la proportion de professionnels dans leur établissement depuis **moins de deux ans** était n'était **pas négligeable** (25% au total, allant de 20% pour le GREQUAU à 31% pour le CCECQA).

Tableau 32 : Répartition des coordonnateurs selon l'ancienneté dans l'établissement par SRE

<i>Ancienneté dans l'établissement</i>	N	Fréquence (%)				
		<i>Moins de 1 an</i>	<i>1 à 2 ans</i>	<i>3 à 5 ans</i>	<i>6 à 10 ans</i>	<i>11 ans et plus</i>
SRE						
CCECQA	51	1 (2%)	15 (29%)	5 (10%)	9 (18%)	21 (41%)
CEPRAL	57	3 (5%)	9 (16%)	8 (14%)	11 (19%)	26 (46%)
EPSILIM	17	2 (12%)	3 (18%)	2 (12%)	3 (18%)	7 (41%)
GREQUAU	20	0 (0%)	4 (20%)	3 (15%)	4 (20%)	9 (45%)
Qualisanté	10	0 (0%)	3 (30%)	3 (30%)	2 (20%)	2 (20%)
REQUA	19	3 (16%)	1 (5%)	5 (26%)	2 (11%)	8 (42%)
RSQ	30	3 (10%)	4 (13%)	3 (10%)	8 (27%)	12 (40%)
Total	204	12 (6%)	39 (19%)	29 (14%)	39 (19%)	85 (42%)

2) Quotité de temps

Quelle que soit la région, peu de coordonnateurs (**7% en moyenne**) avaient plus de **50% ETP de temps alloué** à la mission de coordination des risques (de 0 à 14% des coordonnateurs consacraient plus de 50% d'équivalent temps plein à la mission de coordination de gestion des risques) (Tableau 33).

Toutes régions confondues, c'est la tranche « 0 à 10% d'équivalent temps plein » qui était la plus représentée (35%).

Tableau 33 : Répartition des répondants selon la quotité de temps allouée à la mission de coordination des risques par SRE

<i>Quotité de temps allouée à la mission de coordination des risques</i>	N	Fréquence (%)			
		<i>0 à 10% ETP</i>	<i>10 à 25% ETP</i>	<i>25 à 50% ETP</i>	<i>Plus de 50% ETP</i>
SRE					
CCECQA	51	18 (35%)	14 (27%)	15 (29%)	4 (8%)
CEPRAL	58	24 (41%)	17 (29%)	14 (24%)	3 (5%)
EPSILIM	17	3 (18%)	4 (24%)	8 (47%)	2 (12%)
GREQUAU	18	6 (33%)	3 (17%)	8 (44%)	1 (6%)
Qualisanté	10	3 (30%)	2 (20%)	4 (40%)	1 (10%)
REQUA	20	10 (50%)	5 (25%)	5 (25%)	0 (0%)
RSQ	29	8 (28%)	10 (34%)	7 (24%)	4 (14%)
Total	203	72 (35%)	55 (27%)	61 (30%)	15 (7%)

La **quotité de temps réellement consacrée** à la mission de coordination des risques est peu différente par rapport à la quotité de temps allouée (Tableau 34). Une **minorité (10%)** de coordonnateurs consacrait réellement **plus de 50% ETP à la mission**. Ce taux variait entre **0%** (GREQUAU et REQUA) et **30%** (Qualisanté) selon les SRE.

Tableau 34 : Répartition des répondants selon la quotité de temps réellement consacrée à la mission de coordination des risques par SRE

	Quotité de temps réellement consacrée à cette mission	N	Fréquence (%)			
			0 à 10% ETP	10 à 25% ETP	25 à 50% ETP	Plus de 50% ETP
SRE	CCECQA	51	17 (33%)	19 (37%)	8 (16%)	7 (14%)
	CEPRAL	54	15 (28%)	15 (28%)	20 (37%)	4 (7%)
	EPSILIM	16	5 (31%)	1 (6%)	7 (44%)	3 (19%)
	GREQUAU	20	8 (40%)	6 (30%)	6 (30%)	0 (0%)
	Qualisanté	10	1 (10%)	3 (30%)	3 (30%)	3 (30%)
	REQUA	20	9 (45%)	9 (45%)	2 (10%)	0 (0%)
	RSQ	28	6 (21%)	8 (29%)	12 (43%)	2 (7%)
	Total	199	61 (31%)	61 (31%)	58 (29%)	19 (10%)

La **quotité de temps jugée nécessaire** pour répondre à la mission de coordination des risques était pour une majorité de répondants (**65%**) **supérieure à 25% ETP** (Tableau 35). Par SRE, **au minimum 56%** des répondants (CCECQA) estiment avoir besoin de plus de 25% ETP pour répondre à la mission de coordination des risques et **au maximum 80%** des répondants (Qualisanté).

Tableau 35 : Répartition des répondants selon la quotité de temps nécessaire pour répondre à la mission de coordination des risques par SRE

	Quotité de temps réellement nécessaire à cette mission	N	Fréquence (%)			
			0 à 10% ETP	10 à 25% ETP	25 à 50% ETP	Plus de 50% ETP
SRE	CCECQA	51	7 (14%)	15 (29%)	16 (31%)	13 (25%)
	CEPRAL	56	10 (18%)	11 (20%)	17 (30%)	18 (32%)
	EPSILIM	15	2 (13%)	2 (13%)	4 (27%)	7 (47%)
	GREQUAU	20	3 (15%)	4 (20%)	8 (40%)	5 (25%)
	Qualisanté	10	0 (0%)	2 (20%)	5 (50%)	3 (30%)
	REQUA	17	2 (12%)	4 (24%)	9 (53%)	2 (12%)
	RSQ	28	2 (7%)	4 (14%)	10 (36%)	12 (43%)
	Total	197	26 (13%)	42 (21%)	69 (35%)	60 (30%)

3) Délai entre la parution de la circulaire instituant le coordonnateur et la date de candidature

Au total, ce délai a été calculé pour 167 répondants. Parmi eux, 18 avaient un délai négatif entre la parution de la circulaire instituant le coordonnateur et la date de candidature. Ceci signifie que la candidature a été déposée avant la parution de la circulaire. Ces délais n'ont pas été pris en compte dans le calcul du délai moyen. Celui-ci a donc été calculé sur 149 réponses.

Le **délai moyen entre la parution de la circulaire instituant le coordonnateur et la date de candidature** était de 12,6 mois (e.t. 6,6 mois). Les délais maximum variaient peu d'une région à l'autre. A l'inverse, il y avait une disparité plus importante entre régions sur les délais minimum s'étalant entre 0,3 et 7,4 mois (Tableau 36).

Tableau 36 : Délai moyen en mois entre la parution de la circulaire instituant le coordonnateur et la date de candidature par SRE

	N	Délai entre la parution de la circulaire et la date de candidature en mois			
		Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum
SRE					
CCECQA	33	13,4	6,0	0,3	22,8
CEPRAL	44	11,1	6,7	2,5	23,9
EPSILIM	15	14,8	5,7	5,0	23,3
GREQUAU	17	15,4	4,3	7,4	20,2
Qualisanté	9	9,1	8,0	2,5	22,1
REQUA	13	14,6	6,9	0,7	23,0
RSQ	18	10,8	6,6	1,1	22,1
Total	149	12,6	6,5	0,3	23,9

4) Délai entre la date de candidature et la date de désignation

Au total, ce délai a été calculé pour 165 répondants. Parmi eux, huit avaient un délai négatif entre la date de candidature et la date de désignation. Ces délais n'ont pas été pris en compte dans le calcul du délai moyen. Celui-ci a donc été calculé sur 157 réponses.

Le **délai moyen entre la date de candidature et de désignation** était de **1,6 mois** (e.t. 4,2 mois). Au total, 95 coordonnateurs ont été désignés le jour même de leur candidature. Par structure régionale, le délai moyen variait entre **0,3 mois** pour EPSILIM et le GREQUAU et **3,1 mois** pour Qualisanté (Tableau 37). Un maximum de plus de deux ans (24,4 mois) a été retrouvé pour un établissement du CCECQA.

Tableau 37 : Délai moyen en mois entre la date de candidature et la date de désignation, par SRE

	N	Délai entre la date de candidature et la date de désignation en mois				
		Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	
SRE	CCECQA	39	1,9	5,0	0,0	24,4
	CEPRAL	42	2,1	5,2	0,0	21,3
	EPSILIM	15	0,3	0,7	0,0	2,2
	GREQUAU	17	0,3	0,7	0,0	2,8
	Qualisanté	9	3,1	6,1	0,0	19,3
	REQUA	16	0,7	1,4	0,0	4,9
	RSQ	19	2,1	4,1	0,0	4,1
	Total	157	1,6	4,2	0,0	24,4

5) Formation des professionnels

Parmi les 203 coordonnateurs ayant répondu aux questions sur les formations, **73% ont suivi une ou plusieurs formations relatives à la gestion des risques** (Tableau 38). Selon la SRE, les taux allaient de **42%** pour le REQUA à **91%** pour Qualisanté.

Parmi ces 148 ayant suivi au moins une formation sur la gestion des risques, 142 ont précisé si elle était ou non diplômante. Pour 60 d'entre eux soit **42%**, cette **formation était diplômante**. Par SRE, cette proportion allait de **22%** pour le GREQUAU à **52%** pour les coordonnateurs de RSQ.

Concernant les **formations complémentaires** sur la gestion des risques associés aux soins, **88%** (176 sur 199 répondants) ressentait le **besoin d'en suivre** (Tableau 38). Cette proportion était homogène selon les SRE puisqu'elle variait de **84%** (GREQUAU et REQUA) à **100%** (Qualisanté).

Tableau 38 : Répartition des coordonnateurs répondants selon les formations suivies par SRE

Formations en gestion des risques	Fréquence (%)						
	Formation Gestion des Risques		Formations diplômantes		Besoin ressenti de formations complémentaires		
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
SRE	CCECQA	40 (80%)	10 (20%)	15 (39%)	23 (61%)	43 (90%)	5 (10%)
	CEPRAL	41 (72%)	16 (28%)	19 (48%)	21 (53%)	50 (88%)	7 (12%)
	EPSILIM	13 (72%)	5 (28%)	3 (25%)	9 (75%)	16 (94%)	1 (6%)
	GREQUAU	10 (53%)	9 (47%)	2 (22%)	7 (78%)	16 (84%)	3 (16%)
	Qualisanté	10 (91%)	1 (9%)	5 (50%)	5 (50%)	11 (100%)	0 (0%)
	REQUA	8 (42%)	11 (58%)	3 (38%)	5 (63%)	16 (84%)	3 (16%)
	RSQ	26 (90%)	3 (10%)	13 (52%)	12 (48%)	24 (86%)	4 (14%)
	Total	148 (73%)	55 (27%)	60 (42%)	82 (58%)	176 (88%)	23 (12%)

6) Positionnement du coordonnateur

Au total, 204 coordonnateurs ont indiqué leur positionnement au sein de l'établissement. **Plus de la moitié d'entre eux (52%)** exerçait la fonction de coordonnateur de la gestion des risques au sein de la « **direction / cellule qualité** » (Tableau 39). Pour une majorité de **SRE** (six sur sept), la moitié ou plus (entre **46% et 67%**) des coordonnateurs était située à la « **direction / cellule qualité** ». Pour **Qualisanté**, seul **18%** des coordonnateurs des établissements interrogés exerçait au sein de la « **direction / cellule qualité** », une majorité (**45%**) étant située auprès de la « **direction** ».

A l'inverse, dans une majorité des SRE (toutes sauf Qualisanté), la catégorie « **pôle / unité médicale** » n'était que **peu voire pas représentée** (de **0 à 7%** des coordonnateurs) ; la **moitié** étant situé dans un « **pôle de santé publique** ».

Six des sept coordonnateurs ayant sélectionné **Autre** ont précisé leur positionnement. Il s'agissait pour trois d'entre eux de la **CME**, pour deux de la **direction des usagers, qualité et soins** et pour un du « **CPQGR** ».

Tableau 39 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur positionnement dans l'établissement par SRE

Positionnement des coordonnateurs		Fréquence (%)						
		N	Pôle / unité médicale	Dont pôle santé publique	Direction	Direction / Cellule qualité	Direction des soins	Autre
SRE	CCECQA	50	2 (4%)	1 (50%)	17 (34%)	26 (52%)	2 (4%)	3 (6%)
	CEPRAL	57	2 (4%)	1 (50%)	22 (39%)	26 (46%)	5 (9%)	2 (4%)
	EPSILIM	18	1 (6%)	1 (100%)	4 (22%)	11 (61%)	1 (6%)	1 (6%)
	GREQUAU	19	0 (0%)	-	7 (37%)	11 (58%)	1 (5%)	0 (0%)
	Qualisanté	11	3 (27%)	2 (67%)	5 (45%)	2 (18%)	0 (0%)	1 (9%)
	REQUA	19	0 (0%)	-	8 (42%)	10 (53%)	1 (5%)	0 (0%)
	RSQ	30	2 (7%)	0 (0%)	6 (20%)	20 (67%)	2 (7%)	0 (0%)
Total	204	10 (5%)	5 (50%)	69 (34%)	106 (52%)	12 (6%)	7 (3%)	

7) Aide d'une SRE

Cette question était posée aux coordonnateurs afin de savoir si dans leur fonction ils recevaient l'aide d'une SRE. En effet, une grande majorité des établissements interrogés étaient des adhérents à l'une des structures participantes.

Parmi les 200 coordonnateurs répondants à cet item, **126 (63%) recevaient l'aide d'une SRE** dans leur fonction (Tableau 40). Par SRE, les réponses étaient très étalées. Seul 21% des répondants du GREQUAU ont affirmé recevoir l'aide d'une structure alors que 89% de ceux du REQUA l'ont souligné.

Tableau 40 : Répartition des coordonnateurs répondants selon s'ils avaient ou non l'aide d'une SRE dans l'application de leur fonction par SRE

	Aide d'une SRE	N	Fréquence (%)	
			Oui	Non
SRE	CCECQA	49	38 (78%)	11 (22%)
	CEPPRAL	57	26 (46%)	31 (54%)
	EPSILIM	17	12 (71%)	5 (29%)
	GREQUAU	19	4 (21%)	15 (79%)
	Qualisanté	10	8 (80%)	2 (20%)
	REQUA	19	17 (89%)	2 (11%)
	RSQ	29	21 (72%)	8 (28%)
	Total	200	126 (63%)	74 (37%)

L'ensemble des coordonnateurs ayant l'aide d'une SRE ont précisé de laquelle il s'agissait.

La **très grande majorité (96%)** des coordonnateurs recevaient l'aide de la **SRE à laquelle leur établissement adhérait**. Par SRE, ce taux variait entre **63%** pour Qualisanté et **100%** pour le CCECQA, le GREQUAU, le REQUA et RSQ.

Cinq répondants ont indiqué avoir l'aide d'une structure différente de celle à laquelle leur établissement adhérait. Un coordonnateur d'établissement du CEPPRAL recevait l'aide du REQUA. Deux coordonnateurs d'établissements de Qualisanté étaient aidés par RSQ. Enfin, la catégorie « autre » comme origine possible de l'aide reçue a été mentionnée par 2 coordonnateurs (un d'EPSILIM, un de Qualisanté). Ces autres structures étaient le C.CLIN-SO et Réseau Qualité.

- Participation aux instances

1) Participation aux instances

Les instances pour lesquelles il a été demandé aux répondants de se positionner quant à leurs participations étaient au nombre de dix :

- la Commission Médicale d'Établissement (CME) ;
- le Directoire ;
- le Comité de Coordination des Vigilances (CCV) s'il est opérationnel dans l'établissement ;
- le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) ;
- la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) ;
- la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) ;
- la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC) ;
- la cellule d'analyse des événements indésirables au bloc opératoire, si elle existe dans l'établissement ;
- la commission en charge de l'analyse et de la prévention des risques professionnels ;
- la commission en charge de la radioprotection.

Une **grande majorité des professionnels interrogés participait** aux **instances suivantes** (lorsqu'elle était existante) : le CRUPEC, la CME, le CLIN, la COMEDIMS et la cellule d'analyse des événements indésirables au bloc opératoire. La proportion de répondants participants s'étalait entre **67%** (COMEDIMS) et **81%** (CME) **voire 86%** (au moins occasionnellement à la cellule d'analyse des événements indésirables au bloc opératoire). (Tableau 41, 42, 43).

En revanche, pour les **autres instances** (le Directoire, le CSIRMT, le CCV, la commission en charge de l'analyse et de la prévention des risques professionnels et la commission en charge de la radioprotection), la **participation des coordonnateurs répondants était beaucoup moins importante. Quatre d'entre elles** avaient **moins de 40%** des répondants qui participaient : entre 28% pour le CSIRMT et 37% pour le directoire. La participation à la **commission en charge de l'analyse et de la prévention des risques professionnels** était un **peu supérieure à 50%**. (Tableau 41, 42, 43).

Tableau 41 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur participation aux comités qualité sécurité par SRE

Participation aux instances		Fréquence (%)							
		CRUQPC		CME		Directoire		CSIRMT	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
SRE	CCECQA	37 (74%)	13 (26%)	41 (84%)	8 (16%)	21 (45%)	26 (55%)	16 (36%)	37 (74%)
	CEPPRAL	43 (77%)	13 (23%)	46 (82%)	10 (18%)	20 (36%)	36 (64%)	14 (26%)	43 (77%)
	EPSILIM	14 (74%)	5 (26%)	14 (74%)	5 (26%)	5 (26%)	14 (74%)	6 (33%)	14 (74%)
	GREQUAU	13 (68%)	6 (32%)	14 (74%)	5 (26%)	7 (37%)	12 (63%)	3 (16%)	13 (68%)
	Qualisanté	5 (45%)	6 (55%)	9 (82%)	2 (18%)	4 (40%)	6 (60%)	2 (18%)	5 (45%)
	REQUA	11 (58%)	8 (42%)	15 (79%)	4 (21%)	7 (37%)	12 (63%)	5 (26%)	11 (58%)
	RSQ	23 (77%)	7 (23%)	24 (83%)	5 (17%)	9 (31%)	20 (69%)	8 (28%)	23 (77%)
	Total	146 (72%)	58 (28%)	163 (81%)	39 (19%)	73 (37%)	126 (63%)	54 (28%)	146 (72%)

Participation aux instances		Fréquence (%)					
		CLIN		CCV		COMEDIMS	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
SRE	CCECQA	37 (77%)	11 (23%)	16 (32%)	34 (68%)	37 (77%)	11 (23%)
	CEPPRAL	43 (77%)	13 (23%)	18 (32%)	39 (68%)	34 (60%)	23 (40%)
	EPSILIM	13 (72%)	5 (28%)	9 (50%)	9 (50%)	10 (56%)	8 (44%)
	GREQUAU	17 (89%)	2 (11%)	9 (47%)	10 (53%)	16 (84%)	3 (16%)
	Qualisanté	11 (92%)	1 (8%)	3 (25%)	9 (75%)	8 (67%)	4 (33%)
	REQUA	14 (74%)	5 (26%)	6 (32%)	13 (68%)	11 (58%)	8 (42%)
	RSQ	23 (79%)	6 (21%)	4 (14%)	24 (86%)	19 (66%)	10 (34%)
	Total	158 (79%)	43 (21%)	65 (32%)	138 (68%)	135 (67%)	67 (33%)

Par SRE, les résultats variaient peu pour les sept instances présentées dans le tableau 41. L'écart le plus important entre deux SRE sur la participation à une instance était pour le CCV entre le RSQ (14% de répondants participants) et EPSILIM (50% de répondants participants).

Tableau 42 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur participation à la cellule d'analyse des événements indésirables au bloc opératoire

Participation à la cellule d'analyse des EI au BO		Fréquence (%)		
		Oui	Occasionnellement	Non
SRE	CCECQA	12 (92%)	1 (8%)	0 (0%)
	CEPPRAL	9 (75%)	0 (0%)	3 (25%)
	EPSILIM	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
	GREQUAU	4 (80%)	0 (0%)	1 (20%)
	Qualisanté	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)
	REQUA	3 (50%)	2 (33%)	1 (17%)
	RSQ	6 (75%)	0 (0%)	2 (25%)
	Total	39 (76%)	5 (10%)	7 (14%)

En ce qui concerne la **cellule d'analyse des événements indésirables au bloc opératoire**, elle existait dans **seulement 30% des établissements interrogés**. Parmi les répondants de ces établissements, seul **14% des coordonnateurs ne participaient jamais à cette cellule** (Tableau 42). Par SRE, les **proportions étaient assez hétérogènes** allant de 0% de non participation pour le CCECQA, EPSILIM et Qualisanté à 25% pour le CEPPRAL et RSQ. Les faibles effectifs ont contribué à cette disparité.

Tableau 43 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur participation à la Commission en charge de l'analyse et de la prévention des risques professionnels et de la radioprotection par SRE

Participation à la commission en charge de	Fréquence (%)					
	l'analyse et de la prévention des risques professionnels			la radioprotection		
	Oui	Non	NC	Oui	Non	NC
CCECQA	25 (63%)	15 (38%)	7	7 (39%)	11 (61%)	30
CEPPRAL	31 (63%)	18 (37%)	7	7 (32%)	15 (68%)	34
EPSILIM	10 (59%)	7 (41%)	2	3 (38%)	5 (63%)	11
GREQUAU	11 (69%)	5 (31%)	3	3 (38%)	5 (63%)	10
Qualisanté	3 (38%)	5 (63%)	2	0 (0%)	5 (100%)	6
REQUA	8 (50%)	8 (50%)	3	2 (25%)	6 (75%)	11
RSQ	13 (48%)	14 (52%)	2	7 (37%)	12 (63%)	10
Total	101 (58%)	72 (42%)	26	29 (33%)	59 (67%)	112

Par SRE, la participation à la **commission en charge de l'analyse et la prévention des risques professionnels** s'étalait entre **38%** (Qualisanté) et **69%** (GREQUAU). (Tableau 43). Concernant la **radioprotection**, **plus de la moitié** (56%) des répondants n'était **pas concernée** par la question, faute de ce type de commission au sein de l'établissement. Parmi ceux qui l'étaient, 33% seulement y participaient, toutes SRE confondues : le taux allant de **0%** pour Qualisanté à **39%** pour le CCECQA.

2) Participation à des activités

La participation des coordonnateurs aux activités de l'établissement comprenait les activités suivantes :

- Mise en place du plan d'action du CLIN ;
- Elaboration du programme d'action qualité sécurité des soins de la CME ;
- Mise en œuvre du programme d'action qualité sécurité des soins de la CME ;
- Mise en place du plan d'action de la commission en charge de la radioprotection ;
- Revue de Morbidité Mortalité (RMM) ;
- Réponse aux bilans annuels du CPOM annexe « qualité et gestion des risques » ;
- Elaboration de la cartographie des risques.

Une **grande majorité** des coordonnateurs répondants participait à l'élaboration ou à la mise en place de plans d'action : la proportion s'étalait entre **74% de professionnels participant à la mise en place du plan d'action du CLIN** et **98% participant à l'élaboration du programme d'action Qualité Sécurité des soins de la CME** (Tableau 44).

Par SRE, il y avait **très peu de variation sur la proportion de répondants participant à l'élaboration ou à la mise en place de plans d'action**. La **plus grande diversité** a été retrouvée au niveau de la **mise en place du plan d'action de la commission en charge de la radioprotection**, les proportions s'étalant entre 67% pour le GREQUAU et 100% pour le CEPPrAL, EPSILIM, le REQUA et RQS. Ces résultats sont à prendre avec précaution du fait d'un **nombre très faible (25) de professionnels concernés** par cette question.

Tableau 44 : Répartition des coordonnateurs répondants selon s'ils participaient ou non à l'élaboration ou à la mise en place de plans ou programmes d'action, par SRE

Participation à l'élaboration ou la mise en place de plans ou programmes d'action	Fréquence (%)							
	Mise en place plan action CLIN		Elaboration programme action CME		Mise en œuvre programme action CME		Mise en place plan action commission radioprotection	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
CCECQA	34 (69%)	15 (31%)	49 (100%)	0 (0%)	40 (91%)	4 (9%)	5 (71%)	2 (29%)
CEPPrAL	46 (84%)	9 (16%)	55 (98%)	1 (2%)	51 (98%)	1 (2%)	5 (100%)	0 (0%)
EPSILIM	13 (72%)	5 (28%)	18 (95%)	1 (5%)	14 (82%)	3 (18%)	2 (100%)	0 (0%)
GREQUAU	15 (79%)	4 (21%)	16 (84%)	3 (16%)	15 (94%)	1 (6%)	2 (67%)	1 (33%)
Qualisanté	8 (73%)	3 (27%)	11 (100%)	0 (0%)	10 (100%)	0 (0%)	-	-
REQUA	12 (63%)	7 (37%)	19 (100%)	0 (0%)	15 (83%)	3 (17%)	2 (100%)	0 (0%)
RSQ	20 (69%)	9 (31%)	29 (100%)	0 (0%)	26 (100%)	0 (0%)	7 (100%)	0 (0%)
Total	148 (74%)	52 (26%)	197 (98%)	5 (2%)	171 (93%)	12 (7%)	23 (88%)	3 (12%)

La question concernant la participation aux RMM était plus précise avec l'existence de la modalité de réponse intermédiaire « parfois ». Ainsi, **79% des professionnels concernés** par la question ont indiqué **participer au moins occasionnellement aux RMM**, **53% des professionnels y participant systématiquement**. Par SRE, ces proportions étaient **assez variables**. En effet, la participation **au moins occasionnelle** aux RMM de l'établissement allait de **50%** pour le **GREQUAU** à **91%** pour le **RSQ** alors que la proportion de **participation systématique** s'étalait entre **33%** pour le **GREQUAU** et **72%** pour le **CCECQA**. (Tableau 45)

Parmi un total de 199 répondants, **74% étaient sollicités pour répondre aux bilans annuels du CPOM annexe « Qualité et gestion des risques »** : cette proportion, assez étalée selon la SRE, allait de **56%** pour le **REQUA** à **90%** pour **Qualisanté**. Une **part plus importante encore de coordonnateurs participaient à l'élaboration de cartographies des risques** avec **82% toutes régions confondues** et entre **74% (REQUA)** et **88% (CCECQA)** par SRE.

Tableau 45 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur participation aux activités suivantes : RMM, réponse aux bilans annuels CPOM « qualité gestion des risques », élaboration de cartographies des risques par SRE

Participation à d'autres activités	Fréquence (%)							
	RMM				Bilan annuels CPOM « qualité gestion des risques »		Elaboration de cartographies des risques	
	Oui	Parfois	Non	NC	Oui	Non	Oui	Non
CCECQA	23 (72%)	5 (16%)	4 (13%)	17	42 (88%)	6 (13%)	44 (88%)	6 (12%)
CEPRAL	18 (50%)	9 (25%)	9 (25%)	19	37 (66%)	19 (34%)	48 (86%)	8 (14%)
EPSILIM	5 (50%)	1 (10%)	4 (40%)	8	16 (84%)	3 (16%)	15 (79%)	4 (21%)
GREQUAU	4 (33%)	2 (17%)	6 (50%)	7	15 (79%)	4 (21%)	16 (84%)	3 (16%)
Qualisanté	5 (71%)	1 (14%)	1 (14%)	4	9 (90%)	1 (10%)	6 (67%)	3 (33%)
REQUA	4 (44%)	4 (44%)	1 (11%)	10	10 (56%)	8 (44%)	14 (74%)	5 (26%)
RSQ	10 (43%)	11 (48%)	2 (9%)	6	18 (62%)	11 (38%)	23 (77%)	7 (23%)
Total	69 (53%)	33 (26%)	27 (21%)	71	147 (74%)	52 (26%)	166 (82%)	36 (18%)

Il était également demandé aux professionnels répondants leur **implication dans le management de la prise en charge médicamenteuse**. Au total, **30%** étaient **nommés responsables du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse** conformément à l'arrêté du 6 avril 2011. Une **grande variabilité** a été observée **par SRE** avec des proportions de coordonnateurs nommés responsables allant de **5%** pour le **GREQUAU** à **47%** pour le **REQUA**. Ces proportions restaient toutefois toujours inférieures à 50% (Tableau 46).

Parmi ceux qui **n'étaient pas nommés responsables** du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, **89%** étaient **en soutien du responsable** sur l'application du décret, l'analyse *a priori* ou *a posteriori* des risques, les proportions s'étalant entre **64%** (**EPSILIM**) et **100%** (**Qualisanté, REQUA**) selon la SRE.

Tableau 46 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur implication dans le management de la prise en charge médicamenteuse par SRE

Implication dans le management de la prise en charge médicamenteuse	Fréquence (%)			
	Nommés responsables		Soutien du responsable sur l'application du décret, l'analyse <i>a priori</i> ou <i>a posteriori</i>	
	Oui	Non	Oui	Non
CCECQA	13 (27%)	36 (73%)	30 (88%)	4 (12%)
CEPRAL	22 (40%)	33 (60%)	29 (94%)	2 (6%)
EPSILIM	7 (39%)	11 (61%)	7 (64%)	4 (36%)
GREQUAU	1 (5%)	18 (95%)	14 (82%)	3 (18%)
Qualisanté	3 (27%)	8 (73%)	8 (100%)	0 (0%)
REQUA	9 (47%)	10 (53%)	8 (89%)	1 (11%)
RSQ	4 (14%)	25 (86%)	21 (100%)	0 (0%)
Total	59 (30%)	141 (71%)	117 (89%)	14 (11%)

Enfin, les professionnels étaient interrogés sur leur **implication dans la formation**. **Aucune tendance** n'a été observée sur ce sujet. En effet, **un peu moins de la moitié (49%)** des coordonnateurs répondants a indiqué être **consulté sur la mise en place du plan de formation dans le cadre du Développement Professionnel Continu (DPC)** alors qu'**un peu plus de la moitié (57%)** a déclaré **dispenser des formations sur la culture de sécurité (CS) ou sur les outils de gestion des risques**. Par **SRE**, il y avait une variabilité moyenne, les proportions s'étendant entre **33%** et **67%** pour les deux questions (Tableau 47).

Tableau 47 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur implication dans la formation au sein de leur établissement par SRE

Implication dans la formation	Fréquence (%)			
	Consultés sur la mise en place du plan de formation (DPC)		Dispensation de formations CS ou outils gestion des risques	
	Oui	Non	Oui	Non
CCECQA	29 (59%)	20 (41%)	29 (58%)	21 (42%)
CEPRAL	27 (48%)	29 (52%)	35 (63%)	21 (38%)
EPSILIM	6 (33%)	12 (67%)	12 (63%)	7 (37%)
GREQUAU	10 (56%)	8 (44%)	9 (47%)	10 (53%)
Qualisanté	6 (67%)	3 (33%)	5 (50%)	5 (50%)
REQUA	6 (33%)	12 (67%)	6 (33%)	12 (67%)
RSQ	12 (40%)	18 (60%)	20 (67%)	10 (33%)
Total	96 (48%)	102 (52%)	116 (57%)	86 (43%)

3) Destinataires de différentes informations.

Une partie du questionnaire visait à établir si les coordonnateurs de gestion des risques étaient destinataires ou non d'informations au sein de leurs établissements respectifs.

Les six types d'information suivants ont été relevés :

- les comptes rendus et plans d'actions des RMM ;
- les comptes-rendus et plans d'actions d'événements indésirables au bloc opératoire ;
- les fiches d'événements indésirables liées aux soins déclarés ;
- les événements porteurs de risque déclarés auprès de l'organisme agréé ;
- les plaintes et réclamations des usagers ;
- les dossiers qui passent en Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI).

Concernant les RMM, 71 répondants n'étaient pas concernés. Parmi les autres, **68%** des coordonnateurs étaient **destinataires des comptes-rendus et plans d'action de ces RMM systématiquement** et **15% occasionnellement**. Par **SRE**, la **proportion de répondants destinataires de ces comptes-rendus et plans d'action au moins occasionnellement** était **très variable** selon les SRE, allant de **46% (GREQUAU)** à **100% (Qualisanté)**. (Tableau 48)

Tableau 48 : Répartition des coordonnateurs répondants selon s'ils étaient ou non destinataires de tous les comptes-rendus et plans d'action des RMM par SRE

	<i>Destinataire des comptes rendus et plans d'action des RMM</i>	Fréquence (%)			
		<u>RMM</u>			
		<i>Oui</i>	<i>Parfois</i>	<i>Non</i>	<i>NC</i>
SRE	CCECQA	28 (88%)	1 (3%)	3 (9%)	17
	CEPRAL	23 (64%)	8 (22%)	5 (14%)	18
	EPSILIM	6 (67%)	1 (11%)	2 (22%)	9
	GREQUAU	5 (38%)	1 (8%)	7 (54%)	6
	Qualisanté	6 (86%)	1 (14%)	0 (0%)	4
	REQUA	6 (67%)	1 (11%)	2 (22%)	10
	RSQ	13 (59%)	6 (27%)	3 (14%)	7
	Total	87 (68%)	19 (15%)	22 (17%)	71

La quasi totalité (94%) des répondants était destinataire des **fiches d'EI liés aux soins déclarés**, cette proportion variant peu entre les SRE (de 84% pour EPSILIM à 100% pour le GREQUAU et Qualisanté). En revanche, moins de la moitié des professionnels concernés étaient destinataires des **comptes-rendus ou plans d'action des EI au bloc opératoire (47%)** et des **événements porteurs de risques déclarés (48%)**. Ces proportions étaient peu étalées entre les SRE concernant les **comptes-rendus et plans d'actions des EI au BO**, avec une étendue de 31% pour EPSILIM à 60% pour Qualisanté ; elles l'étaient plus au niveau des **événements porteurs de risques déclarés**, avec une étendue allant de 27% pour le GREQUAU à 75% pour Qualisanté (Tableau 49).

Tableau 49 : Répartition des coordonnateurs répondants selon s'ils sont ou non destinataires d'informations sur les événements indésirables ou porteurs de risque par SRE

	<i>Destinataires d'informations sur les EI ou événements porteurs de risque</i>	Fréquence (%)					
		<u>Comptes-rendus ou plans d'action EI au BO</u>		<u>Fiches d'EI liés aux soins déclarés</u>		<u>Événements porteurs de risques déclarés</u>	
		<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
SRE	CCECQA	22 (56%)	17 (44%)	47 (94%)	3 (6%)	12 (55%)	10 (45%)
	CEPRAL	23 (50%)	23 (50%)	52 (93%)	4 (7%)	16 (57%)	12 (43%)
	EPSILIM	5 (31%)	11 (69%)	16 (84%)	3 (16%)	5 (45%)	6 (54%)
	GREQUAU	7 (44%)	9 (56%)	18 (100%)	0 (0%)	3 (27%)	8 (73%)
	Qualisanté	6 (60%)	4 (40%)	11 (100%)	0 (0%)	3 (75%)	1 (25%)
	REQUA	7 (41%)	10 (59%)	18 (95%)	1 (5%)	3 (33%)	6 (67%)
	RSQ	10 (38%)	16 (62%)	29 (97%)	1 (3%)	8 (40%)	12 (60%)
	Total	80 (47%)	90 (53%)	191 (94%)	12 (6%)	50 (48%)	55 (52%)

Concernant l'accès aux plaintes et réclamations des usagers, une très large majorité (91%) était destinataire de ces informations. Cette proportion variait peu selon les régions : de 84% (EPSILIM) à 95% (GREQUAU). L'accès aux dossiers passant en CRCI était, quant à lui, beaucoup plus faible, avec moins de la moitié des coordonnateurs destinataires (46% toutes régions confondues ; allant entre 22% pour Qualisanté et 56% pour le CEPPRAL) (Tableau 50).

Tableau 50 : Répartition des coordonnateurs répondants selon leur accès aux plaintes et réclamations des usagers et aux dossiers qui passent en commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CRCI) par SRE

	Fréquence (%)			
	Plaintes et réclamations des usagers		Dossiers passant en CRCI	
	Oui	Non	Oui	Non
Accès aux plaintes et réclamations des usagers et aux dossiers passant au CRCI				
SRE				
CCECQA	45 (90%)	5 (10%)	23 (49%)	24 (51%)
CEPRAL	51 (91%)	5 (9%)	30 (56%)	24 (44%)
EPSILIM	16 (84%)	3 (16%)	7 (37%)	12 (63%)
GREQUAU	18 (95%)	1 (5%)	7 (39%)	11 (61%)
Qualisanté	9 (90%)	1 (10%)	2 (22%)	7 (78%)
REQUA	18 (95%)	1 (5%)	8 (47%)	9 (53%)
RSQ	28 (93%)	2 (7%)	13 (43%)	17 (57%)
Total	185 (91%)	18 (9%)	90 (46%)	104 (54%)

Lexique

Sigle	Intitulé complet
BO	Bloc Opératoire
C.CLIN-SO	Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales - Sud Ouest
CCECQA	Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine
CCV	Comité de Coordination des Vigilances
CEPPRAL	Coordination pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles en santé en Rhône-Alpes
CGdR	Coordonnateur de la Gestion des Risques
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME	Commission Médicale d'Etablissement
COMEDIMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
CRCI	Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques
e.t.	Ecart-type
E3P	Evaluation des Pratiques Professionnelles en Poitou-Charentes
EI	Événement Indésirable
EIG	Événement Indésirable Grave
EPSILIM	Expertise, Performance et Systèmes d'Information en Limousin
ESPIC	Etablissements de santé privés d'intérêt collectif
ETP	Equivalent Temps Plein
EVALOR	Organisation régionale de l'EVALuation en santé en LORraine
GREQUAU	Groupe REgional sur la QUalité en AUvergne
HAD	Hospitalisation A Domicile
max	Maximum
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
min	Minimum
Psy	Psychiatrique
Qualisanté	Structure d'appui hémi-régionale pour l'amélioration de la qualité, la gestion des risques et l'évaluation en santé (Loire Atlantique et Vendée)
RBSNQ	Réseau Bas-Normand Santé Qualité
REQUA	Réseau Qualité des établissements de Franche-Comté
RMM	Revue de Mortalité et de Morbidité
RSQ	Réseau Santé Qualité (Nord-Pas de Calais - Picardie)
SLD	Soins Longue Durée
SRE	Structure Régionale d'Evaluation

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE SUR LA MISE EN PLACE DE LA COORDINATION DE LA GESTION DES RISQUES LIES AUX SOINS

2012 – FORAP

Question préalable (à réponse obligatoire, qui sera donnée par le destinataire de notre envoi :

- un coordonnateur des risques associés aux soins a-t-il été formellement désigné par la direction de votre établissement ? oui non

- si oui, merci de transmettre ce questionnaire au coordonnateur qui pourra y répondre en moins de 15 minutes. Les réponses sont attendues avant le 24/10

- si non : ne pas répondre au questionnaire

ETAT DES LIEUX, MOYENS ALLOUES

<p>1. Type d'établissement (menu déroulant CHU/CH public privé espic)</p> <p>2. Nombre de lits (menu déroulant MCO SSR SLD PSY HAD)</p> <p>3. Veuillez préciser la quotité de temps consacrée à la mission de coordination des risques ?</p> <p>4. quel est le temps réellement consacré ?</p> <p>5. quel temps pensez vous réellement nécessaire pour répondre à la mission ?</p> <p>A quelle date :</p> <p>6. la CME a-t-elle proposé votre candidature à la Direction ? avez-vous été désigné(e) coordonnateur de la GDRLS par la Direction ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Echelle : 0-10, 10-25, 25-50, plus de 50% équivalent temps-plein</p> <p>Idem</p> <p>idem</p>
--	---

7. Votre profession :	<input type="radio"/> médecin <input type="radio"/> profession paramédicale <input type="radio"/> pharmacien <input type="radio"/> praticien en hygiène <input type="radio"/> gestionnaire des risques <input type="radio"/> ingénieur qualité <input type="radio"/> autre
------------------------------	--

8. Si « autre », précisez :	_____
------------------------------------	-------

9. Veuillez préciser	
• votre ancienneté dans la profession	Moins de 1 an ; 1 à 2 ans ; 3 à 5 ans ; 6 à 10 ans ; 11 ans ou plus
• votre ancienneté dans l'établissement	Moins de 1 an ; 1 à 2 ans ; 3 à 5 ans ; 6 ans ou plus

10. Participez vous, avant d'être nommé(e), à une (des) commission(s) au sein de l'établissement ayant des missions de gestion des risques cliniques (CLIN, CLUD, vigilances, etc.) ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
--	---

11. Si oui, laquelle (lesquelles) ?	_____ _____
--	----------------

12. Existe-t-il une fiche de poste formalisée précisant les compétences requises, les activités, les missions pour la mission de coordonnateur des risques associés aux soins?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	---

13. Si oui, a-t-elle fait l'objet d'une diffusion aux professionnels de l'établissement ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
--	---

14. Avez-vous du temps alloué de secrétariat pour la coordination des risques associés aux soins?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
--	---

15. Si oui, à quelle quotité de temps ?	<input type="radio"/> ≤ 0.2 ETP <input type="radio"/>] 0.2 – 0.5] ETP <input type="radio"/> > 0.5 ETP
--	--

<p>16. Ou êtes-vous positionné pour exercer cette fonction ?</p> <p>17. Ressentez vous le besoin d'une aide méthodologique ?</p> <p>18. La Direction Qualité et de la GDR met-elle à votre disposition une aide méthodologique ?</p> <p>19. Avez-vous de l'aide d'une structure régionale d'appui (voir liste)?</p>	<p>Auprès D'un pôle/unité médicale Si oui, santé publique / autre</p> <p>De la direction De la direction/cellule qualité De la direction des soins Autre _____</p> <p><input type="radio"/> Souvent <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> jamais</p> <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>
---	--

<p>20. Avez-vous suivi une/des formation/s sur la gestion des risques ?</p> <p>21. Si oui, ces formations étaient-elles diplômantes ? (le cas échéant préciser quel diplôme)</p> <p>22. Ressentez-vous le besoin de suivre des formations complémentaires sur la gestion des risques associés aux soins ?</p>	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>
--	--

PARTICIPATION AUX INSTANCES

23. Un Comité de Coordination des Vigilances est-il opérationnel (réunions périodiques avec compte-rendu) ?	
24. En êtes-vous membre officiel (membre de droit) ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> non
25. Êtes-vous associé (e) concrètement à la mise en œuvre du plan d'action	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
26. Préciser	
27. Etes-vous membre officiel (membre de droit) du Comité de Lutte Contre les Infections Nosocomiales ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
28. Participez-vous, avec l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène, à la mise en place du plan d'action ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
29. Etes-vous membre officiel (membre de droit) de la Commission des Soins Infirmiers de Rééducation et Médico-Techniques ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
30. Etes-vous membre officiel (membre de droit) de la Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
31. Etes-vous nommé(e) responsable du management de la qualité de la Prise en charge médicamenteuse conformément à l'arrêté du 6 avril 2011 (RETEX) ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

<p>Si non,</p> <p>32. Participez-vous, avec responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse :</p> <ul style="list-style-type: none"> • à l'application de l'arrêté du 6 avril 2011? • A l'analyse des risques a priori sur la prise en charge médicamenteuse (cartographie) • A l'analyse des risques a posteriori sur la prise en charge médicamenteuse (CREX ou REMED ou RMM) ? 	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NA</p> <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NA</p>
<p>33. Participez-vous aux RMM mises en place dans votre établissement ?</p> <p>34. Fréquence de participation par mois (>1 ; 1 ; moins de 1/mois)</p>	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> NC</p>
<p>35. Etes-vous destinataire de tous les comptes-rendus et plans d'action de ces RMM ?</p>	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> parfois <input type="radio"/> NC</p>
<p>36. Y a t-il, au sein de votre établissement, une cellule d'analyse des événements indésirables au bloc opératoire ?</p>	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>
<p>37. Si oui, y participez-vous ?</p> <p>38. Etes-vous destinataire de tous les comptes-rendus et plans d'action</p>	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> occasionnellement</p> <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> occasionnellement</p>
<p>39. Connaissez-vous les praticiens de votre établissement engagés dans la démarche d'accréditation volontaire des spécialités à risque ?</p>	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> partiellement <input type="radio"/> NC</p>
<p>40. Etes-vous destinataire de leurs Evènement Porteurs de Risques déclarés auprès de leur organisme agréé ?</p>	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non en partie <input type="radio"/> NC</p>

41. Participez-vous à la Commission en charge de l'analyse et de la prévention des risques professionnels ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NC
42. Participez-vous à la Commission en charge de la radioprotection ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NC
43. Si oui, mettez-vous en place, avec la personne radio compétente, le plan d'action ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
44. Etes-vous membre de la CME ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
45. Etes-vous invité(e) permanent(e) de la CME ? 46. êtes-vous invité permanent du directoire ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
47. Participez-vous à l'élaboration du programme d'action Qualité Sécurité des Soins de la CME ? 48. Etes-vous directement impliqué à la mise en œuvre de ce programme ? 49. êtes-vous sollicité pour répondre aux bilans annuels du CPOM annexe « Qualité et gestion des risques ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non pas encore en chantier <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> NA <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
50. Etes-vous membre de la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise En Charge (CRUQPEC) ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
51. Avez-vous accès aux données et aux informations, notamment les plaintes et réclamations des usagers, 52. Avez-vous accès aux dossiers qui passent en Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation (CRCI) ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
53. Etes-vous destinataire de toutes les fiches d'évènements indésirables liées aux soins déclarées ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

<p>54. Etes-vous consulté(e) sur la mise en place du plan de formation (dans le cadre du Développement Professionnel Continu) ?</p>	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>
<p>55. Dispensez-vous des formations sur la culture sécurité, sur les outils de gestion des risques au sein de votre établissement ?</p>	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>
<p>56. Participez-vous à l'élaboration de cartographies des risques ou d'autres outils de gestion des risques a priori dans les secteurs à risques (bloc opératoire, endoscopie...) ?</p> <p>57. avez-vous accès à une/des revues spécialisées dans la gestion des risques?</p> <p>58. réalisez-vous vous-même une veille réglementaire /bibliographique systématique régulière via internet</p> <p>59. Comment êtes vous informé des évolutions réglementaires et méthodologiques? (plusieurs réponses possibles) 1/veille réalisée et fournie par l'établissement, 2/ newsletter d'organisme extérieur à l'établissement, 3/ autre (préciser)</p>	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>

Annexe 2 : Diaporama

Enquête FORAP

Fédération des Organismes Régionaux et territoriaux pour l' Amélioration des
Pratiques et organisations en santé

Coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins dans les établissements de santé



Philippe MICHEL, CCECQA
Isabelle VERHEYDE, RSQ
Claire CHABLOZ, CEPPRAL



3

Enquête état des lieux sur la fonction de Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins – octobre 2012

668 établissements interrogés

- Aquitaine
- Auvergne
- Franche Comté
- Limousin
- Loire Atlantique
- Nord Picardie
- Rhône Alpes

 **292 répondants (44%)**

Qui sont les coordonnateurs?

- **41%** Médicaux : médecins et pharmaciens
- **34%** Ingénieurs et techniciens
- **21%** Paramédicaux
- **4%** Directeurs



Des professionnels d'origine clinique qui connaissent leur métier

- Ancienneté dans leur profession :
 - 68% >10ans
- Ancienneté dans leur établissement :
 - 42%>10ans
- Ingénieurs et techniciens (moins de 2 ans le plus souvent)



Formation à la gestion des risques

- **73%** des CGdR ont suivi une formation spécifique
- **89%** des ingénieurs qualité
MAIS seulement
- **50%** des médecins
- **88%** ressentent le besoin de formation complémentaires
- **64%** des CGdR ont déjà eu recours à une SRE



Où sont positionnés les coordonnateurs?

- **52%** au sein de la direction/cellule qualité
- **34%** rattachés directement à la direction
- **6%** au sein de la direction des soins
- **5%** au sein d' un pôle/unité médicale



Le temps alloué pour la mission de coordination

- ≈ 1/3 des CGdR ont 0.1 ETP
- ≈ 1/3 des CGdR ont entre 0.1 et 0.25 ETP
- ≈ 1/3 des CGdR ont entre 0.25 et 0.5 ETP
- ... 8% ont >0.5 ETP
- Temps insuffisant pour 50% des CGdR qui estiment qu'il leur faudrait :
 - >0.5 ETP dans les CHU
 - >0.25 ETP dans les petits établissements



96% des CGR participent au moins à une instance

- **80%** CME
- **72%** CRUQPEC
- **37%** Directoire
- **28%** CSIRMT



97% des CGdR participent au moins à une activité parmi

- Plan d'action du CLIN
- Plan d'action de la commission risques professionnels
- RMM
- Programme d'action qualité sécurité des soins
- Bilan annuel CPOM
- Cartographie des risques



Grandes inégalités selon le profil de CGdR et type d'activité

100% des CGdR participent au moins à un comité technique présent dans leur ES

- Coordination des vigilances
- Comité de lutte contre les infections nosocomiales
- Comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- Cellule d'analyse des évènements au bloc opératoire



Les CGdR d'origine clinique plus présents dans les instances

Annexe 3 : Communiqué de presse
Hospimedia

Gestion des risques

Le nouveau métier de coordonnateur commence à s'ancrer dans le paysage hospitalier

Deux ans après la création de la fonction de coordonnateur de gestion des risques associés aux soins dans les établissements de santé (décret du 12 novembre 2010 (lire notre sujet du 17/11/2010 http://abonnes.hospimedia.fr/breves/le_directeur_et_la_cme_desormais_au_premier_rang)), la FORAP dévoile dans une enquête qui lui est consacrée la réalité de leurs activités, moyens et formation.

Deux tiers des coordonnateurs de gestion des risques associés aux soins ont exercé ou exercent une activité clinique (médecins ou pharmaciens [42%], professionnels paramédicaux [21%]), le troisième tiers étant ingénieurs et techniciens (34%) ou exerçant des fonctions directoriales (3%). Les professionnels d'origine clinique sont expérimentés. Ils œuvrent en effet en grande majorité (80%) depuis plus de dix ans dans leur établissement et sont le plus souvent rattachés à une direction ou cellule qualité. La moitié d'entre eux ont été formés en gestion des risques (et la proportion de gestionnaire de risques/ingénieurs qualité formés est en hausse par rapport aux résultats de l'étude DGOS conduite en 2009) mais ils souhaitent tout de même disposer d'une formation complémentaire étant donné leur mission de plus en plus pointue. Autant de signes encourageants relevés par la Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (FORAP) dans une enquête (lire encadré) menée sur le nouveau métier de coordonnateur de gestion des risques associés aux soins dans les établissements de santé et révélée en avant-première à Hospimedia à la veille de la semaine de la sécurité des patients qui se déroule du 26 au 30 novembre 2012 (<http://www.sante.gouv.fr/semaine-de-la-securite-des-patients-du-26-au-30-novembre-2012-engageons-nous-pour-des-soins-plus-surs.html>).

Les structures régionales d'évaluation sont en appui à la qualité et à la gestion des risques

Chose "étonnante", la FORAP ne constate pas de différence de temps alloué selon le type d'établissement et selon sa taille alors que "*la charge de travail est vraisemblablement croissante avec la taille et la variété des activités*". Et une majorité de coordonnateurs de se plaindre du manque de temps dédié à cette mission : ils ne sont effectivement que 8% à disposer de plus de 0,5 équivalent temps plein consacré, un tiers n'ayant que 0 à 10% de temps dédié, un second tiers entre 11 et 25% et le troisième entre 26 et 50%.

Parce qu'il est souvent nécessaire de disposer d'un avis extérieur, ou faute de temps ou de compétence notamment dans les petits établissements, les établissements peuvent s'appuyer sur des Structures régionales d'évaluation (SRE). 76% en bénéficient dans les établissements privés de petite taille et 14% dans les CHU par exemple.

Plus ou moins de marge de manoeuvre selon le profil

Leur positionnement central et en transversalité semble quant à lui acté mais de manière irrégulière. La quasi-totalité des coordonnateurs participent à au moins une activité telles la mise en place d'un plan d'action du Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) ou de la commission en charge de la prévention des risques professionnels, élaboration du programme d'action qualité et sécurité des soins de la Commission médicale d'établissement (CME)... Et 30% sont nommés responsables du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ils sont parfois destinataires des informations sur les risques associés aux soins : Revues de morbi-mortalité (RMM), plaintes et réclamations des usagers, fiches d'événements indésirables liées aux soins déclarées... En outre, ils sont "*bien impliqués dans les comités techniques, moins dans les instances et notamment au directoire*".

Bref, une "*situation d'ensemble rassurante*", remarque la FORAP mais qui, en affinant, cache aussi "*une grande disparité*" selon les origines professionnelles du coordonnateur. Le profil médical est par exemple mieux intégré dans les instances. A l'inverse, les professionnels d'origine clinique déclarent avoir moins souvent accès à ces informations que les autres... réalité ou différence de perception ?.

"*Les résultats surestiment vraisemblablement la réalité de la mise en place des coordonnateurs*" étant donné que les répondants sont adhérents des structures régionales d'appui en qualité et gestion des risques, modère la FORAP. Toutefois, il présage d'un ancrage progressif de ce nouveau métier dans le paysage hospitalier. Les interrogations portent désormais sur la capacité des coordonnateurs, sous l'impulsion de la direction, à coordonner et à impulser le changement.

Pia Hémerly

Encadré Méthodologie

L'enquête a été réalisée entre le 8 et le 28 octobre 2012, adressée à 668 établissements de santé par les structures régionales d'appui en qualité et gestion des risques de sept régions via un questionnaire en ligne. Parmi eux, 292 structures (soit 44%) ont indiqué avoir formellement désigné un coordonnateur des risques associés aux soins. Elles ont répondu aux 60 questions de l'enquête avec un taux de complétude de 72%. Une participation jugée "*excellente*" et qui "*témoigne de la proximité des établissements avec leurs structures régionales*" mais qui surestime les résultats, les répondants étant particulièrement mobilisés sur le sujet.

P.H.

Annexe 4 : Article Gestions hospitalières

MOTS CLÉS

Coordonnateur
de gestion des risques
associés aux soins
Forap
CGDR
Enquête
Eneis
DGOS

dossier

ENQUÊTE

Le coordonnateur de gestion des risques associés aux soins

Le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins 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. D'après le décret du 12 novembre 2010, cette fonction doit 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. La Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (Forap) a mené une enquête afin d'étudier la mise en œuvre de ce nouveau métier.

La Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (Forap), qui regroupe les structures régionales d'appui en qualité et gestion des risques, a mené une enquête auprès des établissements adhérents de sept 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 Direction générale de l'offre de soins (DGOS) ⁽¹⁾ auprès de 1575 établissements de santé, des agences régionales de l'hospitalisation, des structures déconcentrées de l'État 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 éga-

lement 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 de ces événements étaient évitables (48,1 %) ⁽²⁾.

Objectif et méthode

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 la nomination de ces professionnels, leurs activités, moyens et formation.

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 « structures régionales d'évaluation » (SRE), de sept régions (Cceca en Aquitaine, Cepral en Rhône-Alpes, Epsilim en Limousin, Grequau en Auvergne, QualiSanté dans l'hémirégion ouest des Pays de la Loire, Requa en Franche-Comté et RSQ en Nord/Pas-de-Calais et Picardie) via un questionnaire accessible en ligne sur la plate-forme e-Forap.

Philippe MICHEL
Isabelle VERHEYDE
Claire CHABLOZ
Marion KRET

Fédération
des organismes
régionaux et territoriaux
pour l'amélioration
des pratiques et
organisations en santé

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 a été de 15 minutes.

Le taux de participation a été 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 a été 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

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, 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 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) :

- » les professionnels médicaux (médecins et pharmaciens) représentent 42 % des coordonnateurs ; sur les 83 professionnels médicaux, 9 sont hygiénistes, 9 sont pharmaciens ;
- » les professionnels paramédicaux 21 % ;
- » les professionnels ingénieurs et techniciens 34 % ;
- » les fonctions directoriales 3 %.

Commentaire - *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.*

L'étude Forap rend compte de la réalité de la nomination des coordonnateurs de gestion des risques associés aux soins, leurs activités, moyens et formation.

Les coordonnateurs connaissent-ils bien leur établissement ?

Où sont-ils positionnés ?

Oui. Plus de 80 % des professionnels ayant une origine clinique exercent leur profession depuis plus onze ans et moins de 10 % depuis deux ans ou moins. Les gestionnaires de risque et ingénieurs qualité sont 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 sont plus souvent rattachés directement à la direction, les médecins étant dans les pôles médicaux dans 14 % des cas.

Commentaire - *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 commission médicale d'établissement (CME) et l'impact opérationnel de l'activité du CGDR sur la qualité et la sécurité des prises en charge.*

NOTES

(1) www.sante.gouv.fr/publications-etudes.html

(2) Ph. Michel, C. Minodier, M. Lathelize, C. Moty-Monnereau, S. Domecq, M. Chaleix, M. Izotte, R. Bru-Sonnet, J.-L. Quenon, L. Olier, « Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé : résultats des enquêtes nationales menées en 2009 et 2004 », Drees, *Dossiers Solidarité et santé*, 2010, n°17.

Plus de la moitié des CGDR dit ne pas avoir suffisamment de temps dédié

Parmi les coordonnateurs, 8 % ont plus de 0,5 équivalent temps plein (ETP) de temps officiellement alloué à la mission de coordination des risques. Un gros tiers a entre 0 et 10% de temps dédié, un deuxième tiers entre 11 et 25 %, 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 ne sont significativement différents selon les types d'établissement. La quotité de temps nécessaire pour répondre à la mission de coordination des risques est 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 (>100 lits), plus de la moitié des coordonnateurs considèrent qu'il leur faut plus de 0,5 ETP pour exercer leur mission. Ce score est de 40 % dans les établissements publics de grande taille (> 300 lits). Dans les petits établissements, il semble que la quotité perçue comme nécessaire est d'au moins 0,25 ETP.

Commentaire - L'estimation par les coordonnateurs de leur temps nécessaire 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 davantage 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 % des professionnels souhaitent une formation complémentaire. Au total, 43 % dispensent des formations sur la culture de sécurité et sur les outils de gestion des risques dans leur établissement.

Commentaire - 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 organisent 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.

L'appui des structures régionales d'évaluation (SRE)

Soixante-quatre pour cent des coordonnateurs bénéficient d'un appui des SRE. Cette proportion est plus importante dans les petits établissements : 76 % des coordonnateurs d'établissements privés de petite taille ont l'aide d'une SRE et 14 % des coordonnateurs de CHU.

Commentaire - 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 la 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 comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin), de celui de la commission en charge de l'analyse et de la prévention des risques professionnels, réunions de morbi-mortalité (RMM), élaboration et mise en œuvre du programme d'action qualité sécurité des soins de la CME, bilans annuels du contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (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 pour cent des CGDR sont nommés responsables du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse ; pour les autres, 83 % sont 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 - *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 semble effective

La quasi-totalité des coordonnateurs, quels que soient le type d'établissement et l'origine professionnelle, est 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 passant en commissions régionales de conciliation et d'indemnisation (CRCI),
 - » fiches d'événements indésirables liées aux soins déclarés.
- 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 soient les moins accessibles (ils semblent l'être davantage dans les établissements privés). Les professionnels d'origine clinique déclarent avoir moins souvent accès à ces informations.

Commentaire - *L'accès à l'information est en effet un prérequis indispensable à l'effectivité de la mission du coordonnateur. 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 qui privilégient le 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 commission des



La mission de formateur des CGDR est centrale compte tenu de la nécessité de développer la culture de sécurité...

relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CruqPC). 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 CruqPC.

Commentaire - *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 ingénierie 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 ? ●*

Annexe 5 : Article Revue Hospitalière
de France

Philippe MICHEL, Claire CHABLOZ,
Isabelle VERHEYDE, Marion KRET
Fédération des organismes régionaux
et territoriaux pour l'amélioration des pratiques
et organisations en santé (FORAP)

Coordonnateurs de gestion des risques associés aux soins Résultats de l'enquête FORAP

Deux ans après la parution du décret du 12 novembre 2010 instaurant la fonction de coordonnateur de gestion des risques associés aux soins dans les établissements de santé, comment s'organisent leur nomination, leurs activités, moyens et formation ? La FORAP, fédération qui regroupe les structures régionales d'appui en qualité et gestion des risques, a mené en octobre une enquête auprès de 668 établissements adhérents.

Le coordonnateur de gestion des risques (CGdR) associés aux soins représente une fonction innovante. Il a vocation à remplir un rôle d'appui stratégique, de coordination et gestion opérationnelle. Son profil, sa formation, son positionnement dans la structure représentent des enjeux importants pour le succès de la gestion des risques associés aux soins. En précisant que cette fonction a vocation à intégrer le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, avec des référentiels d'activités, de compétences et de formation adaptés à ses missions, le décret du 12 novembre 2010 reflète la volonté forte du ministère de créer un nouveau métier. Il a été pris au travers d'une large concertation et en tirant les enseignements, notamment :

- d'une enquête conduite en 2009 par la DGOS² auprès de 1 575 établissements de santé, des agences régionales de l'hospitalisa-

tion, des structures déconcentrées de l'État 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 événe-

ments indésirables graves associés aux soins étaient évitables (48,1%)². Réalisée entre le 8 et le 28 octobre 2012, l'enquête menée par la Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé (FORAP) visait à déterminer, deux ans après la parution du décret, la réalité de la nomination des CGdR, leurs activités, moyens et formation.

L'enquête a été adressée à 668 établissements par les structures régionales d'appui en qualité et gestion des risques de sept régions³, dites aussi structures régionales d'évaluation (SRE), via un questionnaire accessible en ligne sur la plateforme e-FORAP. Les établissements 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 (soixante questions relatives à la formation, l'implication dans les instances et dans les activités de gestion des risques, ainsi que sur les moyens alloués à cette fonction) était complétée par le coordonnateur. La durée de renseignement était de quinze minutes.

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

2. Michel P., Minodier C., Lathelize M., Moty-Monnereau C., Domecq S., Chaleix M., Izotte M., Bru-Sonnet R., Quenon J.L., Olier L., « Les Événements indésirables graves

associés aux soins observés dans les établissements de santé : résultats des enquêtes nationales menées en 2009 Et 2004 ». *Dossiers Solidarité et Santé*, 2010 : n°17.

3. CCECQA en Aquitaine, CEPPRAL en Rhône-Alpes,

EPSILIM en Limousin, GREQUAU en Auvergne, QualiSanté dans l'hémirégion ouest des Pays de la Loire, REQUA en Franche-Comté et RSQ en Nord-Pas-de-Calais et Picardie.



Covérin, Mosnier, DR

Une enquête non représentative des établissements de santé français

Deux cent quatre-vingt-douze établissements sur 668 (44 %) ont répondu à la question initiale. Parmi les établissements ayant un coordonnateur, le taux moyen de complétude des questionnaires a été de 72 % (proportion des 60 questions avec réponse complétée).

Cette excellente participation, compte tenu du taux habituel de réponses à ce type d'enquête et du temps alloué aux établissements pour la renseigner (20 jours), témoigne de la proximité des établissements avec leurs structures régionales. Les établissements participants sont adhérents aux structures régionales d'appui en qualité et gestion des risques : ils ne représentent pas toujours la totalité des établissements des régions, la majorité des établissements interrogés étant 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.

>> 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 douze 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), ce qui est effectif dans presque deux tiers des cas.

Positionnement et formation-ressources des coordonnateurs

Plus de 80 % des professionnels ayant une formation clinique exercent leur profession depuis plus de onze ans et moins de 10 % depuis deux ans ou moins. Les gestionnaires de risque et ingénieurs qualité sont naturellement plus jeunes dans la profession, ces métiers étant plus récents.

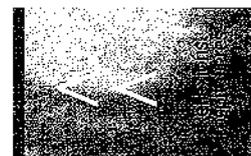
Les CGdR sont le plus souvent rattachés à une direction/cellule qualité. Les professionnels d'origine non clinique sont généralement rattachés directement à la direc-

tion, les médecins (médecins et pharmaciens) représentent 42 % des coordonnateurs, les professionnels paramédicaux 21 %, les professionnels ingénieurs et techniciens 34 % et les fonctions directrices 3 %.

Parmi les 83 professionnels médicaux, 9 sont hygiénistes et 9 pharmaciens. **Commentaire de la FORAP :** ce résultat encourageant va dans le bon sens. Mais il reste encore un tiers des établissements à persuader que la fonction de gestion des risques associés aux soins nécessite une expertise clinique pour être reconnue légitime.

tion, les médecins aux pôles médicaux dans 14 % des cas.

Commentaire de la FORAP : leur expérience des établissements est certainement un atout majeur pour être acceptés et reconnus. Alors que deux tiers des coordonnateurs 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 leur activité.



Coordonnateurs de gestion des risques associés aux soins : résultats de l'enquête FORAP



>> Plus de la moitié des CGdR estiment ne pas avoir suffisamment de temps dédié

Parmi les coordonnateurs, 8 % disposent de plus de 0,5 ETP de temps officiellement alloué à la mission de coordination des risques. Un gros tiers compte 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 ne sont significativement différents selon les types d'établissement.

La quotité de temps nécessaire pour répondre à la mission de coordination des risques est pour les deux tiers des répondants supérieure à 0,25 ETP. Plus de la moitié d'entre eux affirment qu'il leur faudrait plus de temps pour exercer leur mission. Dans les CHU et les établissements privés de grande taille (plus de 100 lits), plus de la moitié des coordonnateurs considèrent que plus de 0,5 ETP serait nécessaire. Ils sont 40 % dans les établissements publics de grande taille (plus de 300 lits). Dans les petits établissements, la quotité perçue comme nécessaire est d'au moins 0,25 ETP.

Commentaire de la FORAP : l'estimation par les coordonnateurs de leur temps nécessaire nous paraît raison-

nable : 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 en gestion des risques a été formée

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

dicaux détiennent une formation diplômante.

Quelle que soit l'origine professionnelle, 90 % d'entre eux souhaitent une formation complémentaire. Au total, 43 % dispensent des formations sur la culture de sécurité et 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 d'ingénieurs qualité/gestion des risques formés est en forte hausse par rapport aux résultats de l'étude DGOS menée en 2009, ce qui

Les fiches issues des systèmes de signalement sont plus accessibles que les dossiers de CRCl. Les professionnels d'origine clinique déclarent avoir moins souvent accès à ces informations que les autres.

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, bien que centrale au regard de la nécessité de développer la culture de sécurité ; encore faut-il que les CGdR se perçoivent en capacité de le faire.

>> 64 % des coordonnateurs bénéficient d'un appui des structures régionales d'évaluation

Cette proportion est plus importante dans les petits établissements : 76 % des coordonnateurs d'établissements privés de petite taille reçoivent 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 semble assurée

La quasi-totalité des CGdR participe à au moins une des activités suivantes : mise en place du plan d'actions du CLIN, du plan de la commission en charge de l'analyse et de la prévention des risques professionnels, revues de morbi-mortalité, élaboration et mise en œuvre du programme d'action qualité sécurité des soins de la CME, bilans annuels du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, annexe « qualité et gestion des risques », élaboration de cartographies des risques. Il n'existe pas de différence significative selon le type d'établissement et l'origine professionnelle du CGdR.

30 % des CGdR sont nommés responsables du management de la qualité de la prise en charge médicalementeuse ; pour les autres, 83 % interviennent en soutien du responsable sur l'application du décret, l'analyse *a priori* ou *a posteriori* des risques sur la prise en charge médicalementeuse.

Commentaire de la FORAP : un recueil plus affiné de leur activité est nécessaire car il dépasse le cadre et les moyens de cette enquête déclarative. Une analyse de la perception des coordonnateurs de leur capacité à impulser le changement est également 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, a été 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 étudiés en commission régio-

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 % sont invités permanents du directoire, 81 % membres ou invités permanents de la CME, 28 % membres officiels de la commission des soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), 72 % membres de la

50 % des médecins coordonnateurs en gestion des risques ont suivi une formation, environ 20 % des médecins/paramédicaux détiennent une formation diplômante.

nale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CRCI), fiches d'événements indésirables liés aux soins. Une analyse plus fine indique, pour chaque type d'information, 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.

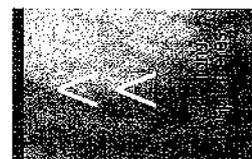
Commentaire de la FORAP : l'accès à l'information est un pré-requis indispensable à l'effectivité de leur mission. Bien que la situation d'ensemble soit rassurante, il existe de grandes disparités. La moindre accessibilité des informations pour les CGdR d'origine clinique, en particulier les pharmaciens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

>> Les CGdR au profil médical mieux intégrés dans les instances

La quasi-totalité des CGdR participe à au moins un des comités techniques suivants : comité de coordination des

commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC). Il n'existe 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 ; la situation s'inverse pour la CRUQPC.

Commentaire de la FORAP : la forte participation aux comités techniques n'est pas étonnante compte tenu de l'ancienneté des professionnels. Il n'est pas certain que leur nomination comme CGdR ait modifié leur implication. La dimension stratégique de la coordination n'est pas encore suffisamment prise en compte (37 % d'invités permanents au directoire), alors que la diffusion d'une véritable culture de sécurité nécessite une imprégnation au plus haut niveau de décision. 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 en faveur de la « médicalisation » de cette profession ? ■



Coordonnateurs de gestion des risques associés aux soins : résultats de l'enquête FORAP