

**CONTRIBUTION DE LA GESTION DES RISQUES DANS LA  
PERFORMANCE D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE DANS UN  
PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT**

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU  
MASTER 2 MANAGEMENT DES ENTREPRISES ET  
DES ORGANISATIONS  
OPTION : MANAGEMENT STRATEGIQUE ET  
OPERATIONNEL (M2 MSO)**

---

Présenté et soutenu publiquement le [Date] par

**Aurelien PEKEZOU TCHOFFO**

**Travaux dirigés par : Prénom NOM**

Titre (Enseignant, Chercheur, Dr ...)

UTER ----

Jury d'évaluation du stage :

Président : Prénom NOM

Membres et correcteurs : Prénom NOM  
Prénom NOM  
Prénom NOM

**Promotion [2017/2018]**

## CITATIONS

*« Se préparer au pire, espérer le meilleur et prendre ce qui vient »*

*Confucius*

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à présenter nos remerciements :

- ✚ En premier lieu, à Dieu le Tout Puissant pour l'inspiration, la santé qu'il nous a donnée durant ces mois consacrés à la réalisation de ce modeste travail ;
- ✚ Aux encadreurs pour leur aide et conseils ;
- ✚ Aux membres du jury, d'avoir accepté d'examiner ce travail ;
- ✚ Enfin, à toute l'équipe pédagogique responsable de notre formation.

## **DEDICACE**

A nos Chères parents.

- ✚ Dont le mérite, les sacrifices et les qualités humaines ont forgé notre caractère et notre comportement nous permettant de nous mouvoir avec succès dans ce monde, spécialement à notre Cher Papa parti trop tôt.

A notre Chère Epouse,

- ✚ Dont l'amour et le soutien nous e nourrissent et nous conduisent vers cette réalisation

A nos enfants

A tous nos frères et sœurs

A tous nos amis.

## **RESUME**

L'hygiène et la sécurité dans un environnement hospitalier sont des notions importantes qui sont recommandées par les organismes gouvernementaux et intergouvernementaux régulateur de la santé des humains et autres situations pouvant constituer un risque de santé publique. Dans les pays en voies de développements, de ressources minimales, et de risques émergents, ces notions sont parfois négligées d'autant plus la mise en œuvre des standards relatifs à l'hygiène et la sécurité dans les Etablissements de Santé (ES) demande beaucoup de ressources financières, humaines et matérielles. C'est dans ce cadre que la gestion des risques visant à assurer la qualité des soins via la sécurité et la sureté des personnels, des patients et visiteurs de l'ES tout en réduisant et maîtrisant les coûts des risques supportés par la formation sanitaire doit être intégrée dans le processus d'amélioration des performances de l'ES.

Le but de ce travail est de réfléchir et d'établir une approche anticipative et évolutive de la gestion des risques pour aboutir à une action préventive limitant le préjudice sanitaire, économique et social sur les patients, le personnel et tout visiteur de l'ES peuvent subir suite lors de leur passage dans ces lieux ainsi améliorer la performance des Etablissement Sanitaires (ES).

Cette approche se concrétise à travers les outils et méthodes que la gestion des risques utilise pour améliorer la performance des ES.

### **Mots Clés :**

---

- 1 – Risques**
- 2 – Qualité des soins**
- 3 - Hygiène Hospitalière**
- 4 - Sécurité**
- 5 - Performance**

## **ABSTRACT**

Hygiene and safety in a Health Facility (HF) environment are important concepts that are recommended by governmental and intergovernmental bodies regulating human health and other events that may constitute a public health risk. In developing countries, with minimal resources, and emerging risks context, these notions are sometimes neglected because ensuring the implementation of standards related to HF hygiene and safety requires significant financial, human and material resources. It is in this context that the risk management is implemented to ensure the quality of care for the safety and security of staff, patients and visitors of HF while reducing and controlling the costs of risks held by the HF.

The aim of the work is to think and establish an anticipatory and evolving approach to risk management to achieve preventive action limiting health, economic and social harm to patients, staff and any visitor of the HF and improve the performance of the HF.

This approach is embodied in the tools and methods that risk management uses to improve the performance of HF.

### **Key words:**

---

**1 - Risk**

**2 – Care Quality**

**3 – Hospital Hygiene**

**4 - Security**

**5 – Performance**

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**ANAP** : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé

**CISP** : Classification internationale pour la sécurité des patients

**DD** : Développement Durable

**EIAS** : événement indésirable associé aux soins

**ES** : Etablissement de Santé

**GDR**: Gestion Des Risques

**HF**: Health Facility

**HSA** : Haute Autorité de Santé

**ICAN** : African Infection Control Network

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PDCA** : Production – Distribution – Control - Assemblage

**TDBP** : Tableau de Bord de Pilotage

## Sommaire

<i>Citations</i> .....	2
<i>Remerciements</i> .....	3
<i>Dédicace</i> .....	3
<i>Résumé</i> .....	4
<i>Abstract</i> .....	5
<i>liste des abréviations</i> .....	6
<b>I. Introduction</b> .....	3
<b>Définition des Termes Clés</b> .....	3
<b>II. Problématique</b> .....	3
<b>III. Objectif</b> .....	6
<b>IV. Question d'étude</b> .....	6
<b>V. Méthodes</b> .....	7
<b>VI. Résultats</b> .....	7
1- <b>Le Risque</b> .....	7
2- <b>Le champ des risques dans un Établissement de Santé</b> .....	7
3- <b>Les enjeux de la gestion des risques dans un ES</b> .....	8
4- <b>La démarche de Gestion des Risques</b> .....	9
5- <b>La Gestion des Risques dans un ES</b> .....	9
6- <b>La maîtrise du risque infectieux.</b> .....	10
7- <b>La prise en charge du patient</b> .....	10
8- <b>Le management hospitalier.</b> .....	11
9- <b>L'hôpital et le Développement Durable (DD).</b> .....	11
10- <b>Les Outils et Guides</b> .....	12
<b>VII. Discussion</b> .....	12
<b>VIII. Conclusions et perspectives</b> .....	13

<b><i>IX. Bibliographie</i></b> .....	<b>15</b>
<b><i>X. Annexes</i></b> .....	<b>17</b>
<b>Annexe 1 : Exemple d'Indicateur de Tableau de Bord de Pilotage</b> .....	<b>17</b>
<b>Annexe 2 : Le cadre général de conduite d'une démarche d'analyse et de réduction des risques</b> .....	<b>18</b>
<b>Annexe 3 : Enjeux du Développement Durable pour les établissements de santé</b> .....	<b>19</b>
<b>Annexe 4 : Système Globale de GRD dans un ES</b> .....	<b>20</b>
<b>Annexe 5 : Exemple d'un Programme Globale de Gestion de Risque dans une ES Chirurgie</b>	<b>21</b>

## I. INTRODUCTION

---

Garantir la sécurité des personnes, des malades et des visiteurs des ES et la qualité des activités des ES a été toujours un objectif constant des politiques de santé. Les accidents et maladies iatrogènes évitables constituent une priorité de santé publique depuis plusieurs années.

Des réglementations, des approches et des méthodes ont été mises en place par les Etats et les Organismes Inter-gouvernementaux pour accompagner les ES dans cette mission. Ces moyens, s'ils ont contribué à améliorer considérablement la sécurité des ES et leur performance dans les pays développés, les pays en voie de développements ont encore du chemin à parcourir. La gestion des risques reste donc un réel problème pour les ES ainsi que leur performance en Afrique Sub-Saharienne. (OMS, 2006)

### DÉFINITION DES TERMES CLÉS

**Événement indésirable associé aux soins (EIAS)** : tout incident préjudiciable à un patient hospitalisé survenu lors de la réalisation d'un acte de prévention, d'une investigation ou d'un traitement.

**Sécurité du patient** : absence, pour un patient, d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé (OMS, CISP 2009).

**Atteinte associée aux soins de santé** : atteinte découlant de ou associée à des projets formulés ou à des mesures prises pendant que les soins ont été dispensés et qui ne résulte pas d'un traumatisme ou d'une maladie sous-jacent(e) (CISP).

**Infections Nosocomiales** : Il s'agit d'une infection acquise au cours d'un séjour dans un établissement de santé.

**Maladies Iatrogènes** : Ce sont des effets indésirables associés à un traitement ou à un médicament.

**Hygiène hospitalière** : Discipline ayant pour objet la prévention des maladies infectieuses à l'hôpital et dans les établissements de soins

## II. PROBLEMATIQUE

---

*« J'utiliserai le régime pour l'utilité des malades, suivant mon pouvoir et mon jugement ; mais si c'est pour leur perte ou pour une injustice à leur égard, je jure d'y faire obstacle. Je ne*

*remettrai à personne une drogue mortelle si on me la demande, ni ne prendrai l'initiative d'une telle suggestion » Serment d'Hippocrate (Texte Original)*

Les activités dans un ES ont pour objectif d'assurer à la communauté les soins de qualité. La notion de qualité des soins prend en considération l'innocuité de ces soins qui sont données aux patients. De même, dans ce cadre la sécurité du personnel et tout visiteur de l'ES doit être une préoccupation permanente des responsables des ES tant sur le plan de l'élaboration des politiques en matière de santé que sur le plan des pratiques de soins.

Depuis les travaux de Louis Pasteur avec la découverte des microbes au 19<sup>ième</sup> siècle et la découverte de la Pénicilline par Alexander Fleming en 1928, la médecine moderne a connu un progrès important tant dans le domaine technologique que dans le domaine scientifique. La médecine fait des prouesses aussi bien dans le domaine curatif que préventif et repousse de plus en plus les limites de la maladie. Ceci ne fait pas sans difficultés dus au nombre et la complexité des acteurs autour des formations sanitaires, les attentes des communautés, la survenue des évènements indésirables liés aux soins et les infections nosocomiales.

Les événements indésirables associés aux soins (EIAS) sont consécutifs aux actes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Ils s'écartent des résultats escomptés ou des attentes du soin et ne sont pas liés à l'évolution naturelle de la maladie. Ces évènements sont de plus fréquents depuis le début des années 1990 et découlent de l'association de procédés, de technologies et des techniques de plus en plus complexes et d'interactions humaines. Les infections dites nosocomiales quand elles sont contractées à l'hôpital. Ces infections sont essentiellement de deux types : soit directement liées à un soin, soit liées à l'environnement hospitalier.

Celles liées aux soins sont dues à l'introduction d'un microbe en un site normalement stérile du corps. Cette rupture des premières défenses naturelles contre l'infection autorise l'inoculation de germes dans des tissus ou des organes profonds où ils vont s'établir, se multiplier et provoquer une infection.

Celles liées à l'environnement hospitalier ressemblent à n'importe quelle maladie infectieuse. Les microbes présents dans l'environnement (eau, air, poussières, autres malades, personnels eux-mêmes infectés) infectent le malade par voie respiratoire, digestive ou par contact. Des personnes elles-mêmes infectées et contagieuses peuvent transmettre leur infection à d'autres malades. La promiscuité, la fréquence des contacts, la présence de malades atteints de maladies infectieuses et de malades vulnérables aux infections (personnes âgées ou

immunodéprimées) expliquent que l'hôpital soit propice à la transmission de telles infections. Il convient enfin de noter que les personnels ne sont pas épargnés par les infections nosocomiales. Ils peuvent contracter une infection par voie respiratoire ou au cours d'une exposition accidentelle au sang d'un patient contaminé. S'ils sont infectés, ils risquent de transmettre l'infection à l'un des malades qu'ils soignent.

Ainsi, les infections nosocomiales représentent un large éventail de pathologies. Les infections respiratoires saisonnières (virales le plus souvent) survenant chez des personnes hospitalisées pendant des mois (lors d'une rééducation), des années (lorsqu'il s'agit de personnes âgées), voire toute une fin de vie (dans les établissements pour personnes dépendantes) sont aussi nosocomiales. Inversement, certaines infections liées à des soins invasifs pratiqués en médecine ambulatoire (petite chirurgie, patient ayant un cathéter vasculaire laissé à demeure, etc.) surviennent en dehors de l'hôpital.

Au sujet de l'ampleur et coût des infections résultant de soins de santé, l'OMS estime qu'à tout instant, plus de 1,4 million de personnes dans le monde souffrent d'infections contractées à l'hôpital ; entre 5 et 10 % des patients admis dans des hôpitaux modernes de pays développés contractent une ou plusieurs infections. Aux Etats-Unis d'Amérique, 1 patient hospitalisé sur 136 tombe gravement malade par suite d'une infection nosocomiale, ce qui équivaut à 2 millions de cas et à près de 80 000 décès chaque année. En Angleterre, plus de 100 000 cas d'infections résultant de soins de santé aboutissent à plus de 5000 décès par an, directement imputables aux infections. Au Mexique, on estime que 450 000 cas d'infections liées à des actes de soins causent chaque année 32 décès pour 100 000 habitants. On estime à un milliard de livres sterling le coût annuel des infections contractées au cours de soins en Angleterre. Aux Etats-Unis d'Amérique, ce coût est estimé chaque année entre 4,5 et 5,7 milliards USD. Au Mexique, le coût annuel représente près de 1,5 milliard USD.

Dans les pays en développement, les systèmes de santé sont peu préparés à subir cette pression, sont plus sujet à l'augmentation des risques de survenues des infections nosocomiale et en absence des cadres de régularisations, les événements indésirables associés aux soins (EIAS) semblent être sous-estimées. Les déficits dans la gestion des déchets, l'approvisionnement en eau, la lutte contre les infections nosocomiale, l'approvisionnement et la qualité peu fiables des médicaments, le personnel peu performant, insuffisamment motivé et mal formé, des problèmes de sous-financement et la viabilité des structures sanitaires accentuent les problèmes de la qualité des interventions dans les ES. Le risque de contracter une infection au cours de soins de santé est 2 à 20 fois plus élevé dans les pays en

développement que dans les pays développés. Dans certains pays en développement, la proportion de patients souffrant d'une infection résultant de soins de santé peut dépasser 25 % selon l'OMS.

Devant ces défis accentués par une population de plus en plus jeune, vivant en dessous du seuil de la pauvreté, la participation de plus en plus croissante du secteur privé et confessionnel dans l'offre des soins, il est urgent d'entamer une réflexion et ressortir des approches anticipatives pouvant réduire le risque de survenu de tous ces effets indésirables, inattendus, nocifs liés aux soins ou à l'environnement hospitalier afin d'assurer des soins de qualité en toutes sécurités et améliorer la performance des ES.

Au cours de ce travail nous allons tout décliner clairement les objectifs, la question d'étude, la méthode utilisée, les résultats suivis d'une discussion et la conclusion.

### **III. OBJECTIF**

---

Le but de ce travail est de réfléchir et d'établir une approche anticipative et évolutive de la gestion des risques pour aboutir à une maîtrise des risques ou une action préventive limitant le préjudice sanitaire, économique et social sur les patients, le personnel et tout visiteur de l'ES ainsi améliorer la performance de l'ES.

### **IV. QUESTION D'ETUDE**

---

Suite à la mission de l'ES qui est de donner des soins de qualité avec sécurité tout en assurant la performance, les questions suivantes se posent : pourquoi anticiper le risque ? Comment appréhender un risque potentiel ou non envisagé ? Comment intégrer la notion de risque dans les prises de décision ? Comment gérer le risque pour améliorer la performance de l'ES ? Il en ressort de ces interrogations la question principale de l'étude qui est la suivante :

**En quoi la prise en compte de gestion des risques peut améliorer la performance d'un établissement des soins de santé dans un contexte de faible ressource.**

## **V. METHODES**

---

Afin de répondre à nos questions d'étude déjà formulées ci-haut, nous nous sommes basés sur une recherche documentaire approfondie.

Nous avons fait une analyse documentaire approfondie de divers supports sous plusieurs formes : livres, revues scientifiques, rapports de recherche, procédures réglementaires et autres documentations disponibles sur internet à travers les moteurs de recherche réputés comme Pub Med, Medline et Cochrane Library.

Le premier objectif est de comprendre la gestion des risques dans un ES et de cerner entre sa contribution dans l'amélioration des prestations données aux patients et l'amélioration de leur environnement global :

Le deuxième objectif de cette étude documentaire est de comprendre et d'évaluer la contribution de la gestion des risques dans un ES et l'amélioration de la performance de l'ES.

Le troisième objectif consiste à cibler les outils qualitatifs et outils quantitatifs nécessaires pour le pilotage et le management des risques visant le processus d'amélioration continue de la qualité des soins et la performance de l'ES.

## **VI. RESULTATS**

---

### **1- LE RISQUE**

ISO 31000 – 2009 –Management du risque - principes et lignes directrices définition le risque comme l'effet de l'incertitude de l'atteinte des objectifs.

Le risque est la combinaison de probabilité d'évènements et de ses conséquences.

La notion de risque est toujours associée aux notions de probabilité, dommages, évènements indésirables ou redoutés ou de gravité.

Le risque se comprend aussi comme une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs évènements dont l'occurrence est incertaine.

### **2- LE CHAMP DES RISQUES DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

Ces champs sont internes et externes et on peut citer :

- les risques cliniques : spécifiques liés aux activités médicales et de soins

comme les complications d'actes médicaux, erreurs médicamenteuses, erreurs de diagnostic, défauts d'informations)

- les risques inhérents aux organisations
- les risques techniques (incendie, panne d'électricité, dégât des eaux, protection des bâtiments et des équipements)
- les risques environnementaux (légionellose)
- les risques sociaux (absentéisme, grèves)
- les risques informatiques Les risques financiers
- les risques financiers
- les risques d'image
- la gestion de crise (risques exceptionnels)

Chaque ES doit développer un programme de gestion globale et coordonnée des risques. Il doit faire l'objet d'un document écrit et un Gestionnaire des Risques attaché à la direction doit être désignée pour développer et gérer le programme.

### **3- LES ENJEUX DE LA GESTION DES RISQUES DANS UN ES**

Les enjeux sont multiples et sont liées intimement aux critères de performances des évaluations des ES suivant différents modèles, constituant ainsi une motivation supplémentaire pour les responsables des ES à s'investir dans la Gestion des Risques dans l'ES. Les enjeux principaux se déclinent comme suit :

- l'intégration de la gestion des risques dans la performance hospitalière implique la responsabilisation de chaque acteur, une prise de conscience individuelle et collective des risques et des changements importants en terme d'organisation, de système d'information et de management.
- la mise en place de bonnes pratiques de sécurisation qui s'imposent pour prévenir les risques et leurs conséquences potentiellement dramatiques ;
- la mise en place de programmes de Gestion Des Risques (GDR) (Annexe 4) est une condition favorable d'assurabilité d'un ES ;
- l'établissement de la confiance avec les usagers en matière de sécurité des soins car le programme GDR (Annexe 5) exige la transparence sur les accidents, l'implication et la participation des usagers aux décisions médicales et permettant ainsi l'acceptabilité et le partage des risques inhérents à l'activité de production des soins
- l'instauration d'une culture d'évaluation de la qualité (certification, évaluation des

pratiques) instituant obligatoirement un processus continue d'amélioration des performances de l'ES.

- l'optimisation des compétences et amélioration des organisations : approche pluridisciplinaire et transversale

#### **4- LA DÉMARCHE DE GESTION DES RISQUES**

La démarche de gestion en général s'articule suivant les étapes ci-dessous :

- 1- l'identification des risques à priori et à posteriori élaborer par l'ES ;
- 2- l'analyse des risques vise à quantifier la gravité et la fréquence de chaque risque, à déterminer ses causes et ses conséquences (dommage ou préjudice). Cette analyse systémique permet de retracer la chaîne d'évènements ayant conduit à l'accident ou l'incident avec la recherche des causes liées à l'organisation.
- 3- la hiérarchisation des risques permet de sélectionner les risques qui exigent des actions prioritaires en fonction de leur fréquence et de la gravité. Elle est établie en fonction de la criticité du risque également de son acceptabilité, de son évitabilité, de son coût.
- 4- l'élaboration et la mise en œuvre du plan d'actions (faisabilité, coût/efficacité, bénéfiques) avec un arbitrage tenant compte des contraintes réglementaires, budgétaires, sociales, politiques, sociologiques.
- 5- le suivi et l'évaluation : vérifier la pertinence du plan d'action et d'identifier les risques résiduels surveiller, de l'efficacité des actions au regard des objectifs soutenus par des indicateurs définis au préalable.

#### **5- LA GESTION DES RISQUES DANS UN ES**

La gestion des risques dans le domaine de la santé s'est développée aux Etats Unis dans les années 50, pour réduire le risque de mise en cause de la responsabilité des professionnels et, ce faisant, les actions en dommages-intérêt et le coût des assurances pour négligence médicale.

La gestion se fait globalement suivant 2 approches :

- approche sectorielle : Chaque collège de spécialité médicale définit les bonnes pratiques au regard des risques encourus et associe l'ensemble des soignants dans une approche transversale. Les vigilances sont réglementées et intégrées
- approche globale : Approche systémique pluridisciplinaire étalée à tous les

niveaux du système de dispensation des soins et de l'administration du Système de Santé. En France, la Haute Autorité de Santé (HSA) réalise des visites de certification sur la base d'un manuel de gestion des risques. Ce référentiel permet d'évaluer le fonctionnement global des établissements de santé.

#### **6- LA MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX.**

Elle doit se faire par :

- la promotion de la culture de sécurité et de veille permanente dans les ES et l'implication de tout le personnel dans le processus de gestion des risques iatrogènes et des infections nosocomiales qui peuvent porter atteinte aux patients et aux personnels de l'établissement. Des cycles de formation continue doivent être mis en place pour fournir au personnel les éléments de compréhension et les outils qui leur permettent d'agir rapidement et efficacement. Suivant la taille et l'activité de l'ES, des services ou unités d'hygiène dans les ES chargés de faire le dépistage, la recherche, l'intervention et le pilotage des risques infectieux dans l'ES doivent être mises en place.
- la coopération en réseau entre les établissements de santé pour l'échanges des expériences réussies pouvant aboutir à un jumelage des établissements de santé entre les pays développés et les pays en voie de développement.
- la promotion de l'utilisation des tableaux de bord et des indicateurs qui vont faciliter le pilotage des risques liés aux soins et qui peuvent être des outils pertinents d'aide à la décision, à l'institutionnalisation de la veille et à la gestion des risques dans les établissements de soins. (Annexe 1)
- la coopération et le partenariat avec les initiatives internationales qui promeuvent la sécurité des patients et des soins comme African Infection Control Network (ICAN) et l'Alliance Mondiale de la sécurité des Patients.

#### **7- LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT.**

*L'accueil* du patient et ses proches et une évaluation du risque infectieux doit être fait afin de commencer la gestion au plutôt. Ceci doit être pérennisé par la formation accompagnée des évaluations pour faire les ajustements nécessaires.

*La bientraitance* : le respect de la bientraitance et la prévention de toute sorte d'acte de maltraitance des patients surtout les personnes qui nécessitent un traitement spécifique (personnes âgées, enfants, malades psychiques et psychiatriques, personnes handicapées...).

*La confidentialité.* Tout ES doit veiller à l'application du respect de la confidentialité et la non divulgation des informations relatives à l'état de santé physique ou mentale du patient ou toute autre information qui concerne sa vie privée. De même, l'établissement doit définir les modalités de partage des informations relatives au patient à l'intérieur de l'établissement ou avec tout autre établissement auquel le patient fait recours. Sensibiliser continuellement le personnel et faire des évaluations régulières

*Le respect de l'intimité et de la dignité* du patient doit être assuré tout au long du processus de sa prise en charge et pendant tout acte lui est administré.

### **8- LE MANAGEMENT HOSPITALIER.**

Le managérial que doit être gouverner par l'amélioration continue de la qualité selon le cycle PDCA de Deming (Plan, Check, Do et Act) ou (planifier, réaliser, évaluer et améliorer). (Chardonnet A et Coll. 2003)

Un TDBP permettant de maîtriser la coordination interne est importante, comme outil de contrôle de gestion décentralisé avec une délégation forte auprès des responsables d'unité pour de contrôler l'affectation des ressources. (Thierry N, 2000)

Cette gestion doit reposer sur la synergie entre le pilotage stratégique assuré par un comité exécutif et administratif et la gestion opérationnelle assurée par le corps médical, paramédical et soignant : un management qui met le patient comme centre d'intérêt et anticipe sur les risques.

### **9- L'HÔPITAL ET LE DÉVELOPPEMENT DURABLE (DD).**

La définition de la santé environnementale retenue par l'OMS s'inscrit dans une approche de santé publique qui vise à identifier et à réduire tous les risques qui pèsent sur la santé, dans l'environnement, sans considération particulière sur leur localisation ou sur leur origine.

Le développement durable (Annexe 3) est largement répandu dans les établissements et services sanitaires, sociaux et médico-sociaux en France. Il fait partie des sujets de la gestion courante pour 96% des établissements interrogés. En moyenne, 85% des établissements intègrent le développement durable au niveau de leurs projets stratégiques. En 2015, les cliniques et hôpitaux privés se détachent de la moyenne et déclarent unanimement intégrer le développement durable dans leurs projets stratégiques (pour 99% de ces établissements) (Dominique G et Coll. 2015)

## **10- LES OUTILS ET GUIDES**

Quelques guides et outils ci-dessous donnent des orientations aux responsables des ES vers une gestion des risques globales adéquates de l'ES :

- le cadre général de conduite d'une démarche d'analyse et de réduction des risques, (HAS, 2016)
- la recommandation pour l'élaboration de la Mise en Œuvre d'un Programme de Gestion des Risques dans les Établissements de Santé (Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, 2004)
- la mise en œuvre de la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, Des concepts à la pratique (HAS, 2012)

## **11- Les Critères de Performance des ES**

Dans les pays développés divers organismes permettent à travers les indicateurs d'apprécier la performance des hôpitaux. Plusieurs modèles ont permis d'appréhender la performance d'un ES cependant le modèle « Performamance Tool for quality Improvement in Hospital » (Viellard et al 2005) conceptualisé par l'OMS est articulé autour de 6 composantes : l'efficacité clinique, l'efficience l'orientation du personnel, la gouvernance responsable, la sécurité intégrant la gestion des risques et l'orientation des patients est le plus utilisé.

Le modèle HospiDiag de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé(ANAP) est construit autour cinq dimensions : l'activité, la qualité, l'organisation, les ressources humaines et les finances donne une alternative satisfaisante.

## **VII. DISCUSSION**

---

L'objet de notre Etude était de savoir en quoi la prise en compte de gestion des risques peut améliorer la performance d'un ES dans un contexte de faible ressource à l'aide d'une revue approfondie de la documentation.

Au regard des résultats, de par les enjeux de la gestion des risques et ses multiples champs, de part le lien étroit entre la gestion des risques et la qualité des soins, il apparaît clairement que la gestion des risques dans un ES est une des facteurs qui entre dans le processus d'amélioration continue des performances des ES donc on est tenté de dire qu'une gestion des risques adéquats dans un ES contribuera à l'amélioration de ses performances. D'ailleurs la

gestion des risques est un des enjeux capitaux en termes d'assurabilité et de confiance des usages dans les pays développés dont une meilleure fréquentation de l'ES et une gestion efficace de l'ES. Dans les pays en développement, la gestion des risques à travers la recherche de la qualité des soins, l'hygiène hospitalière constitue des éléments aussi importants dans les critères de performances des établissements de santé. Cependant le processus de Gestion des Risques n'est pas aussi structuré que dans les pays développés. Ceci va de soit car les ressources allouées au secteur de la santé sont souvent minimales et la majorité des populations vive en dessous du seuil de la pauvreté. Ceci étant, l'approche Développement Durable de l'ES pourrait être une piste intéressante à explorer afin de maîtriser les différents risques gage de l'amélioration des performances des ES en utilisant les ressources minimales.

Quelques limites de l'étude sont tout de même à souligner. La méthode en soit qui se limite à l'analyse de la documentation et le caractère composite de la gestion des risques – qui a un champ très large allant du risque lié à l'état du patient jusqu'à l'image de l'ES – induit des difficultés dans l'interprétation du type de risques qui pourrait avoir une influence plus importante sur la performance de l'ES et les conclusions que nous pouvons tirer de ces travaux. En effet, le concept de gestion de risque et contribution dans la performance des ES aurait une compréhension plus approfondie si la recherche de la documentation était couplée à une descente sur le terrain pour faire des interviews ciblées. Ceci pourrait être la deuxième phase de notre étude. Néanmoins pour pallier ces biais, nous avons essayé d'approfondir notre recherche de la documentation en faisant appels aux sources diverses et crédibles.

## **VIII. CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES**

---

*"L'hôpital a par sa vocation, ses missions et ses activités, une plus grande responsabilité et un devoir d'exemplarité dans la mise en place d'une stratégie de développement durable" 34e congrès de la fédération internationale des hôpitaux à Nice.*

La sécurité des soins est devenue une préoccupation majeure et un souci universel vu l'impact important des Infections Nosocomiales et EIAS et des divers accidents qui surviennent tout au long du processus de prise en charge des patients, des problèmes qui pèsent lourd

humainement, socialement et financièrement aussi bien pour l'individu que pour la collectivité dans un contexte de ressources minimales.

L'ES des pays en voie de développement doit adhérer à la logique de l'ES et le Développement Durable, étant donné qu'il est un grand consommateur d'espace, de ressource naturelle, énergétique, financière et humaine. La démarche va constituer à réconcilier l'hôpital avec son environnement externe réduisant ainsi les risques et amélioration de la qualité des soins et la performance. Ceci doit considérer :

- la gouvernance de la structure sanitaire
- la prise en charge des malades : la maîtrise du risque infectieux par l'amélioration du cadre de vie des malades, les soins de qualité et sécurisé,
- l'épanouissement du personnel : Management durable des ressources humaines, lutte contre des discriminations en emploi
- l'environnement globale : Les bâtiments, les installations et les équipements, des mesures pour la révision et le contrôle de consommation de l'électricité, gaz, eau et l'intégration, des énergies propres et renouvelables, réduction des risques environnementaux ; gestion des déchets,
- l'efficacité économique : Utilisation de peu de ressource pour une rentabilité maximale

Pour y arriver, il faudra intégrer les réglementations en matière d'intégration des mesures de santé Développement Durable pour les ES dans les politiques de santé et encourager les établissements de santé à mettre en œuvre le processus d'amélioration continue de développement durable pour la version v2010 de la certification comme en France (HAS, 2009).

Il faudra aussi compter sur les initiatives prises au niveau national et la solidarité internationale pouvant déboucher sur des améliorations structurelles importantes touchant le personnel, notamment dans les pays en voie de développement. Ces améliorations se traduiraient par la possibilité d'avoir partout accès à un personnel motivé, compétent et convenablement soutenu, par une plus grande satisfaction des travailleurs, des employeurs et du public, et par une gestion plus efficace des ressources humaines par l'Etat, la société civile et les associations professionnelles réduisant ainsi les risques divers pour les ES. (OMS, 2006)

## IX. BIBLIOGRAPHIE

---

### Ouvrages et articles

- Ludovic Schneider. (2005), Conseil et Formation en Durabilité Le développement durable, en milieu hospitalier ; Congrès Management de la qualité et gestion des risques dans la santé Strasbourg, Mai, 4.
- Haute Autorité de Santé. (2012), Guide destiné aux professionnels en charge de la sécurité des soins en établissement de santé : HAS ; Mars.
- Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. (2004), Recommandation pour l'Elaboration de la Mise en Œuvre d'un Programme de Gestion des Risques dans les Etablissements de Santé : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Sous-Direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, 15.
- Oliver G. (2007), Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals; World Health Organization.
- Veillard J et Coll. (2005), A performance assessment framework for hospitals: the WHO Regional Office for Europe PATH Project. International Journal for Quality in Health Care; 487-496.
- Dominique G et al. (2015), Baromètre de la Sante Durable. 8ieme Edition ; SHAM ; 4-5.
- Chardonnet A, Thibaudon D. (2003), Le guide du PDCA de Deming. Progrès continu et management ; 2ème édition, 369.
- Thierry N. (2000), Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? 21<sup>ème</sup> Congrès de l'AFC, May, 15.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2006), Sécurité des patients. Rapport du Secrétariat. OMS ; 153.
- Virginie G. (2010), Principes d'une démarche d'assurance qualité, évaluation des pratiques professionnelles ; Avril, 5.
- Haute Autorité de Santé. (2012), Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, Des concepts à la pratique ; Mars.
- Haute Autorité de Santé. (2016), Cadre général d'évaluation des démarches d'analyse

des événements indésirables associés aux soins ; Novembre.

- Jacquemot P. (2012). Les systèmes de santé en Afrique et l'inégalité face aux soins, Afrique contemporaine, volume 3 (n° 243) ; 95 - 97.
- Guisset, A.L et coll. (2002). Définition de la performance hospitalière : une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hopitaux. In : Sciences sociales et santé. Volume 20, n°2 ; 65-104.
- Haute Autorité de Santé (2009). Manuel de certification des établissements de santé V2010, Juin.

### **Sites internet**

<https://www.ordomedic.be/fr/l-ordre/serment-%28belgique%29/serment-hipocrates/>

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2011561/fr/comprendre-pour-agir-sur-les-evenements-indesirables-associes-aux-soins-eias)

<https://www.who.int/gpsc/background/fr/>

<http://www.hdf.usj.edu.lb/seminaire/introduction%20%C3%A0%20la%20gestion%20des%20risks%20dans%20in%20ES%20%20version%2026.pdf>

[f](#)

## X. ANNEXES

### ANNEXE 1 : EXEMPLE D'INDICATEUR DE TABLEAU DE BORD DE PILOTAGE

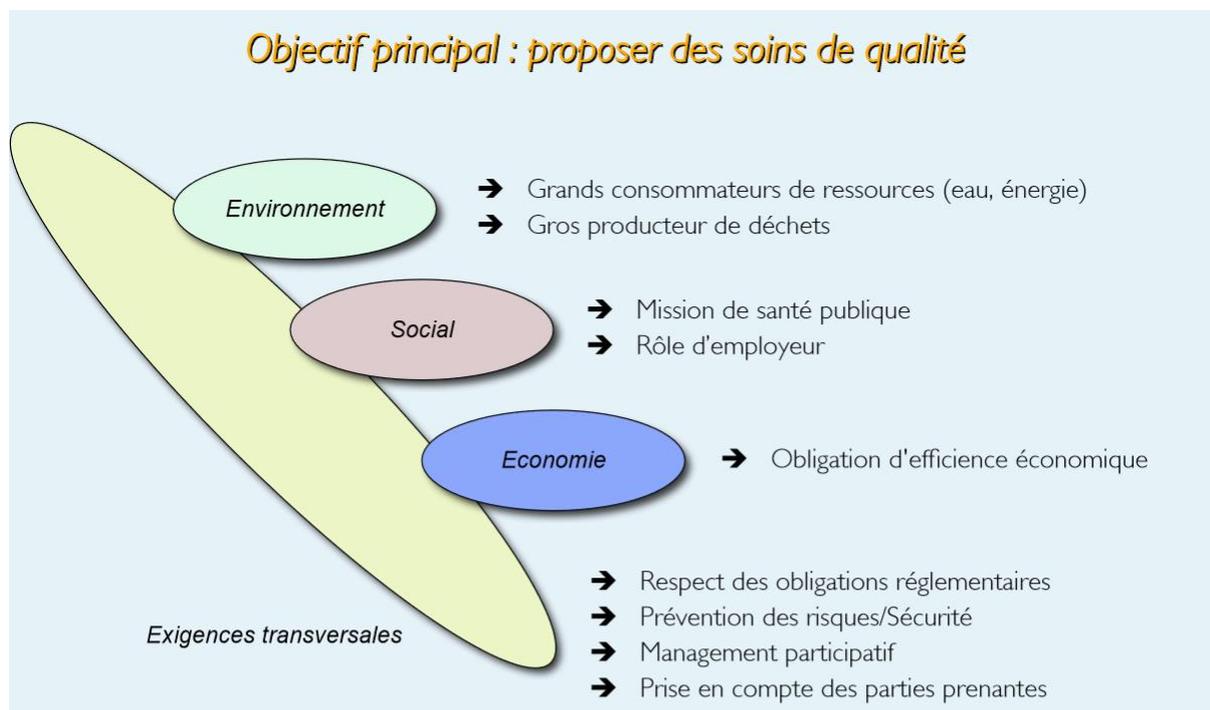
	Dysfonctionnements	Indicateurs	Pilotes		Origine de l'information
			Services	Acteurs	
C A S 1	1 Non respect des procédures de demande d'examens	Nb de demandes d'examen ne respectant pas la procédure	Laboratoire	Cadre labo.	Laboratoire biologiste
	2 Prise en charge post-opératoire défailante	Nb de patients arrivant dans les services hors procédures	Bloc	Cadre bloc	PS SMC
	3 Retards et interruptions au bloc	Durée cumulée des retards et interruptions	Bloc	Cadre bloc	Cadre Bloc
	4 Détournement du rôle des urgences	Nbre d'admissions programmées passant par les urgences	Urgences	Médecin urgences	P.S. Urgences
	5 Programmation du bloc insuffisante	% d'interventions(hors urgence) exécutées hors programmation	Bloc	Cadre bloc	Cadre bloc
	6 Planification des visites insuffisante	Nbre de visites hors créneau horaires	SMC	Cadre infirmier	PS. SMC
	7 Planification des sorties insuffisante	Nbre de sorties hors procédures	SMC	Cadre infirmier	PS SMC
C A S 2	8 Non-respect des délais des cahiers nominatifs	% des cahiers nominatifs hors délais	Pharmacie	Cadre préparateur	Cadre préparateur
	9 Non suivi des manquants	Nbre des manquants non suivis ou non remplacés	Pharmacie	Cadre préparateur	préparateur pharmacie
	10 Mode de rangement interne des caisses insuffisant	Nbre de caisses mal rangées	Pharmacie	Cadre préparateur	P.S. SMC
	11 Attente au guichet service	Temps d'attente cumulé	Pharmacie	Cadre préparateur	Préparateur guichet

SMC : Services médicaux et chirurgicaux ; PS : personnel soignant

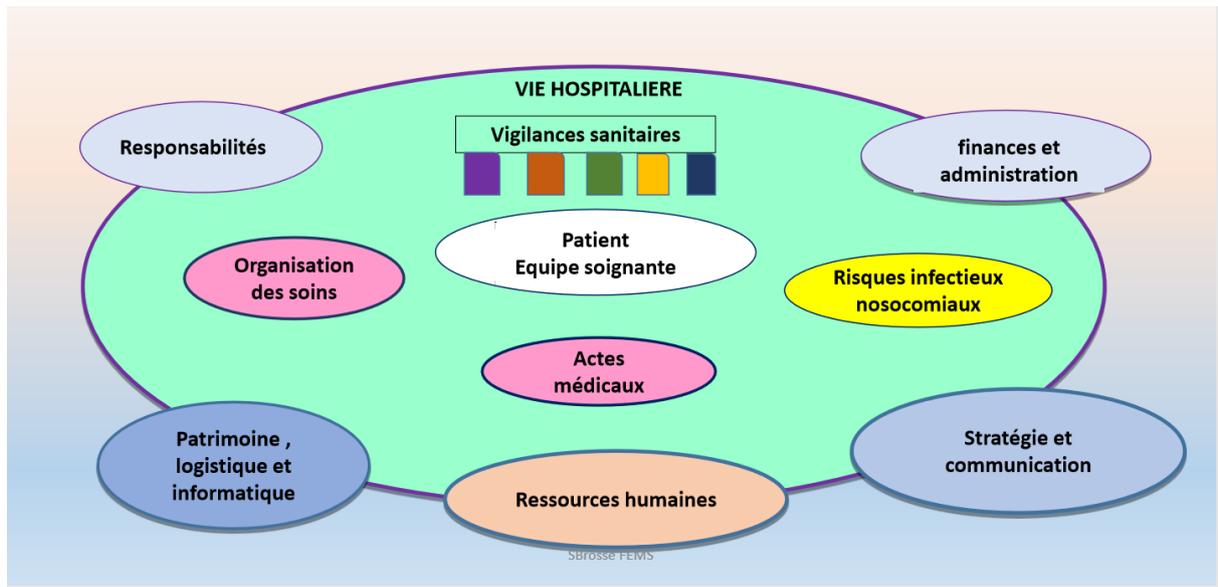
## ANNEXE 2 : LE CADRE GÉNÉRAL DE CONDUITE D'UNE DÉMARCHE D'ANALYSE ET DE RÉDUCTION DES RISQUES

Quoi Étapes de la démarche et tâches associées		Avec quoi Méthodes et outils
<b>Étapes 1</b> Sélectionner la situation à risque et organiser la démarche	1. Sélectionner le processus (a) en démarche préventive, sur la base du programme d'actions qualité-sécurité des soins (b) en démarche corrective en réaction à un EPR ou un EIG	Critères de sélection (a) en démarche préventive : dangerosité, évitabilité, coûts, exigences réglementaires (b) en démarche corrective : gravité, évitabilité, fréquence, événements « sentinelles »
	2. Organiser la démarche (former si besoin)	Fiche projet (dans le cadre ou non d'une EPP, RMM, etc.)
	3. Choisir l'animateur du groupe de travail	Compétences et analyse en animation
	4. Conduire la réunion d'ouverture	Actualisation éventuelle de la fiche projet
<b>Étapes 2</b> Analyser la situation et identifier les risques	<b>Cas d'une démarche corrective</b>	
	1. Collecter les données relatives à l'EI retenu	Interviews (voire investigations complémentaires)
	2. Analyser les données collectées, rechercher les causes favorisantes, immédiates et profondes	Méthodes ALARM (en 1 <sup>re</sup> intention) Arbre des causes (en 2 <sup>e</sup> intention)
	3. Analyser les modalités de la récupération	Qui, Quand, Comment
	<b>Cas d'une démarche préventive</b>	
	1. Décrire la réalité de l'activité	Description du processus + étude de terrain
	2. Identifier les défaillances potentielles, leurs conséquences et leurs causes	Analyse du processus et de ses points critiques (en 1 <sup>re</sup> intention), AMDE (en 2 <sup>e</sup> intention)
	3. Identifier les barrières de sécurité présentes, efficaces ou défaillantes et celles manquantes	Référentiels (réglementation, recommandations, normes), Avis des experts (au niveau local ou régional)
4. Dans les 2 cas : valider l'analyse	Compte-rendu de réunion	
<b>Étapes 3</b> Évaluer et hiérarchiser les risques	1. Préciser les objectifs et les priorités	Compte-rendu de réunion
	2. Rechercher les solutions possibles relatives aux segments priorités	Remue-méninges (organisation et pratiques de sécurité à renforcer ou à mettre en œuvre)
	3. Comparer les solutions possibles, choisir	Analyse de type « intérêts/limites » ou « effort/bénéfice »
	4. Concevoir le plan d'action en réduction de risques. Préciser les modalités de suivi	Plan d'action (barrières de sécurité et bonnes pratiques) Modalités de suivi (indicateur, audit, etc.)
	5. Valider le plan d'action	Compte-rendu de réunion
<b>Étapes 4</b> Traiter les risques	1. Écrire le processus nouveau	Logigramme ou tableau ou chemin clinique (quoi, qui, avec quoi)
	2. Positionner et caractériser les barrières de sécurité	
	3. Préciser et planifier les actions d'accompagnement	Chronogramme (ou diagramme de Gantt)
	4. Valider la démarche	Compte-rendu de réunion
	5. Mettre en œuvre les actions d'accompagnement avant et/ou pendant l'implantation du processus nouveau	Actions d'information, de formation, voire de supervision initiale renforcée
	6. Mettre en place le processus nouveau et les indicateurs. Tester les documents	Procédure, modes opératoires, chemin clinique et/ou check-list(s)
<b>Étapes 5</b> Suivre les risques et pérenniser les résultats	1. Mesurer et analyser les résultats	Audit interne et/ou indicateur
	2. Ajuster la démarche si besoin	
	3. Valider solutions et documents	Procédures de validation interne et de diffusion des documents
	4&5. Diffuser les documents validés et assurer la pérennité de l'action	Formation et intégration des nouveaux entrants. Suivis divers
	6. Clore le dossier, procéder au retour d'expérience	Fiche REX et ses mots clés. Archivage en base de données
	7. Communiquer sur les résultats	Actions de communication internes, voire externes

### ANNEXE 3 : ENJEUX DU DÉVELOPPEMENT DURABLE POUR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ



## ANNEXE 4 : SYSTÈME GLOBALE DE GRD DANS UN ES



# ANNEXE 5 : EXEMPLE D'UN PROGRAMME GLOBALE DE GESTION DE RISQUE DANS UNE ES CHIRURGIE

