

**CONTRIBUTION A LA MISE EN PLACE  
D'UN SYSTEME DE MANAGEMENT INTEGRE A LA  
CLINIQUE BIASA A LOME AU TOGO**

**MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU  
MASTER EN INGENIERIE DE L'EAU ET DE  
L'ENVIRONNEMENT**

**MASTER SPECIALISE EN QUALITE HYGIENE  
SECURITE ENVIRONNEMENT**

---

Présenté et soutenu publiquement le [Date] par

**Guido Dzifa Ovidio de SOUZA**

**Travaux dirigés par : Prénom NOM**

Titre (Enseignant, Chercheur, Dr ...)

UTER ----

Membre et correcteur : **Dr Joseph MAKAYA**

**Promotion [2013/2014]**

## **DEDICACE**

Rendons grâce au Seigneur car il est bon. Eternel est son amour.

(Psaume 107)

**A toute ma famille,**

Que ce mémoire, fruit de la miséricorde de Dieu, soit le fruit des efforts et  
sacrifices consentis à mon égard et une joie partagée

## REMERCIEMENTS

Ce mémoire de fin d'études me donne l'occasion d'exprimer mes sincères remerciements :

Au Directeur de l'Institut International d'Ingénierie de l'Eau et de l'Environnement (2iE) à Ouagadougou et à tout le corps enseignant, en particulier à tous les formateurs intervenus dans le Master Qualité – Hygiène – Sécurité – Environnement, pour la formation et les conseils qui ont pour but de faire de nous de futurs bons cadres.

Au Directeur Général de la Clinique BIASA à Lomé, Dr Moïse Kwasivi FIADJOE, toujours soucieux de notre avenir, vous avez contribué activement à notre formation morale et professionnelle. Vos qualités humaines resteront à jamais pour nous un modèle à imiter. Permettez nous de vous exprimer ici notre profonde gratitude et nos sentiments respectueux.

Au Personnel de la Clinique BIASA, spécialement la Directrice Générale Adjointe et les Responsables et membres des Comités, pour l'accueil, la disponibilité, leurs implications, et les échanges fructueux pour le bon déroulement de nos missions.

A tous ceux qui de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

## **RESUME**

La Clinique BIASA S.A. a intégré son projet de modernisation dans une ligne de projet de développement durable. Des études, évaluations et audits ont donc été réalisées pour lui permettre de répondre aux standards internationaux par la mise en œuvre des actions correctives et recommandations. Ces dernières ont été assurées par des Comités formés du personnel qui fonctionnaient en mini-système de management.

Le Comité Qualité coaché par un Consultant Qualiticien, seul avait assuré sa mission de conduire les laboratoires d'analyses médicales et de fertilité à l'Accréditation en 2013.

C'est dans cette optique, que nous avons été mandatés pour mettre en place un Système de Management de l'Environnement (SME) pouvant intégrer tous les autres domaines des audits avec les autres Comités déjà formés.

Nous avons donc réalisé dans un premier temps une synthèse de toutes les ressources documentaires disponibles. Ensuite, nous avons redynamisé les ressources humaines à travers les comités en vue de faire les bilans des activités/actions déjà menées et d'identifier les problèmes et difficultés.

Nous avons, par la suite, travaillé avec les Consultants et la Direction pour identifier les réels besoins, objectifs et attentes en vue de proposer un Système de Management bénéfique et efficace.

Nous avons constaté lors de notre mission qu'il y avait trop de ressources documentaires avec des actions/recommandations répétitives et que les documents normatifs et de qualité n'étaient même pas utilisés pour leur démarche. Les Comités étaient laissés à leur sort, sans suivi et coaching et aussi n'étaient pas bien outillés pour assurer pleinement leurs missions.

Nous avons aussi constaté qu'un simple SME ne pouvait pas embrasser tous les domaines et attentes des parties prenantes. Aussi, s'agirait-il d'un système séparatif qui n'impliquera pas toute la Clinique et son personnel.

Nous recommanderons alors, dans la poursuite de notre mission, la création d'un Service interne à la Clinique pour se pencher sur tous les domaines et attentes et pour la mise en place un Système de Management Intégré (SMI) bénéfique efficace et efficient sur la Qualité, l'Hygiène la Sécurité Santé au Travail, et sur la gestion de l'Environnement, en vue de concilier toutes les actions correctives menées par les comités, les acquis du management HSE (ex mission SME), et de l'Accréditation des laboratoires. Ensuite, il conviendrait d'allouer les ressources nécessaires (humaines et matérielles) pour piloter le SMI avec la démarche d'amélioration continue telle le PDCA (Planifier, Développer, Contrôler et Ajuster).

La Clinique bénéficiera énormément de la mise en œuvre d'un tel SMI, tant pour toute son organisation et sa gouvernance, pour la qualité des services et prestations de soins, pour de meilleures conditions sociales, que pour la protection de l'environnement.

**Mots Clés : Accréditation - Développement Durable - Management HSE – PDCA  
SME – SMI**

---

## ABSTRACT

The Clinic BIASA S.A. has integrated its modernization project into a sustainable development project line. Studies, evaluations and audits have therefore been carried out to enable it to meet international standards through the implementation of corrective actions and recommendations. The latter were carried out by committees composed of personnel who functioned as mini-management systems.

The Quality Committee coached by a Qualitician Consultant, alone had assured its mission to lead the medical and fertility analysis laboratories to the Accreditation in 2013.

It is with this in mind that we have been mandated to set up an Environmental Management System (EMS) that can integrate all other areas of audits with other committees already trained.

We have therefore initially made a synthesis of all available documentary resources. Then, we revitalized the human resources through the committees with a view to reviewing the activities / actions already carried out and identifying the problems and difficulties.

We then worked with Consultants and the Administration to identify the real needs, objectives and expectations in order to propose a beneficial and efficient Management System.

We found during our mission that there were too many documentary resources with repetitive actions / recommendations and those normative and quality documents were not even used for their approach. The Committees were left to their fate, without follow-up and coaching and also were not well equipped to fully carry out their missions.

We also found that a simple EMS could not cover all areas and expectations of stakeholders. Therefore, it would be a separative system that does not involve the entire Clinic and its staff.

We will therefore recommend, in the pursuit of our mission, the creation of an Internal Service at the Clinic to address all areas and expectations and to set up an effective and efficient Integrated Management System (IMS) Quality, Health and Safety at Work and Environmental Management, in order to reconcile all the corrective actions taken by the committees, the HSE Management (ex EMS) acquisitions and the Accreditation of Laboratories. Secondly, the necessary resources (human and material) should be allocated to drive the SMI with the continuous improvement approach such as the PDCA (Plan- Do- Check – Act). The Clinic will benefit tremendously from the implementation of such a SMI, both for its entire organization and its governance, for the quality of services and care services, for better social conditions, than for the protection of the environment.

**Key words: Accreditation – EMS - HSE Management - IMS – PDCA -  
Sustainable Development**

---

## **LISTE DES ABREVIATIONS**

**AE** : Audit Environnemental

**AFNOR** : Association Française de Normalisation

**BTEDE** : Bureau Technique d'Etude de Développement et de l'Environnement

**COFRAC** : Comité Français d'Accréditation

**DAOM** : Déchets Assimilables aux Ordures Ménagères

**DAS** : Déchets d'Activités de Soins

**DASRI** : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

**DCO** : Demande Chimique en Oxygène

**DD** : Développement Durable

**DDE** : Due – Diligence Environnementale

**DDO** : Due – Diligence Opérationnelle

**EMHV** : Esters Méthyliques d'Huile Végétale

**EPI** : Equipements de Protection Individuelle

**HSE** : Hygiène Sécurité Environnement

**IFC**: International Finance Corporation (SFI en français)

**ISO** : International Standard Organization / (Organisation Internationale de Normalisation en français)

**MT** : Médecine du Travail

**QHSE** : Qualité Hygiène Sécurité Environnement

**SME** : Système de Management Environnemental

**SMQ** : Système de Management de la Qualité

**SMI** : Système de Management Intégré

**STEP** : Station d'Epuration

**WBG**: World Bank Group

## **LISTE DES TABLEAUX**

<u>Tableau n° 01</u> : Synthèse de non conformités de la DDE .....	15
<u>Tableau n° 02</u> : Mesures d'atténuation / compensation de l'AE .....	18
<u>Tableau n° 03</u> : Comparaison Effluents avant épuration .....	29
<u>Tableau n° 04</u> : Comparaison Effluents après épuration .....	30
<u>Tableau n° 05</u> : Taux de réduction de la charge polluante .....	31
<u>Tableau n° 06</u> : Evaluations des actions HSE menées en 2015 .....	34

## **LISTE DES FIGURES (PHOTOS)**

Figure n° 01 : Photo de l'ancienne Clinique ..... 8

Figure n° 02 : Photo de la nouvelle Clinique ..... 9

# SOMMAIRE

## Sommaire

Dédicace .....	ii
Remerciements .....	iii
Résumé .....	iv
ABSTRACT .....	vi
liste des abréviations.....	viii
LISTE DES TABLEAUX.....	ix
LISTE DES FIGURES (Photos) .....	x
Sommaire .....	xi
<i>Introduction</i> .....	<i>1</i>
<i>I. Objectifs et Hypothèse d'étude</i> .....	<i>3</i>
1. Objectif principal .....	3
2. Objectif spécifique 1 .....	3
3. Objectif spécifique 2 .....	3
4. Objectif spécifique 3 .....	3
<i>II. Matériels et Méthodes</i> .....	<i>4</i>
A. Période et Cadre d'Etude .....	4
B. Matériel .....	4
1. Ressources documentaires.....	4
2. Rencontres et réunions .....	4
3. Documents légaux et normatifs .....	5
C. Méthodologie .....	5
1. Méthodologie 1 : .....	5
2. Méthodologie 2 .....	6
3. Méthodologie 3 .....	6
<i>III. Résultats</i> .....	<i>8</i>
A. Présentation de la Clinique.....	8
B. Résultats de l'état des lieux.....	9

1.	Synthèses des Etudes et Evaluations .....	10
1.1.	Etude d'Impact Environnemental et Social .....	10
1.2.	Due – diligence opérationnelle .....	12
1.3.	Due – diligence environnementale.....	13
1.4.	Audit Environnemental - SME .....	16
2.	Activités des Comités.....	19
3.	Activités du Management Environnemental.....	24
3.1.	Activités des Comités en rapport avec le SME.....	25
3.2.	Autres activités du SME .....	28
3.3.	Bilan global d'activités SME.....	32
<b>C.</b>	<b><i>Projet de mise en place d'un SMI.....</i></b>	<b>38</b>
1.	Avantages et intérêts d'un SMI .....	38
2.	Mise en œuvre et fonctionnement du SMI .....	39
2.1.	Vision stratégique .....	39
2.2.	Lignes directrices HSE .....	40
2.3.	Démarche de mise en place d'un Système.....	40
<b>IV.</b>	<b><i>Discussion et Analyses .....</i></b>	<b>43</b>
<b>A.</b>	<b><i>Etat des lieux - Revue documentaire .....</i></b>	<b>43</b>
<b>B.</b>	<b><i>Activités des Comités .....</i></b>	<b>43</b>
<b>C.</b>	<b><i>Mission SME .....</i></b>	<b>44</b>
1.	Difficultés et insuffisances générales .....	44
2.	Insuffisances et manquements spécifiques .....	46
<b>V.</b>	<b><i>Conclusions .....</i></b>	<b>48</b>
<b>VI.</b>	<b><i>Annexes.....</i></b>	<b>52</b>

---

## INTRODUCTION

---

La Clinique BIASA S.A et ses partenaires s'engagent à assurer un développement durable au projet de modernisation lancé depuis 2008. C'est dans cette optique que depuis la conception et/ou planification du projet à son exécution, différentes études ont été effectuées. On peut citer : l'Etude d'Impacts Environnemental et Social, la Due-diligence opérationnelle et environnementale, et l'Audit Environnemental devant conduire à un Système de Management Environnemental. Chaque Evaluation a ainsi dressé à la suite des non-conformités, des recommandations, actions correctives ou d'atténuation. Des comités ont donc été formés pour se pencher sur les recommandations et actions correctives. Ils étaient coachés par des Consultants externes sur le domaine Qualité et sur le domaine environnemental. Cependant, diverses difficultés ont été rencontrées pour la mise en œuvre effective et efficace des recommandations de ces Evaluations, malgré les ressources humaines et matérielles allouées.

Notre mission de Stagiaire à la mise en place du Système de Management Environnemental, nous a permis de constater, une corrélation, une interaction voire une répétition des recommandations et/ou actions correctives. Les activités des Comités se chevauchaient, les plans d'actions n'étaient pas bien élaborés avec des objectifs précis et des indicateurs de vérification. On pourrait constater un fonctionnement en mini système de Management de certains Comités comme le Comité Pilotage Qualité qui a conduit les Services Laboratoires d'analyses médicales et de fertilité à la mise en place d'un SMQ débouchant à une Accréditation en 2013 selon la norme NF EN ISO 15189 : 2007. On pourrait par contre constater que d'autres Comités ne fonctionnaient pas, ou fonctionnaient peu car les membres n'étant bien formés, ne disposaient pas d'outils qualité, ne trouvaient pas le temps nécessaire pour mener les

activités. A cela, on pourrait ajouter l'absence d'un budget alloué pour l'exécution des activités, l'absence d'un Service avec des Responsables formés sur les Systèmes de Management et leurs outils pour coordonner toutes les activités et actions des Comités.

C'est donc à la suite de ces observations et difficultés, que nous proposons un Projet de mise en place d'un Système de Management Intégré suivant les directives nationales, internationales et normatives pour concilier toutes les recommandations des études et audits, ainsi que les acquis du SMQ des services Laboratoires et de mise en œuvre d'un Système de Management Environnemental et Sécurité Santé au Travail.

S'agissant de notre Projet de Fin d'Etudes, et au vue du temps imparti, notre projet s'organisera sur l'examen des ressources documentaires existantes, sur le travail collaboratif effectué avec les ressources humaines existantes à travers les Comités et l'Elaboration d'une démarche de mise en place d'un SMI efficace à l'aide des outils qualité.

# **I. OBJECTIFS D'ETUDE**

---

Il s'agit d'une Etude managériale et non d'une Etude technique ou scientifique.  
Le contenu du mémoire sera comme un rapport de mission d'un Technicien en Management QHSE.

## **1. Objectif principal**

L'objectif principal est la mise en place d'un Système de Management Intégré conduisant à la satisfaction de toutes les parties prenantes et assurant un développement durable au projet de modernisation de la Clinique.

## **2. Objectif spécifique 1**

Faire l'état des lieux et la synthèse des ressources documentaires disponibles et utilisées.

## **3. Objectif spécifique 2**

Evaluer les ressources humaines allouées au projet à travers les Comités existants et les activités ou actions menées

## **4. Objectif spécifique 3**

Evaluer la mise en œuvre du projet de Système de Management Environnemental et proposer la démarche pour la mise en place d'un Système de Management Intégré pour satisfaire toutes les recommandations et exigences des parties prenantes.

## **II. MATERIELS ET METHODES**

---

### **A. PERIODE ET CADRE D'ETUDE**

Notre étude s'est déroulée sur près de 03 ans, de mars 2013 à janvier 2016. Elle s'est effectuée dans la Clinique BIASA S.A. au sein du Bureau SME créé en janvier 2013 et dirigé par les Consultants du BTEDE et par la suite au sein des Services Généraux créés en Février 2014 et dirigé par un Ingénieur en Gestion de l'Eau et de l'Environnement spécialisé sur l'Hygiène Hospitalière.

### **B. MATERIEL**

Le matériel ayant servi à la réalisation de notre étude se résume en matériel de littérature, les ressources documentaires, et en activités sur le terrain telles que les réunions.

#### **1. Ressources documentaires**

Le principal matériel de notre Etude est constitué des ressources documentaires existantes telles que :

- Etude d'Impact Environnemental et Social
- Due-diligence opérationnelle (Audit Clinique)
- Due-diligence environnementale
- Audit Environnemental pour la mise en place d'un SME

#### **2. Rencontres et réunions**

A ces ressources documentaires, s'ajoutent les séances de travail (rencontres et réunions) avec les différents Comités existants, la Direction Générale et les Consultants ayant réalisé les Evaluations et accompagnant la Clinique dans la mise en place des mini-systèmes de management.

### **3. Documents légaux et normatifs**

Utilisation des documents normatifs et non normatifs tels que :

- Norme ISO 9001 : 2008
- Norme ISO 14001 : 2007
- Norme OHSAS : 18001 : 2006
- Directives générales et spécifiques HSE de la SFI
- Loi – Cadre sur l'Environnement
- Code du Travail
- Code de la Santé Publique de la République Togolaise

A ces documents, nous nous baserons aussi sur les ressources obtenus lors de notre formation.

### **C. METHODOLOGIE**

Nous avons fait usage de différents outils méthodologiques qui nous ont permis de mieux cerner et d'appréhender les informations et contours de notre projet et ainsi d'atteindre nos objectifs.

#### **1. Méthodologie 1 :**

Nous avons effectué un état des lieux avec examen approfondi des ressources documentaires disponibles et utilisées.

Il a donc fallu examiner les différents rapports des Audits et Evaluations déjà effectuées pour résumer et concilier les actions correctives, les recommandations, les axes d'amélioration et les démarches.

A la fin de cet état de lieux, nous avons évalué la mise en œuvre des actions correctives par la visite sur le site et par la suite, nous avons effectué une synthèse de toutes les recommandations et/ou actions correctives domaine par domaine.

## **2. Méthodologie 2**

Ensuite, en ce qui concerne les ressources humaines allouées à travers les Comités, nous avons identifié les membres de chaque comité et leur qualification.

A travers les réunions et rencontres techniques, nous avons redynamisé les comités, et réexaminé les plans d'actions. Nous avons ensemble instauré des fréquences de réunions par comité en fonction de la criticité, et par la suite évalué le travail effectué (bilan initial); recadrer les activités de chaque Comité en réélaborant des plans d'actions clairs et précis avec des objectifs de résultats.

Nous avons à la suite des bilans des activités de chaque comité par rapport aux recommandations de HealthPartners et de l'Audit Environnemental, identifié les problèmes et difficultés liées au fonctionnement de chaque comité.

## **3. Méthodologie 3**

Dans un premier temps, pour atteindre l'objectif de la mise en œuvre du SME, nous avons bien identifié les Comités en rapport avec le système. Nous nous sommes bien concentrés sur les objectifs.

Nous avons fait un examen approfondi de l'Audit Environnemental, et revu les objectifs visés, les tableaux d'actions correctives et leur réalisation ; et travaillé avec les Consultants initiateurs pour relever les insuffisances.

Une enquête de satisfaction des patients et du personnel a été réalisée.

Nous avons élaboré un projet de mise en place d'un Système de Management Intégré à la suite des demandes et attentes de la Direction Générale et du Conseil d'Administration.

Il a fallu relever toutes les difficultés sur le terrain, redéfinir le projet à travers les réunions et rencontres d'autres responsables du domaine (le Médecin du Travail, le Consultant Qualité, le Responsable Qualité Laboratoire)

Nous avons réalisé des Travaux Qualité avec la Direction à travers le Comité « Quality of Patient Care » et d'autres réunions pour bien cerner les besoins et les objectifs de la Direction

Nous avons utilisé les ressources normatives pour et les connaissances acquises de la formation avec les outils qualité pour proposer la démarche à suivre par la Clinique pour la mise en place d'un SMI.

### III. RESULTATS

---

#### A. Présentation de la Clinique

Créée en mai 1984 par l'association de 03 Médecins, la Clinique BIASA disposait de 03 principales spécialités qui sont : la médecine générale, la gynécologie- Obstétricale et la Pédiatrie. Elle a été reconstruite de 2010 à 2014 pour répondre aux normes internationales et pour offrir plus de spécialités et un plateau technique aux patients du Togo et de l'Afrique. (*Confère annexe 01 pour la liste des spécialités et annexe 2 pour quelques images des unités et services*).

Elle se situe au TOGO à Lomé dans le quartier de Nyekonakpoè, 30 rue Pasteur BAËTA entre l'Avenue François Mitterrand et l'Avenue des Calais.

Elle dirigée par Docteur Moïse Kwasivi FIADJOE, Médecin Gynécologue, spécialiste de la Fertilité. (*Confère annexe 03 pour l'Organigramme de la Clinique*)



Figure n° 01 : Photo de l'ancienne Clinique



Figure n° 02 : Photo de la nouvelle Clinique

## **B. Résultats de l'état des lieux**

Nous présenterons en deux grandes parties,

- les résumés et synthèses des différentes études et évaluations réalisées,
- les rapports d'activités des différents Comités

# 1. Synthèses des Etudes et Evaluations

## 1.1. Etude d'Impact Environnemental et Social

Réalisé en Juin 2010 par le Bureau d'Etudes BTEDE au Togo. La durée de l'étude est de trente (30) jours.

### a- But et Objectifs

Le but de l'étude d'impact est d'évaluer les impacts potentiels du projet sur l'environnement physique et socio-économique afin de garantir l'intégrité de l'environnement et la durabilité du projet.

Les objectifs spécifiques concernent les points suivants :

- Identifier les impacts positifs et négatifs du projet dans la zone ;
- Analyser les impacts identifiés ;
- Proposer des mesures d'atténuation et/ou de compensation pour les impacts négatifs et des mesures de bonification des impacts positifs ;
- Elaborer un plan de gestion environnementale et sociale ;
- Elaborer un programme de surveillance et de suivi environnemental.

### b- Plan d'Audit

Les principales tâches qui seront effectuées sont :

- **Tâche 1** : présentation et description du projet, y compris les activités liées au fonctionnement de la clinique, en mettant un accent sur les composantes pertinentes avec illustrations possibles.
- **Tâche 2** : définition et justification de la zone du projet ;
- **Tâche 3** : analyse des conditions des milieux physique, biologique, humain, socioéconomique et culturel de la zone d'étude avant le projet ainsi que les conditions actuelles ;
- **Tâche 4** : description de la nature des équipements à acquérir ;

- **Tâche 5** : description des activités du projet ainsi que la caractérisation des déchets générés ;
- **Tâche 6** : identification des impacts ;
- **Tâche 7** : Nature et description des impacts ;
- **Tâche 8** : Evaluation des impacts négatifs ;
- **Tâche 9** : Identifier les risques liés à l'exécution du projet ;
- **Tâche 10** : Proposer des mesures d'atténuation et/ou de compensation des impacts négatifs majeurs ;
- **Tâche 11** : Proposer un plan de gestion environnementale et sociale (PGES) comportant les mesures préconisées, un plan de surveillance et de suivi environnemental et un tableau synthèse du plan de gestion environnemental et social.

#### c- Recommandations et Conclusion

Les recommandations et/ou actions correctives ont été consignées dans un Plan de Gestion Environnementale et Sociale.

L'EIES du projet de modernisation de la Clinique BIASA a mis en évidence non seulement les impacts positifs potentiels, mais aussi des impacts négatifs potentiels. Par rapport aux impacts négatifs importants, des mesures d'atténuation et de compensation ont été proposées, dont la mise en œuvre devrait permettre de minimiser les effets des impacts négatifs afin de bonifier ceux des impacts positifs.

L'exécution des activités générera des impacts négatifs aussi bien sur la qualité de l'air, la structure du sol, la qualité de l'eau, le climat et la couche d'ozone troposphérique ; la santé et l'intégrité physique des personnes ; le paysage (beauté et esthétique urbaine) ainsi que sur la salubrité et l'assainissement du milieu récepteur. Les mesures d'atténuation ou de compensation sont

répertoriées dans le PGES auxquelles ont été associés les coûts de mise en œuvre estimés à 9 230 000 FCFA.

## 1.2. Due – diligence opérationnelle

Réalisée du 25 au 29 janvier 2011 par des Auditeurs de Healthpartners.

Il s'agit d'une évaluation globale structurelle, fonctionnelle et de gouvernance de la Clinique avec le projet de modernisation.

### a- Objectifs

Fournir une assistance d'expertise dans le cadre d'une étude préliminaire et élaborer un plan d'action sur la base duquel la Clinique pourra développer un plan d'affaire pour optimiser la pérennité dans le long terme du projet.

L'étude préliminaire comprend les éléments suivants :

- Une analyse critique et une évaluation des opérations actuelles ;
- Une analyse critique du plan de développement proposé y compris une analyse de la conception, des équipements, des services et/ou spécialités.

### b- Plan d'Audit ou Objet de la mission

L'objet de la mission comprend :

- ❖ Une analyse des infrastructures et l'élaboration des recommandations – un audit détaillé a été mené dans les neuf composants suivants :
  - ✓ Qualité des soins y compris la prévention des infections, Santé et Sécurité au Travail
  - ✓ Les soins infirmiers
  - ✓ Les Infrastructures
  - ✓ Les consultations
  - ✓ Les finances y compris le journal des salaires et le contrôle du crédit

- ✓ Les ressources humaines
- ✓ La technologie de l'information
- ✓ La sécurité y compris la gestion de l'accès à la clinique
- ✓ La pharmacie y compris les consommables chirurgicales, médicales et le magasin d'approvisionnement.

- ❖ Une analyse de la gestion actuelle
- ❖ Une analyse du projet d'extension et de la liste des équipements.

### c- Conclusions et Recommandations

HealthPartners est d'avis que les résultats de l'audit d'évaluation doivent fournir à la Direction de la Clinique les outils nécessaires pour améliorer les compétences du personnel par la formation, l'introduction des contrôles, l'élaboration des politiques et des pratiques nécessaires pour satisfaire à la vision du Promoteur. Il y a nécessité d'améliorer les systèmes actuels en place au sein de la Clinique afin de réaliser des soins de qualité conformes aux normes internationales, de renforcer la gouvernance, de promouvoir des soins infirmiers de grande qualité et d'améliorer les résultats de la Clinique.

Ceci pourra être réalisé dans un avenir proche et permettra de développer les meilleures pratiques dans la nouvelle structure.

Nous pouvons ajouter certaines recommandations clés telles que la mise en place d'une organisation efficace et d'un Système de Management, ainsi que la mise en place d'un Comité ou Service HSE. Notons les recommandations ont en fait été transmises par domaine d'évaluation selon le plan d'audit.

#### 1.3. Due – diligence environnementale

Réalisé en Mars 2011 par une équipe de Consultants du Bureau d'Etudes BTEDE, le champ de l'étude est un audit de conformité réglementaire couvrant

la Société NOUVELLE CLINIQUE BIASA et son environnement interne et externe.

L'étude s'est réalisée conformément aux dispositions de la Loi – Cadre sur l'Environnement relative à l'audit, et aux dispositions du Code du Travail relatives à la santé et sécurité sur les lieux de travail et aux conditions de travail.

#### a- Objectifs

L'objectif général de l'audit consiste à évaluer globalement le respect des normes nationales et internationales qui régissent les établissements de santé privés et qui sont applicables à la CLINIQUE BIASA.

De façon spécifique, l'évaluation du respect des normes porte sur les domaines de la santé et sécurité au travail, de l'environnement et du social.

#### b- Résultats

Le principal résultat de l'étude est la production d'un rapport comportant les points suivants :

- Profil du projet: Description de l'étude, du site de production, de l'environnement général et du lieu ;
- Classement Social & Environnemental dans une catégorie et justification ;
- Description des normes applicables ;
- Diagnostic HSES et Technique en comparaison des normes nationales et internationales ;
- Identification des problèmes et solutions envisagées ;
- Conclusion et recommandations.

Le tableau suivant présente la synthèse des non conformités qui sont relevées lors du diagnostic HSES

Tableau n° 01 : Synthèse de non conformités de la DDE

<b>Domaines</b>	<b>Non conformités</b>
<b>Gouvernance</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Règlement intérieur très incomplet</li> <li>- Inexistence de politiques et procédures opérationnelles formelles</li> <li>- Absence d'un budget formel de fonctionnement</li> </ul>
<b>Sécurité et Santé au Travail</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Absence de politique et procédures sur les mesures d'hygiène, de sécurité et de santé</li> <li>- Inexistence de comité sécurité et santé au travail.</li> <li>- Inexistence d'un plan de gestion des matières dangereuses.</li> <li>- Insuffisance des dispositifs et mesures de sécurité incendie.</li> </ul>
<b>Environnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inexistence de statistiques sur les caractéristiques et les quantités des déchets liquides et des déchets solides.</li> <li>- Non traitement des déchets liquides et des déchets gazeux avant leur rejet dans l'environnement.</li> <li>- Absence de l'autorisation du ministre chargé de l'environnement pour les équipements radioactifs</li> <li>- Utilisation des déchets issus de la radiothérapie par les artisans</li> <li>- Non pratique du tri des déchets.</li> </ul>
<b>Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contrats de travail non visés par le directeur général du travail</li> <li>- Non rémunération des heures supplémentaires</li> <li>- Inexistence d'un code d'éthique</li> <li>- Absence de politique et de procédures sur l'éthique et le droit des patients</li> </ul>

### c- Conclusion et Recommandations

L'audit de conformité réglementaire de la nouvelle Clinique BIASA a globalement identifié des conformités et des non conformités par rapport à la réglementation nationale et/ou internationale.

Des mesures correctives ont été proposées pour les défaillances constatées en ce qui concerne la sécurité, santé et environnement de l'établissement.

Les mesures sont complétées par les recommandations ci-après. Il s'agit de :

- Poursuivre le tri des déchets dangereux des déchets banals ;
- Prévoir une visite de fréquence une fois chaque 3 ans par les sapeurs pompiers afin de s'enquérir du bon fonctionnement du dispositif de sécurité incendie, visite qui sera sanctionné par un procès verbal;
- Tenir un registre de sécurité en général dans les départements ;
- Œuvrer pour l'aménagement des voies d'accès à la clinique ;
- Mettre en œuvre le plan de gestion environnemental issu de l'étude d'impact environnemental ;
- Veiller à la prise en compte quotidienne des mesures de sécurité dans l'établissement ;
- Prendre en compte dans son intégralité, les prescriptions de sécurité issues de l'étude du plan de construction du nouveau bâtiment.

La mise en œuvre des mesures et des recommandations permettrait à la clinique d'atteindre son objectif d'excellence dans la sous-région.

### 1.4. Audit Environnemental - SME

Réalisé en 2012, l'objectif est l'état des lieux pour la mise en place d'un Système de Management Environnemental

#### a- Objectifs

L'objectif général du SME est de mettre en place un système auto-améliorant de gestion des questions environnementales et sociales y compris la qualité des services de soins dans la Clinique.

Les domaines d'application du SME (AE) sont les domaines qui ont été couverts par la Due – Diligence, conformément aux Directives IFC de la SFI :

- La Gouvernance,
- La Sécurité et Santé au Travail,
- L'Environnement, et
- Le Social.

La gouvernance a pris en compte les insuffisances constatées dans le règlement intérieur et les questions de politiques et procédures opérationnelles ainsi que les mesures proposées.

La Sécurité Santé au Travail a concerné les manquements liés à la gestion des questions sécuritaires et de santé au travail y compris la gestion des urgences.

L'environnement a essentiellement consisté en la mauvaise gestion de déchets biomédicaux pour laquelle des mesures ont été proposées.

Le social s'est adressé aux conditions de travail dans la Clinique y compris la sécurité des patients, l'éthique et le droit des patients.

#### b- Plan d'Audit

La norme ISO 14001 est utilisée ici par sa démarche et non par son champ d'application qui ne couvre pas tous les domaines couverts par la due diligence.

#### c- Résultats

Les résultats de l'Audit Environnemental du projet SME sont en réalité les résultats de la mise en œuvre des recommandations de la Due-Diligence Environnementale, car il s'agissait des mêmes Consultants du BTEDE.

A ces non conformités, des mesures correctives ont été proposées auxquelles s'ajoutent les mesures d'atténuation/compensation identifiées lors de l'étude d'impact environnementale et sociale du projet d'extension de la clinique en sa phase d'exploitation.

Tableau n° 02 : Mesures d'atténuation / compensation de l'AE

<b>Domaines</b>	<b>Mesures d'atténuation/compensation</b>
<b>Sécurité et santé au travail</b>	Aménager un parking externe sur le domaine de la clinique
	Fixer des panneaux de signalisation appropriés
	Equiper les groupes électrogènes de caissons acoustiques
	Installer un système de sécurité incendie moderne muni d'un détecteur de fumée connecté à un centre de contrôle électronique
	Aménager des dégagements afin de faciliter les interventions des sapeurs pompiers en cas de sinistre
<b>Environnement</b>	Planter des arbres autour de la clinique
	Contribuer aux activités de reboisement et de sensibilisation sur les changements climatiques au Togo.
	Analyser les eaux des puits dans et autour de la clinique pour d'éventuelles contamination par les activités de la clinique
	Veiller à une utilisation rationnelle de l'énergie dans la clinique
	Rendre étanche les puisards et fosses sceptiques et les vidanger régulièrement selon les normes nationales en vigueur
	Sensibiliser le personnel et les patients de l'utilisation rationnelle de l'eau
	Utiliser des pesticides non prohibés par la Convention de Stockholm sur les POPs pour l'élimination des animaux et des insectes nuisibles

#### d- Recommandations et/ou Actions correctives

Les recommandations formulées à la suite des deux précédentes études sont les suivantes :

- ✓ Poursuivre le tri des déchets dangereux des déchets banals ;
- ✓ Prévoir une visite de fréquence une fois chaque 3 ans par les sapeurs pompiers afin de s'enquérir du bon fonctionnement du dispositif de sécurité incendie, visite qui sera sanctionné par un procès verbal;
- ✓ Tenir un registre de sécurité en général dans les départements ;
- ✓ Œuvrer pour l'aménagement des voies d'accès à la clinique ;
- ✓ Mettre en œuvre le plan de gestion environnemental issu de l'étude d'impact environnemental ;
- ✓ Veiller à la prise en compte quotidienne des mesures de sécurité dans l'établissement ;
- ✓ Prendre en compte dans son intégralité, les prescriptions de sécurité issues de l'étude du plan de construction du nouveau bâtiment.

## **2. Activités des Comités**

Onze (11) Comités ont été formés au départ pour satisfaire les recommandations de HEALTHPARTNERS, qui sont celles de la Due-diligence opérationnelle. Les Comités fonctionnaient en mini-systèmes et étaient coachés par un Consultant externe Qualiticien.

Ainsi, une cartographie des macro-processus a été élaborée avec les finalités suivantes :

- Décrire le mode de fonctionnement et l'organisation interne de la Clinique en tant que système fait de processus,
- Définir le système de management des processus à partir de la mission fondamentale de la Clinique,

- Identifier les processus clés à optimiser en priorité,
- Centrer l'organisation sur la satisfaction des exigences des patients et celles des autres parties intéressées.

*(Confère annexe 04 pour Liste des Comités et Fonctionnement)*

Nous rappellerons par la suite les objectifs de chaque Comité.

#### a.1. Comité de Pilotage « Assurance/Amélioration Qualité- Gestion des Risques »

##### Principaux objectifs du Comité :

- Elaborer un plan stratégique pour faire l'activité,
- Mettre en place une structure de gestion qui représente les différents rôles de gestion (existant ou à créer) au sein de la Clinique,
- Elaborer des politiques pour chaque département de la Clinique,
- Aider les différents comités à élaborer des procédures pour les départements relevant de leur secteur,
- Piloter la mise en place de la démarche qualité,
- Améliorer le processus de gestion des informations,
- Procéder à une division du travail et des responsabilités principalement dans le département des finances,
- Résoudre les problèmes liés à la conformité de la chaîne de commande (achat) en mettant en place un processus d'achat,
- Superviser la gestion des risques liés aux patients, visiteurs, personnel et aux biens organisationnels,
- Assurer la mise en place et le fonctionnement des processus de management et de support,
- Assurer la gestion de la maintenance, l'examen des accords de planification et de prestation des services.

#### a.2. Comité d'Audit Clinique, Evaluation – Gestion des Risques, Ethiques et de Formation

##### Principaux objectifs

- Elaborer un système d'audit pour l'utilisation interne au sein de la structure de soins de santé,

- Développer des processus pour diffuser et exploiter de résultats des audits internes de qualité,
- Mettre en place une procédure de qualification habilitation des cliniciens,
- Diffuser les codes d'éthique de la Clinique BIASA et de chaque corps professionnel.

#### a.3. Comité de Gestion de l'Accueil et des Consultations

##### Principaux objectifs

- Chercher les opportunités pour améliorer le service à la clientèle (organiser des enquêtes pour connaître les exigences des patients, organiser des enquêtes de satisfaction)
- Gérer les réclamations des patients grâce à des fiches de demande d'action de progrès (surtout les écarts concernant les délais).

#### a.4. Comité Gouvernance et Soins Cliniques

##### Principaux Objectifs

- Standardiser les pratiques de soins cliniques,
- Organiser un système efficace d'enregistrement des données liées aux soins cliniques,
- Renforcer la gouvernance clinique.

#### a.5. Comité de Santé et Sécurité au travail

##### Principaux Objectifs

- Contrôler régulièrement les lieux de travail pour identifier les risques liés à la santé et à l'hygiène,
- Examiner régulièrement les taux d'accidents, les résultats des activités de prévention et d'autres données importantes liées au lieu de travail,
- Préparer à l'attention des travailleurs des informations sur les risques identifiés,
- Organiser des cours d'éducation,
- Examiner les aspects liés à la santé et à la sécurité pendant la phase de planification de nouvelles constructions ou de rénovation des infrastructures,
- Mener des enquêtes sur les accidents survenus,

- Développer des programmes d'encouragement (reconnaissance, récompense) pour stimuler les travailleurs à participer aux activités de santé et de sécurité au travail.

a.6. Comité de mise en place de la Démarche Qualité au LBM  
et de la Gestion de la Pharmacie

Principaux objectifs

- ✓ Mettre en place les dispositions de sécurité en rapport avec l'utilisation des produits chimiques et gazeux,
- ✓ Veiller à l'application rigoureuse des procédures,
- ✓ Mettre en place et surveiller la gestion de la pharmacie.

a.7. Comité Hygiène et Entretien

Principaux objectifs

- Mettre en œuvre d'urgence un programme d'entretien conforme aux normes internationales,
- Appliquer les politiques et procédures d'entretien des hôpitaux,
- Développer un système d'audit spécifique aux besoins de l'hôpital qui soit basé sur les meilleures pratiques actuelles.

a.8. Comité Prévention et de Contrôle des Infections

Principaux Objectifs

- Appliquer les normes universelles basées sur les meilleures pratiques,
- Appliquer les politiques et procédures qui traitent des facteurs liés à la propagation des infections au sein de la structure de soins de santé :
  - Patient à patient,
  - Patients au personnel,
  - Entre le personnel.
- Assurer la prévention par le biais de l'hygiène des mains / lavage des mains, nettoyage / désinfection / stérilisation et vaccination
- Organiser des surveillances par le suivi / enquête sur la propagation prouvée ou suspectée d'une infection au sein de la structure de soins de santé.
- Enregistrer et diffuser les cas d'infections nosocomiales relevées

- Elaborer et mettre en œuvre un programme d'éducation du personnel soignant et des patients.

#### a.9. Comité Gestion des déchets médicaux

##### Principaux objectifs

- Exploiter les normes ou recommandations de l'OMS,
- Appliquer le Plan de Gestion des Déchets Médicaux qui comprend les politiques, les procédures et les pratiques pour :
  - ✓ L'identification des déchets qui doivent être gérés comme infectieux,
  - ✓ La séparation des déchets infectieux des déchets non infectieux,
  - ✓ L'emballage,
  - ✓ Le stockage,
  - ✓ Le traitement,
  - ✓ L'élimination,
  - ✓ Les mesures de prévoyance pour situation d'urgence,
  - ✓ Programmes de formation pour le personnel.

#### a.10. Comité de mise en place de la démarche qualité en Imagerie Médicale

##### Principal Objectif

Mettre en place une démarche qualité.

#### a.11. Comité Quality of Patient Care

A la suite de ces Comités, un Comité supplémentaire ou complémentaire a été formé en fin d'année 2013 sur les instructions du Conseil d'Administration. Il s'agit du Comité "Quality of Patient Care" dont les membres sont les suivants :

- ✓ La Directrice Générale Adjointe, en qualité de Président du Comité et Représentant du Conseil d'Administration
- ✓ La Chef Services des Ressources Humaines
- ✓ Chef des Services Généraux

### ✓ Un Consultant Qualiticien

Ce nouveau Comité fonctionnant comme un Comité de Pilotage a la mission de se pencher sur le projet de mise en place d'un Système de Management de la Qualité ou de mise en place d'un Management de la Qualité avec les objectifs de satisfaire toutes les recommandations des parties prenantes et surtout de satisfaire les clients qui sont les patients. Il a fallu alors évaluer, faire le bilan des comités existants (qui ne fonctionnaient presque plus) et élaborer le Plan Stratégique de la Clinique.

Nous avons activement participé à travers ce Comité à une enquête de satisfaction des patients d'une part et du personnel d'autre part. Les résultats obtenus nous ont permis de déceler les points forts (opportunités) et les points faibles (insuffisances et menaces) de la Clinique et aussi de recenser les besoins et les attentes des patients et du personnel (*confère annexe 05 pour quelques résultats des enquêtes*).

Parallèlement au projet de SMQ, devrait aussi se réaliser le projet de mise en place d'un Système de Management Environnemental ; d'où la problématique de système de management séparatif.

### **3. Activités du Management Environnemental**

Nous décrivons dans cette partie, les activités menées dans la mission préparatoire pour la mise en place du SME. Seront à la suite, exposés les problèmes, difficultés et insuffisances.

Nous parlerons des activités avec les Comités qui ont un rapport avec le SME et par la suite des autres activités menées en faveur du SME.

### 3.1. Activités des Comités en rapport avec le SME

Nous présenterons brièvement, les bilans des comités en rapport avec le SME de Février 2013 à Avril 2014.

Il s'agit principalement des Comités Gestion des Déchets Médicaux, du Comité Entretien et Hygiène Hospitalière et du Comité Sécurité Santé au Travail dont les bilans ont été réalisés après 1 an de relance et d'activités avec nous. Notons que les bilans ont été présentés à la Direction Générale avec des Suggestions et Besoins pour améliorer la résolution des recommandations.

#### a. Bilan du comité Gestion des Déchets Médicaux

Le bilan ressortait un taux moyen de **40 %** pour la résolution des recommandations de HealthPartners et de **65 %** pour les recommandations du SME. (*Confère annexe 06*)

#### Suggestions

- Formation du personnel sur la gestion écologique des déchets médicaux
- Acquisition des équipements adéquats
- Prise en considération des activités menées par les Comités en priorisant la mise en œuvre des actions comité par comité dans un délai défini

#### Besoins

- ✓ Poubelles de différents types et contenances (à pédale et coulissant)
- ✓ Sacs à déchets de couleurs différentes (verte pour les DAOM et rouge pour les DASRI) et de contenance différentes (20 l, 50 l, et 120 litres)
- ✓ Conteneurs OPCT (de petite contenance)
- ✓ Conteneurs pour transport des déchets
- ✓ Site de stockage central bien construit et sécurisé
- ✓ Local de stockage intermédiaire par étage
- ✓ Incinérateur biomédical

- ✓ Confection d'affiches de sensibilisation sur la gestion des déchets médicaux

#### b. Bilan du comité Hygiène et Entretien

Le bilan révélait une résolution en moyenne de **60%** par rapport aux recommandations de HealthPartners ; et à près de **95%** par rapport à celles du SME. (*Confère annexe 07*)

##### Suggestions

- Valider les procédures et protocoles d'entretien et de bionettoyage
- Formation des Agents d'entretien et du personnel d'appui
- Acquisition des équipements adéquats et convenables (matériels et produits de qualité)
- Faire un stock considérable des produits « Ecolo » d'hygiène et d'entretien

##### Besoins

- ✓ Chariots d'entretien (spécifiques au milieu de soins ie pour la désinfection, le bionettoyage)
- ✓ Auto laveuse (pour le lavage automatique)
- ✓ Contrat de prestations pour la dératisation et la désinsectisation
- ✓ Distributeurs papiers essuies mains et papiers hygiéniques
- ✓ Distributeurs savon liquide doux et solution hydro alcoolique
- ✓ Locaux bien définis pour stockage des matériels et produits
- ✓ Local hygiène et vidoir par étage

#### c. Bilan du comité Prévention et Gestion des Infections

En moyenne, le bilan révélait une résolution de **30 %** par rapport aux recommandations de HealthPartners et de **25 %** par rapport aux recommandations du SME. (*Confère annexe 08*)

Cela pourrait s'expliquer par la résolution de certaines recommandations par le Comité Sécurité Santé au Travail.

#### Suggestions

- Formation d'un Comité multidisciplinaire de Lutte contre les Infections Nosocomiales et bien outiller les membres
- Formation et sensibilisation du personnel surtout soignant sur les bonnes pratiques d'hygiène hospitalière
- Acquisition du matériel (les Equipements de Protection Individuelle) pour les salles d'isolement
- Acquisition des équipements pour la surveillance des infections nosocomiales (gélouses contact, etc.)

#### Besoins

- ✓ Distributeurs Solution Hydro Alcoolique (SHA) pour le personnel soignant et les visiteurs)
- ✓ Distributeurs papiers (essuies mains et toilettes)
- ✓ Distributeurs savon doux
- ✓ Disponibilité des consommables (SHA, papiers et savons)
- ✓ Confection d'affiches et posters
- ✓ Séances d'IEC

#### d. Bilan du comité Sécurité Santé au Travail

Le Comité initialement formé pour la résolution des recommandations des Audits a été dissout et reformé suite à la Réglementation du Code du Travail de la République Togolaise. Ainsi, n'ayant pas à tant rejoint le Comité, nous n'avons pas effectué de bilan pour cette période. Toutefois, nous avons énormément contribué à l'Evaluation des risques professionnels avec une cartographie sommaire des différents services / unités ou salles de la Clinique.

Nous avons par la suite identifié les Equipements de protection à acquérir pour la sécurité au travail du personnel.

### 3.2. Autres activités du SME

Dans cette partie du mémoire, nous relèverons les autres activités principales que nous avons menées à la Clinique en faveur de la mise en place du SME.

#### a) Projet d'une mini-station d'Épuration des eaux usées

Objectif important de la protection de l'environnement, nous avons piloté le projet de la conception à la réalisation d'une mini station des eaux usées pour réduire les impacts négatifs sur le sol et la nappe phréatique car la Clinique se situe dans une zone urbaine et inondable. (*Confère annexe 09*)

Nous avons réalisé l'Etude technique de réalisation avec les impacts et le dimensionnement de la STEP en fonction de l'utilisation à la clinique.

Nous avons par la suite suivi l'installation et réalisé suivi du fonctionnement avec des contrôles d'analyse de rejet.

Voici, présenter ci-dessous l'Appréciation de l'efficacité du fonctionnement de la Station d'Épuration réalisé en Mai 2014 après 04 mois de fonctionnement.

Nous allons comparer les résultats d'analyses des eaux usées de la Clinique (effluents avant et après épuration) avec les normes de rejet de l'Union Européenne et des Directives HSE de la SFI pour les Etablissements de soins de santé.

Tableau n° 03: Comparaison Effluents avant épuration

Polluants	Unité	Critères SFI	Critères UE	Résultats
pH	pH	6 - 9		7.60
Demande biochimique en oxygène (DBO <sub>5</sub> )	mg/l	50	25	275.0
Demande chimique en oxygène (DCO)	mg/l	---	125	546.7
Matières Solides en Suspension (MES)	mg/l	50	35	60
Huiles et graisses	mg/l	10		
Cadmium (Cd)	mg/l	0,05		
Chrome (Cr)	mg/l	0,5		
Plomb (Pb)	mg/l	0,1		
Mercure (Hg)	mg/l	0,01		
Chlore total résiduel	mg/l	0,2		
Phénols	mg/l	0,5		
Coliformes totaux	NPPa / 100 ml	400		
Polychlorodibenzo-pdioxines et furanes (PCDD/F)	Ng/ l	0,1		
Augmentation de température	C	<3b		
<p><u>Note</u> : a NPP = nombre le plus probable  b à la limite d'une zone de mélange définie scientifiquement et en tenant compte de la qualité de l'eau ambiante, de l'utilisation des eaux réceptrices, des récepteurs potentiels et de la capacité d'assimilation de l'environnement.</p>				

**Conclusion** : L'effluent (eaux usées + eaux vannes) de la Clinique BIASA (avant épuration) présente des caractéristiques non satisfaisantes. Les teneurs en DBO5 et DCO sont très supérieures aux critères de l'UE et de la SFI. Cet effluent doit subir un traitement avant tout rejet.

Tableau n° 04 : Comparaison Effluents après épuration

Polluants	Unité	Critères SFI	Critères UE	Résultats
pH	pH	6 - 9		7.61
Demande biochimique en oxygène (DBO <sub>5</sub> )	mg/l	50	25	5.0
Demande chimique en oxygène (DCO)	mg/l	---	125	85.7
Matières Solides en Suspension (MES)	mg/l	50	35	8.0
Huiles et graisses	mg/l	10		
Cadmium (Cd)	mg/l	0,05		
Chrome (Cr)	mg/l	0,5		
Plomb (Pb)	mg/l	0,1		
Mercure (Hg)	mg/l	0,01		
Chlore total résiduel	mg/l	0,2		
Phénols	mg/l	0,5		
Coliformes totaux	NPPa / 100 ml	400		
Polychlorodibenzo-pdioxines et furanes (PCDD/F)	Ng/ l	0,1		
Augmentation de température	C	<3b		
<p><u>Note :</u>  a NPP = nombre le plus probable  b à la limite d'une zone de mélange définie scientifiquement et en tenant compte de la qualité de l'eau ambiante, de l'utilisation des eaux réceptrices, des récepteurs potentiels et de la capacité d'assimilation de l'environnement.</p>				

**Conclusion** : L'effluent (eaux usées + eaux vannes) de la Clinique BIASA (après épuration) présente des caractéristiques satisfaisantes. Il répond aux critères de rejet de l'Union Européenne et de la Banque Mondiale.

Tableau n° 05 : Taux de réduction de la charge polluante

Paramètres	Eau avant épuration	Eau après épuration	Taux de réduction	Observations
pH	7.60	7.61	----	
MES (mg/l)	60	8.0	<b>87 %</b>	
DCO (mgO <sub>2</sub> /l)	546.7	85.7	<b>84 %</b>	
DBO <sub>5</sub> (mgO <sub>2</sub> /l)	275.5	5.0	<b>98 %</b>	
Azote total NTK (mgN/l)	50.4	1.4	<b>97.2 %</b>	
Phosphore total	4.3	2.7	<b>37.2 %</b>	

**Conclusion** : Les résultats des différents effluents ont révélé des taux de réduction de la charge polluante d'au moins 75%. La qualité de l'effluent de rejet est satisfaisante par rapport aux critères de l'UE et de la SFI. La Station d'Épuration des effluents liquides de la Clinique est donc efficace. Toutefois, une répétition de ces analyses et bien d'autres encore (sur les métaux) doit être effectuée après 06 mois pour confirmer l'efficacité du fonctionnement de la Station d'Épuration.

#### b) Projet de production d'eau potable

Nous avons piloté le projet de production d'eau potable à partir d'une source de la Clinique. Il s'agit d'un forage à près de 320 mètres de profondeur.

Une étude technique pour la production d'une eau de qualité satisfaisante à toute la population hospitalière sans l'utilisation de produits désinfectants dont les résidus ont d'impacts négatifs sur la santé humaine surtout infantile.

Nous avons travaillé sur l'installation d'un système séparatif selon les besoins pour assurer une consommation rationnelle et donc une économie de la ressource eau.

### c) Projet Sécurité Incendie

Nous avons fait une évaluation des équipements de premiers secours disponibles. A cela, nous avons ajouté une inspection avec le Corps des Sapeurs Pompiers pour mettre en place des plans d'évacuation, les plans d'opération interne.

Nous avons à la suite permis l'acquisition et repositionnement des extincteurs dans les services et unités de la Clinique en fonction des risques, à l'installation des blocs autonomes et indications de secours, et participé à la formation du personnel à l'Ecole du Feu.

### d) Hygiène des locaux

Pour le confort et la sécurité dans l'utilisation des locaux à toute la population nous avons activement travaillé sur les procédures et techniques d'entretien et de bionettoyage. Nous avons activement participé à l'organisation, à la formation et au suivi des agents de propreté. Notons que la formation est sur 2 volets :

- le volet Techniques – produits et matériels d'entretien et
- le volet Sécurité au travail sur les risques et l'utilisation des équipements de protection individuelle.

Nous avons prescrit le Concept « ECOLO » ou « VERT » dans l'achat des produits d'hygiène et d'entretien pour assurer la sécurité du personnel et la protection de l'environnement.

### 3.3. Bilan global d'activités SME

Nous présenterons ici le bilan des activités de tous les comités pour la mission SME, ce pour une période de mars 2013 à novembre 2014. (*Confère annexe 10*)  
Notons que ce bilan a été présenté à la Direction et au Conseil d'Administration

de la Clinique ; ce qui devrait permettre de décider réellement de la mise en place d'un SME.

Ajoutons qu'à partir de Mai 2014 au sein des Services Généraux, nous fonctionnons en Management HSE et non plus en SME car les activités et missions portaient confusion au sein des Services Généraux et de la Médecine du Travail d'une part, et aussi au sein du CA et du personnel d'autre part.

En récapitulatif, le bilan stipulait les points suivants pour bien assurer le Management HSE au sein de la Clinique BIASA :

- Former un grand Comité HSE avec des référents dans chaque service ou Département et l'outiller
- Organiser des réunions d'informations et de sensibilisation sur le Management HSE et ses contours
- Agir sur la Communication interne à travers les affiches, les pictogrammes, les plans d'évacuation
- Formation théorique et pratique sur l'Ecole de Feu.
- Acquisition des EPI et autres équipements de protection

Tableau n° 06 : Evaluation des actions HSE menées en 2015

Réalisé en Janvier 2016

Domaine	Directives	Actions menées	Taux de réalisation	Actions à mener
<b>Sécurité Santé au travail</b>	Accidents professionnels	Acquisition des EPI Utilisation des EPI	90 %	Formation et Utilisation rationnelle et effective des EPI
		Fonctionnement du Service de Médecine du Travail Vaccination du personnel (Hépatite B) Formation du personnel sur les risques, les EPI et les meilleures attitudes de travail Formation sur l'Ergonomie et le Secourisme	60 %	Autres vaccinations (surtout personnel à risques) Bilan de santé Répétition des formations et sensibilisations
		Fonctionnement du Comité Sécurité Santé au Travail	65 %	Redynamiser et Rendre visible les actions du Comité Formation des membres du Comité par l'Inspection du Travail
	Exposition aux Infections et maladies Exposition aux matériaux et déchets dangereux Exposition aux	Sensibilisations sur les risques Dispositifs de lavage des mains  Sensibilisation des agents d'entretien sur les risques Acquisition des produits moins dangereux voire ECOLO	85 %	Instructions pour la Prévention et le Contrôle des Infections, IEC ; Vaccination du personnel (Tétanos, etc.) Formation sur le lavage des mains Acquisition et installation des équipements  Gestion des OPCT Installation d'extracteurs aux Urgences et en Soins Intensifs

	gaz anesthésiants Expositions aux radiations Incendies	Utilisation des dosimètres Acquisition des blouses en plomb Acquisition et repositionnement d'extincteurs Vérification des extincteurs		Vérification des barrières en plomb Formation d'une Cellule Sécurité Formation à l'Ecole du Feu Simulation
	Santé de la population			Informé le voisinage des risques liés aux activités de soins.
Sécurité	Sécurité des locaux	Contrat avec une Société de gardiennage Elaboration d'une Politique Sécurité Vidéosurveillance Sécurité des biens (contrôle d'accès)	68 %	Responsables de la Vidéosurveillance, Sécurité des Entrées (contrôle de présence) Sécurité des biens (contrôle d'accès)
	Sécurité Incendie	Installation des blocs autonomes de sécurité avec indication d'évacuation Installation des extincteurs Vérification annuelle des extincteurs Installation d'une centrale relai de détecteurs de fumées et vérification de leur fonctionnalité	73 %	Affichage des plans d'Evacuation et Simulation Formations théoriques et pratiques sur l'Ecole de FEU Réalisation de la bache à eau Installation des RIA (2017) Inspection et Quitus des Sapeurs pompiers

<b>Domaine</b>	<b>Directives</b>	<b>Actions menées</b>	<b>Taux de réalisation</b>	<b>Actions à mener</b>
<b>Environnement</b>	Gestion rationnelle et écologique des déchets	Aménagement d'un local entreposage pour les Déchets Utilisation des poubelles à pédale et des sacs à déchets Lavage et désinfection périodique du local Transport hors site des DASRI pour incinération	60 %	Améliorer le tri (achats de poubelles et sacs à déchets de couleurs) Aménagement de locaux supplémentaires pour entreposage Valorisation des certains déchets (plastiques et cartons) Formation et sensibilisation (procédures, affiches et réunions) Installation d'Incinérateur (hors site de préférence)
	Gestion des eaux usées (Epuración)	Suivi du Fonctionnement de la STEP Utilisation de boues activées. Vidange des excès de boues (02fois)	70 %	Formalités pour canalisation externe Contrôle qualité des eaux épurées
	Dératisation et désinsectisation	Commande et réalisation avec suivi biannuel des opérations (interne et externe à la Clinique)	95 %	Répéter le calendrier biannuel en 2016 Etendre plus au voisinage
	Emissions atmosphériques	Installation de la Centrale de fluides médicaux au dernier étage Acquisition d'un nouveau groupe électrogène moins polluant Acquisition d'appareils de froid avec gaz non nocif Absence de système de chauffage	85 %	Nos émissions seront hautes et contrôlées Installation du nouveau groupe électrogène Acquisition de climatiseurs avec gaz non nocif (R410)  L'incinérateur sera installé hors de la Clinique (sur un site neutre si possible)

	Utilisation des ressources	Consommation réduite de l'Energie (carburant) Utilisation des piles rechargeables	80 %	Consommation rationnelle de l'Energie Electrique (Politique d'Economie) Production rationnelle de déchets
--	----------------------------	--	------	--

## **C. Projet de mise en place d'un SMI**

Dans cette partie du mémoire, nous présenterons brièvement le projet pour la mise en place d'un SMI qui sera sans doute bénéfique à la Clinique. Ainsi, après avoir donné quelques avantages et intérêts d'un SMI, nous décrirons la démarche à suivre adaptée au terrain.

### **1. Avantages et intérêts d'un SMI**

L'intérêt principal d'un SMI est de disposer d'un outil permettant de coordonner l'ensemble des initiatives qualité, environnementales, sociales et sécuritaires dans une démarche globale et transversale.

**Sur le plan économique**, si la mise en place d'un SMI représente un investissement financier, cet investissement est compensé par la maîtrise des coûts induits par la démarche, notamment à travers la rationalisation des pratiques, la réduction ou l'élimination des surcoûts de production, l'amélioration du contrôle des dépenses.

**Sur le plan organisationnel**, le SMI apporte une méthode de gestion qui a pour principal avantage d'instaurer une structure au sein de l'organisme : cela permet d'engendrer des gains de temps, de rendement, de compétitivité. Le SMI vise théoriquement à l'amélioration des performances et à la mobilisation du personnel.

Cette démarche tend à décloisonner les différents services, à mettre en place des méthodes de travail transversales, à donner un sens et une cohérence aux actions entreprises. Ainsi, en permettant de sortir de la routine et en donnant une valeur ajoutée au travail, le SMI induit un effet de motivation du personnel.

Il permet de libérer un potentiel d'initiatives et de valoriser le savoir-faire de chacun, d'améliorer les conditions de travail.

Sur le plan administratif, le SMI implique la prise en compte des exigences législatives réglementaires nationales et internationales.

L'entreprise en démarche qualité, bénéficie d'un retour d'opinion positif et un gain en termes d'image. L'impact en terme d'image de marque permettra ainsi à la Clinique d'accéder à de nouveaux marchés, à établir des relations de confiance avec ses clients et ses partenaires.

## **2. Mise en œuvre et fonctionnement du SMI**

Il est question dans cette partie de décrire les étapes et la démarche pour mettre en place le SMI et d'organiser son fonctionnement efficient de manière à atteindre les cibles qui sont précédemment identifiés et à satisfaire les performances qui sont recommandées dans les directives IFC de la SFI, les recommandations des Evaluations et exigences légales et normatives. L'organisation va consister à :

### **2.1. Vision stratégique**

Fonctionnement en système de management volontaire et auto-déclarant de 2014 à 2017 : utilisation des directives HSE, des recommandations des Evaluations, des directives légales et nationales.

Fonctionnement en Système de Management enregistré pour la Certification de 2018 à 2019 voire 2020, utilisation stricte des référentiels normatifs pour une reconnaissance internationale.

Toutefois, notons que depuis le début les référentiels normatifs seront utilisés pour la démarche et non forcément le suivi et le respect. (*Confère annexe 11*)

## 2.2. Lignes directrices HSE

A partir de la vision stratégique, nous décrivons les domaines d'applications, les services collaborateurs et les objectifs visés. (*Confère annexe 12*)

Nous fournirons les exigences légales et normatives telles que :

- Exigences légales nationales
- Lignes directrices de caractère non réglementaire
- Exigences internes de l'organisme ou du groupe auquel il appartient
- Exigences des référentiels normatifs.

## 2.3. Démarche de mise en place d'un Système

Il s'agit dans un premier temps de la mise en place organisationnelle et dans un deuxième temps de la mise en place fonctionnelle.

- Engagement ferme de la Direction et du Conseil d'Administration
- Création d'un Service en charge du pilotage du Système de Management Intégré
- Nomination des responsables avec des fonctions et responsabilités claires et précises
- Création d'un Comité Directeur
- Création d'un Comité de Pilotage

Les responsables du Service en chargé formeront une équipe technique avec des référents dans chaque service/ département ou unité de la Clinique

Notons que les Référents doivent dans un premier temps être bien formés sur le Système de Management, son contenu, son importance, ses avantages.

Suivra ensuite la mise en place fonctionnelle qui se chargera de la documentation, de la rédaction du Manuel de procédures.

#### a) Rédaction d'une politique environnementale

Très important, car définie au plus haut niveau de la Direction, elle traduit les engagements, le cadre et le domaine d'application du Système. C'est l'élément moteur de la mise en œuvre et de l'amélioration du système. (*Exemple : confère annexe 13*)

#### b) Elaboration de la Documentation SMI

La documentation du SMI doit comprendre :

- ✓ La politique, les objectifs et cibles,
- ✓ La description du domaine d'application du Système,
- ✓ La description des principaux éléments du Système et leurs interactions ainsi que la référence aux documents concernés.

#### c) Communication interne et externe

Très important surtout la communication interne pour éviter les conflits d'acceptation et de respect des décisions et procédures.

La communication externe se reposerait plus sur l'auto déclaration comme cela se fait.

La communication assure la mise en œuvre effective du Système. Notons que les méthodes peuvent inclure : les réunions régulières et programmées des groupes de travail (comités), des lettres d'information, l'affichage de bulletins et des sites intranet.

#### d) Ressources, Rôles, responsabilités et autorités

Le succès de la mise en œuvre d'un SMI suppose l'engagement et la participation de toutes les personnes travaillant pour ou pour le compte de l'organisme. Il convient que cet engagement commence aux niveaux les plus élevés de la Direction (Direction Générale, Conseil d'Administration)

Il est aussi important que les rôles et responsabilités clés du Système soient bien définis et communiqués à tout le personnel.

Il incombe ainsi pour la mise en place d'un Comité de Pilotage, l'élaboration d'un Organigramme SMI à partir des services et unités de la Clinique :

- *Centre de Fertilité*
- *Service Bloc Opératoire et Stérilisation*
- *Service des Laboratoires d'Analyses médicales*
- *Service Imagerie Médicale*
- *Service d'Accueil, des Urgences et des Soins Intensifs*
- *Service de la Pédiatrie (Consultations- Hospitalisation et Néonatalogie)*
- *Service d'Accueil et des Consultations*
- *Unité d'Hospitalisation*
- *Unité de la Maternité*
- *Direction Générale et Administration*
- *Services Généraux et Technique*

Au vue de ses services/départements ou unités, nous proposons un Organigramme Qualité ou Organigramme SMI qui sera composé des Responsables du Management et des Référents au niveau de chaque service ou unité. (Confère *annexe 14*)

Les autres activités de mise en œuvre du SMI découleront d'une telle organisation mise en place.

A partir de cette démarche, nous pourrons obtenir réellement les fruits d'un SMI et satisfaire toutes les recommandations et/ou exigences des parties prenantes et inclure le projet de modernisation de la Clinique BIASA S.A. dans un réel projet de développement durable.

## **IV. DISCUSSION ET ANALYSES**

---

### **A. Etat des lieux - Revue documentaire**

Nos analyses suite à l'examen et aux synthèses des différentes Evaluations et/ou Audits sont présentées ci-dessous.

Toutes les Evaluations et Audits réalisés sont bénéfiques à la Clinique. On sent dès le départ, l'inscription du projet de modernisation de la Clinique dans un projet de développement durable. Cependant, nous avons constaté que les Recommandations et les Conclusions n'ont pas très bien servies, car certaines évaluations ont été de trop, on pourrait ainsi constater une répétition des recommandations ou actions correctives. Les principaux objectifs de toutes les évaluations ne sont pas atteints à ce jour. Il s'agissait de la mise en place d'un Système de management organisationnel (management de la qualité) et d'un système de management Sécurité et Environnement. La principale cause est la non création d'un Service Qualité avec un Responsable pour coordonner toutes les activités de résolutions des non-conformités relevées lors des évaluations et audits. Toutefois, il est à noter que nombres de recommandations ont été réalisées grâce à la modernisation, aux nouvelles constructions, aux nouveaux équipements et surtout à la réorganisation administrative et médicale de la Clinique avec par exemple de la création d'un Service des Ressources Humaines, d'un Service de la Médecine du Travail et des Services Généraux. A cela, on pourra ajouter la recherche de la qualité, de la conformité issue de la volonté directe du Directeur Général.

### **B. Activités des Comités**

En ce qui concerne les activités des Comités, nous avons identifié des insuffisances qui n'ont pas permis un bon fonctionnement des Comités.

Pour commencer, il existait trop de comités, et donc plusieurs Chefs ou

responsables avec les membres. Cependant, les comités n'étaient pas très outillés sur les outils qualité.

Les objectifs transmis pas tous bien définis. On rencontre des objectifs comme étant une activité à mener. A un moment donné, pour certains objectifs, les membres se demandaient si ce n'est pas seulement une décision à prendre par la Direction et la notifier à tout le personnel. Aussi, avons-nous décelé un manquement très important, l'absence de budget pour piloter les actions correctives. Ce qui est à la base du découragement des Comités car les Responsables et membres voyaient leurs activités et/ou actions sans suite d'exécution alors que certaines actions correctives devraient directement être menées à la suite d'autres actions comme des changements de pratiques ou de techniques opératoires.

En ce qui concerne l'élaboration des documents opérationnels tels que les procédures, les processus, les modes opératoires ou protocoles, ils n'étaient pas souvent bien rédigés dans l'art. (Exemple du modèle QQQCCP : Quoi – Qui – Où – Quand – Comment – Combien – Pourquoi, un vrai outil d'analyse à suivre).

## **C. Mission SME**

Nous décrivons nos analyses lors de notre mission SME sous forme de difficultés et insuffisances constatés par nous même et constatés par le personnel surtout regroupé dans les Comités.

### **1. Observations générales et Difficultés**

Pour commencer, il nous a été très difficile d'appréhender notre mission et de cerner ses objectifs. S'agissait – il d'abord d'un SME ou d'un SM SST ou s'un SMI HSE ?

Ensuite, s'agissait – il d'un Système libre et volontaire ou d'un Système à objectif de reconnaissance internationale (certification)? Et donc quelle démarche devons nous adopter ?

Aussi, par la suite, sommes-nous demandé s'il s'agissait d'un projet de mise en place ou d'un projet de mise en œuvre (pilotage) ? Nous avons avant de commencer penser à un projet de mise en œuvre puisqu'un audit initial était réalisé en 2012 à la suite de la due-diligence. Cependant, nous nous sommes retrouvés dans la mission de mise en place.

Les manquements, étaient donc l'absence d'Engagement de la Direction ou du Conseil d'Administration, d'une Politique Environnementale, des lignes directrices et des autres besoins d'une vraie démarche de Système de management.

On pourrait conclure alors qu'il s'agissait non pas d'un SME mais d'un Monitoring ou d'un Suivi environnemental (outil de contrôle et de gestion environnementale) à la suite de l'EIES et de la Due-diligence environnementale. La deuxième importante difficulté est les ressources humaines. Il n'a pas été facile de collaborer avec les comités existants car ils fonctionnaient, non pas pour un SME mais pour la résolution des Recommandations de HealthPartners. Les membres trouvaient ainsi dérouter leurs missions ou objectifs. Aussi, étaient –il coachés par un autre Consultant Qualiticien différent des Consultants en Environnement. Les visions et les missions n'étaient donc pas les mêmes. Il a donc fallu récupérer et intégrer les Comités donc les missions sont favorables au SME (comité Gestion des Déchets, comité Hygiène et Entretien, Comité Prévention et Gestion des Infections et le comité Sécurité Santé au Travail).

On pourrait ajouter l'absence d'un vrai service ou département coordonnateur, avec des responsables en interne pour piloter les activités. L'absence d'un vrai Comité de pilotage SME était un frein à la mise en œuvre.

Aussi, fallait – il se contenter que des Consultants externes et/ou vérifier s'ils

avaient assez de temps à consacrer à leur mission de suivi et de pilotage.

## **2. Insuffisances et manquements spécifiques**

Nous décrivons quelques analyses des ressources matérielles et humaines allouées.

Les domaines d'application ainsi que les lignes directrices du SME prévu n'étaient pas bien spécifiés. N'avaient-ils pas débordés de l'objectif principal qui est la gestion et le contrôle de l'environnement ?

Les aspects environnementaux n'étaient pas très bien identifiés. Le SME ne s'arrêtait pas qu'à la gestion des déchets solides qui sont dans notre contexte les déchets d'activités de soins (DAS), et qu'à l'hygiène des locaux. D'autres aspects environnementaux tels que les déchets liquides, la réduction des émissions atmosphériques, la consommation rationnelle des ressources naturelles telles que l'électricité, l'eau, les produits pétroliers et surtout les papiers devraient sérieusement être pris en compte avec la proposition d'actions correctives ou d'atténuation.

Le personnel se demandait si certaines activités ressortaient du SME ou d'autre système comme Sécurité Santé au Travail ou carrément du fonctionnement du Service de la Médecine du Travail ou de la gestion administrative de la Clinique ?

Inexistence d'une Politique environnementale claire, précise et communiquée à toute la population hospitalière (personnel, patients, accompagnants et visiteurs)  
Insuffisance de ressources humaines ou existantes mais pas disponibles. Nous avons constaté que les Comités avaient des responsables et/ou membres de haut niveau et très chargés. Aussi, les membres n'étaient pas très formés et outillés sur la mise en œuvre d'un SME (insuffisances de compétences). Manque d'outils qualité, d'outils d'analyse, d'outils d'aide à la décision, d'outils d'aide à la résolution de problème, etc.

Manque de rôles, responsabilités et autorité, difficulté de prise de décision (absence d'un Comité Directeur et d'un Comité de Pilotage). Les procédures qui étaient déjà élaborées n'étaient pas encore vérifiées, approuvées, validées et diffusées.

Absence de communication, canal de transmission pas très bien défini en interne occasionnant des conflits. Les procédures sont mal reçues et presque pas respectées.

On a senti dans la mission SME au départ une maîtrise opérationnelle non adaptée ou convenable au contexte. Une procédure ou un protocole n'est pas un document commun à toute les entreprises, même toutes en démarche SME ou SMQ. On la rédige ensemble avec les responsables ou les utilisateurs pour qu'elle soit adaptée au contexte, au milieu et directement approuvée par les utilisateurs, non pas du « Copier-coller » ou du « strict import ».

## V. CONCLUSIONS

---

La Clinique BIASA a bien inscrit son projet de modernisation dans un projet de développement durable. Les Etats de lieux réalisés avec la revue documentaire nous ont révélés une multitude de recommandations, d'actions correctives et/ou d'atténuation qui devrait être mises en œuvre à travers des systèmes de management. Cependant, malgré les ressources matérielles et humaines allouées par la Direction pour les comités, les résolutions n'avançaient pas considérablement. Les membres des Comités n'étaient pas bien formés et ne disposaient pas d'assez d'outils qualité pour leur fonctionnement. Aussi, pourrait-on ajouter l'absence d'un réel service en charge de la mise en œuvre des recommandations (tel un service qualité) avec un ou des responsables pour coordonner toutes les activités. Seule, la mise en place d'un SMQ pour les unités de laboratoire d'analyses médicale et de fertilité a été effective et efficace. D'où leur accréditation selon la norme 15189 : 2007 par le COFRAC en 2013.

Concernant notre mission SME, il ne s'agissait pas d'un projet de mise en œuvre mais d'un projet de mise en place. Aussi, avons-nous été confrontés à d'énormes difficultés car il s'agissait d'un système supplémentaire dont les bases n'ont pas pu être bien ficelées, la démarche n'était pas normative. Notre mission a donc été, dans une première partie de 2013 à 2014, une mission de contrôle et de suivi de l'environnement réalisée avec les comités existants dont les actions sont en faveur de la Sécurité Santé au Travail et de la protection de l'environnement. Mandaté en Novembre 2014 pour la mise en œuvre du management HSE, conformément aux exigences réglementaires nationales et aux Directives HSE de l'IFC de la Banque Mondiale, nous avons activement collaboré avec le Comité Quality of patient Care pour la mise en place d'un Système de management intégré.

Malgré nos activités, aucun système formalisé n'est mise en place et piloté efficacement et convenablement à ce jour. La Clinique évolue encore en mini-systèmes de management qui ne sont pas bénéfiques et dont les fruits ne sont pas considérables, alors que certaines recommandations n'ont pas encore été mise en œuvre.

Serait –il donc bénéfique d'avoir deux systèmes, un SMI HSE et un SMQ général en plus du SMQ des Unités de Laboratoires d'Analyses Médicales? Les 03 systèmes sont parfaitement corrélés. Le principal avantage sera d'avoir une seule Direction Sécurité Qualité Environnement, et un langage commun aux 03 systèmes. Ce qui permettra de déployer le SMI d'une façon harmonisée et homogène avec la rédaction d'un seul Manuel de Procédures.

Nous recommanderons donc pour plus d'efficacité, la mise en place d'un SMI – Qualité – Sécurité et Environnement. Un tel système serait sans doute très bénéfique pour toutes les parties prenantes et serait moins coûteux. Ainsi d'une démarche volontaire, nous pourrons au bout de 2 à 3 ans de pilotage s'inscrire dans une réelle démarche conduisant à la Certification de la Clinique pour chaque système unitaire ou pour les 03 systèmes simultanément.

Ajoutons que le SMI est un principal facteur de succès pour toute entreprise. Si le Management s'implique, s'investit, participe, il tirera vers l'excellence le système mais aussi toute l'entreprise qui aura des clients et des actionnaires satisfaits et du personnel motivé.

Un Système de management, qu'il soit volontaire ou avec objectif de reconnaissance internationale, pour qu'il soit efficace et très bénéfique, doit être bien formalisé, mise en place et mise en œuvre ou piloter par un ou des responsables maîtrisant la démarche et les outils qualité.

## Bibliographie

### **Ouvrages et articles**

CLINIQUE BIASA (2010) : Etude d'Impacts environnemental et social - Projet de modernisation et d'extension BTEDE

CLINIQUE BIASA (2011) : Due – Diligence Opérationnelle, Rapport de HealthPartners Aureos

CLINIQUE BIASA (2012) : Système de management environnemental – Audit Environnemental BTEDE

EN ISO 9001 : 2008 F Systèmes de Management de la qualité – Exigences

EN ISO 14001 : 2004 F, Systèmes de Management environnemental – Exigences et lignes directrices pour son utilisation

EN ISO 15189 : 2007 F, Laboratoires d'analyses de biologie médicale – Exigences particulières concernant la qualité et la compétence

Froman B., Gey J.-M. et Bonnifet F. (2013), Qualité Sécurité Environnement Construire un système de management intégré, Afnor Editions, 309 p.

IFC – WBG (2007): Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires (EHS) Directives Générales

IFC - WBG (2007) : Directives environnementales, sanitaires et sécuritaires Établissements de Santé

OHSAS 18001 : 2007 Systèmes de management de la santé et de la sécurité au travail – Exigences BSi

OHSAS 18002:2000. Occupational Health and Safety Management Systems - Guidelines for the Implementation of OHSAS 18001.

ILO-OSH (International Labour Organization – Occupational Safety and Health). 2001. “Guidelines on Occupational Safety & Health Management Systems”. Geneva: International Labour

République Togolaise : Code Du Travail, LOI N° 2006 – 010 du 13 décembre 2006

République Togolaise : Code de la Santé Publique : LOI N° 2009 – 007 du 15 mai 2009

République Togolaise : Loi-Cadre sur l'Environnement, LOI N° 2008 – 005 du 30 mai 2008

### **Sites internet**

[www.ifc.org/ifcext/sustainability.nsf/Content/EnvironmentalGuidelines](http://www.ifc.org/ifcext/sustainability.nsf/Content/EnvironmentalGuidelines)

## VI. ANNEXES

---

### Table des annexes

<b>Annexe 01 : Spécialités de la Clinique BIASA S.A. ....</b>	<b>53</b>
<b>Annexe 02 : Quelques images des services et unités de la Clinique .....</b>	<b>54</b>
<b>Annexe 03 : Organigramme Général de la Clinique BIASA S.A. ....</b>	<b>56</b>
<b>Annexe 04 : Liste des Comités et Fonctionnement .....</b>	<b>57</b>
<b>Annexe 5 : Résultats des enquêtes de satisfaction.....</b>	<b>61</b>
<b>Annexe 06 : Bilan des activités du Comité Gestion des Déchets Médicaux.....</b>	<b>63</b>
<b>Annexe 07 : Bilan des activités du Comité Hygiène et Entretien .....</b>	<b>65</b>
<b>Annexe 08 : Bilan des activités du Comité Prévention et Gestion des Infections .....</b>	<b>68</b>
<b>Annexe 09 : Photos d'installation de la STEP.....</b>	<b>71</b>
<b>Annexe 10 : Bilan sommaire d'activités HSE de mars 2013 à Décembre 2014 .....</b>	<b>72</b>
<b>Annexe 11 : Vision Stratégique du Système du SMI .....</b>	<b>74</b>
<b>Annexe 12 : Lignes Directrices de la Politique HSE.....</b>	<b>75</b>
<b>Annexe 13: Organigramme SMI .....</b>	<b>76</b>
<b>Annexe 14 : POLITIQUE HSE.....</b>	<b>77</b>

**Annexe 01 : Spécialités de la Clinique BIASA S.A.**

(Mis à jour en janvier 2016)

N°	Spécialités
01	Gynécologie – Obstétrique
02	Centre de Fertilité
03	Pédiatrie – Néonatalogie
04	Maternité
05	Accueil – Urgences 24/24 et Soins Intensifs
06	Laboratoire d'Analyse de Biologie Médicale
07	Imagerie médicale (Radiographie, Mammographie et Scanner)
08	Médecine générale
09	Chirurgies générales et spécialités
10	Endoscopie digestive et ORL
11	Unité d'hospitalisation (adulte, pédiatrique)
12	Unité de Chimiothérapie
13	Cardiologie
14	Rhumatologie
15	Neurologie
16	Kinésithérapie
17	Autres Spécialités telles que, Diabétologie, Dermatologie, Ostéopathie, Psychologie, Néphrologie – Urologie, etc.)
18	Médecine du Travail

**Annexe 02 : Quelques images des services et unités de la Clinique**



Gynécologie – Echographie 4D



Laboratoire d'Analyses Biomédicales



Unité de radiographie



Scanner



Salle au Bloc Opérateur



Chambre d'hospitalisation commune (02



Chambre d'hospitalisation individuelle

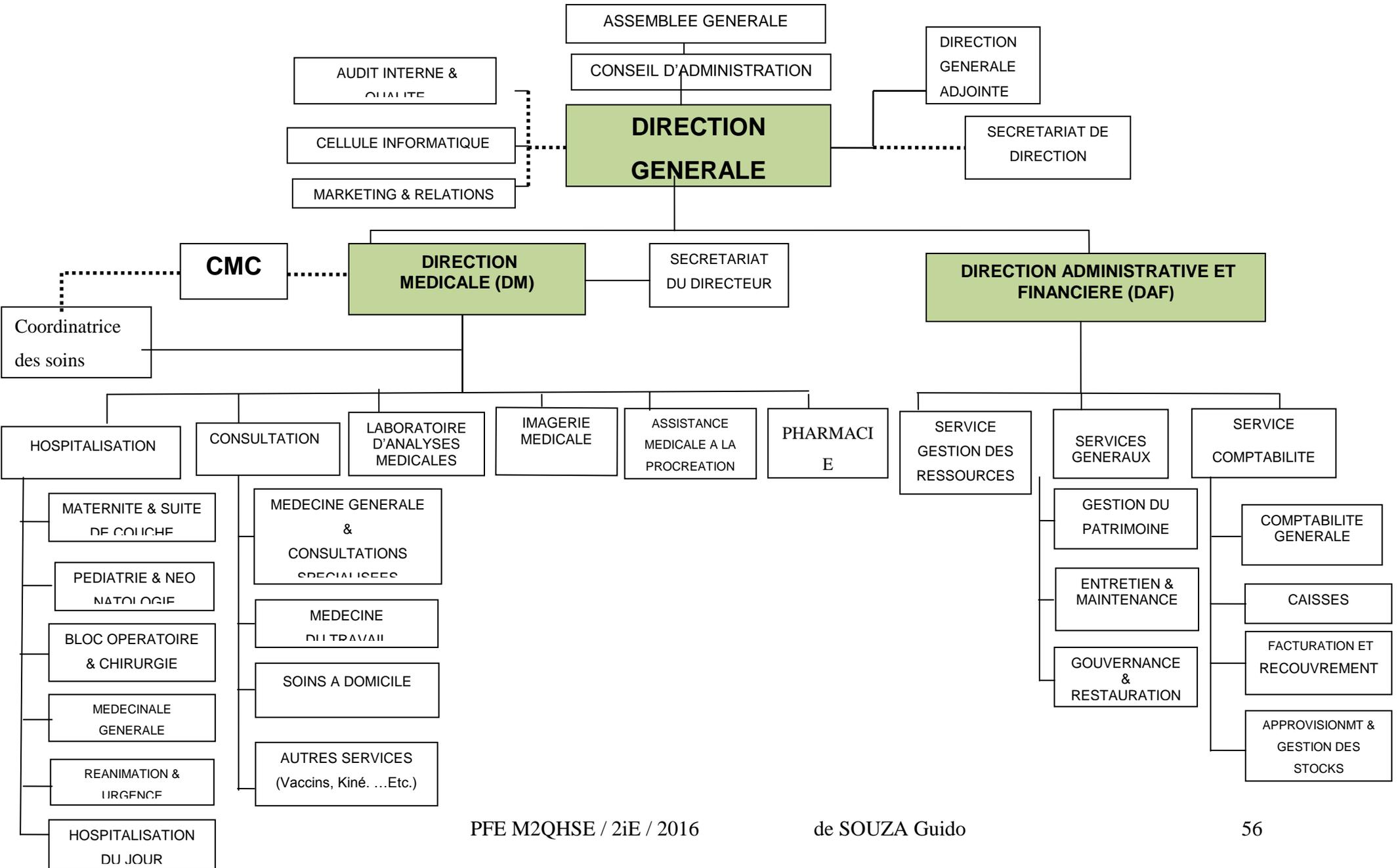


Unité des Urgences et de réanimation (Soins Intensifs)



# Annexe 03 : Organigramme Général de la Clinique BIASA S.A.

(Mis à jour en Janvier 2016)



## **Annexe 04 : Liste des Comités et Fonctionnement**

LES DISPOSITIONS PRISES POUR LA MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS DE HEALTHPARTNERS (DECEMBRE 2012)

Suite aux recommandations de Healthpartners, Les 11 comités ci-dessous ont été créés pour leur mise en œuvre.

### **1. COMITE : ASSURANCE QUALITE**

Coordonne tous les autres comités

Annexe E : CRITERE DE GESTION

Annexe U : ADMINISTRATION INTERNE

- Les Infrastructures
- Les finances y compris le journal des salaires
- Les ressources humaines
- La technologie de l'information

### **2. COMITE : GESTION DES ACCUEILS ET CONSULTATIONS**

Annexe F : RENDEZ VOUS ET REPRESENTANTS

06 membres

### **3. COMITE : GOUVERNANCE ET SOINS CLINIQUES**

Annexe D : SOINS CLINIQUES

Annexe Q : DIVISION SOINS INFIRMIERS

06 membres

### **4. COMITE : AUDIT CLINIQUE ET FORMATION**

Annexe G : FORMATION

05 Membres

Section : Développement, Gestion et formation Professionnelle

### **5. COMITE DE GESTION DE LA PHARMACIE**

Annexe U : ADMINISTRATION INTERNE

- La Pharmacie y compris les consommables chirurgicales, médicales et le magasin d'approvisionnement.

02 membres

### **6. COMITE DE PREVENTIONS ET DE CONTROLE DES INFECTIONS**

Annexe R : ISOLATION DES PATIENTS

Annexe V : GESTION ET STRUCTURE DE PREVENTION DES INFECTIONS

Annexe W : EDUCATION PREVENTION DES INFECTIONS

Annexe X : STRUCTURES – PREVENTION DES INFECTIONS

04 membres

#### **7. COMITE DE SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL**

Annexe F : SANTE SECURITE AU TRAVAIL

Annexe H: GENERAL OCH

Annexe I: BATIMENTS

Annexe J : INCENDIE

Annexe M : SECURITE

Annexe S : TOUS LES DEPARTEMENTS

04 membres (ancienne équipe)

Comite SST mise en place par Le Ministère Du Travail, De L'emploi Et De La Sécurité Sociale le 24 octobre 2012) : 05 membres

#### **8. COMITE D'ENTRETIEN ET D'HYGIENE**

Annexe A : ENVIRONNEMENT EXTERNE

Annexe B : ENVIRONNEMENT INTERNE

Annexe I : BATIMENTS

Annexe L : ENTRETIEN

Annexe P : BLANCHISSERIE

Annexe S : TOUS LES DEPARTEMENTS

04 membres :

#### **9. COMITE DE GESTION DES DECHETS MEDICAUX**

Annexe K : DECHETS

04 membres

#### **10. COMITE IMAGERIE MEDICALE**

Annexe N : RADIOLOGIE

#### **11. COMITE DE BIOLOGIE MEDICALE (QUALIBIAS)**

Annexe T : LABORATOIRE

## Les moyens mis à disposition des comités

- a. La version en Français du document des recommandations
- b. Le manuel de procédures administratives, comptables et financières finalisé en novembre 2012 et restitué au personnel en Décembre 2012.
- c. Un document qui décrit comment mettre en place la cartographie des macro-processus, établir la cartographie des processus de la clinique Biasa élément fondateur qui assure le fonctionnement cohérent et efficient de l'entité et de ses ressources humaines. L'objectif est l'élaboration de la mission fondamentale et le plan stratégique de la clinique par le comité pilote qui est chargé de coordonner le bon fonctionnement de tous les autres comités. Un consultant en management de la qualité renforce les compétences de ce comité. Il permet aux responsables des différents comités d'identifier toutes les missions principales et les macro- processus correspondants. Chaque comité en possession de ces macro processus, identifiera les processus de niveau 2 et rédigera la procédure correspondante.

Document HAS, élément de vérification d'un processus de certification des établissements de soins

ISO 9004 : Gestion des performances durables d'un organisme, approche de management par la qualité

- d. Un atelier organisé le 4 Août 2012 a permis au personnel médical de répondre aux questions ci-après qui contribuent à l'atteinte des résultats des recommandations :

**Equipe n°1 Que faut-il pour que la clinique devienne un pôle d'excellence ?**

**Equipe n°2 : Question traitée : Que pouvons-nous faire pour améliorer les prestations de la clinique ?**

**Equipe n°3 : Comment impliquer les médecins dans le développement de la clinique ?**

**Equipe N°4 : Quels nouveaux actes et services la clinique doit-elle développer et comment y parvenir ?**

- e. Pour chaque comité, il lui est indiqué les rubriques concernées par son action, exemple pour ce qui concerne le comité de pilotage assurance/amélioration qualité-gestion des risques annexe E : critère de gestion Annexe U : Administration interne, les items abordés dans chaque rubrique et les principaux objectifs du comité

- f. Un canevas du plan d'actions de mise en œuvre des actions correctives qui se présente comme suit :
- g. Des réunions d'information inter comité sur l'état d'avancement de la mise en œuvre des recommandations
- h. L'orientation vers une méthodologie de fonctionnement du comité
  - i. Une à deux réunions mensuelles sanctionnées par un compte rendu pour chaque réunion (cf. format de compte rendu)
  - ii. Pour tout achat de produit ou prestation (procédure de sélection des fournisseurs – spécification technique ou cahiers de charge validé. Contrat réception de produits)
  - iii. Concernant le plan d'action, il est demandé aux comités de donner la priorité aux écarts en rouge et de débiter la mise en œuvre des actions correctives dans les plus brefs délais.

#### LES ACTIONS A MENER EN 2013

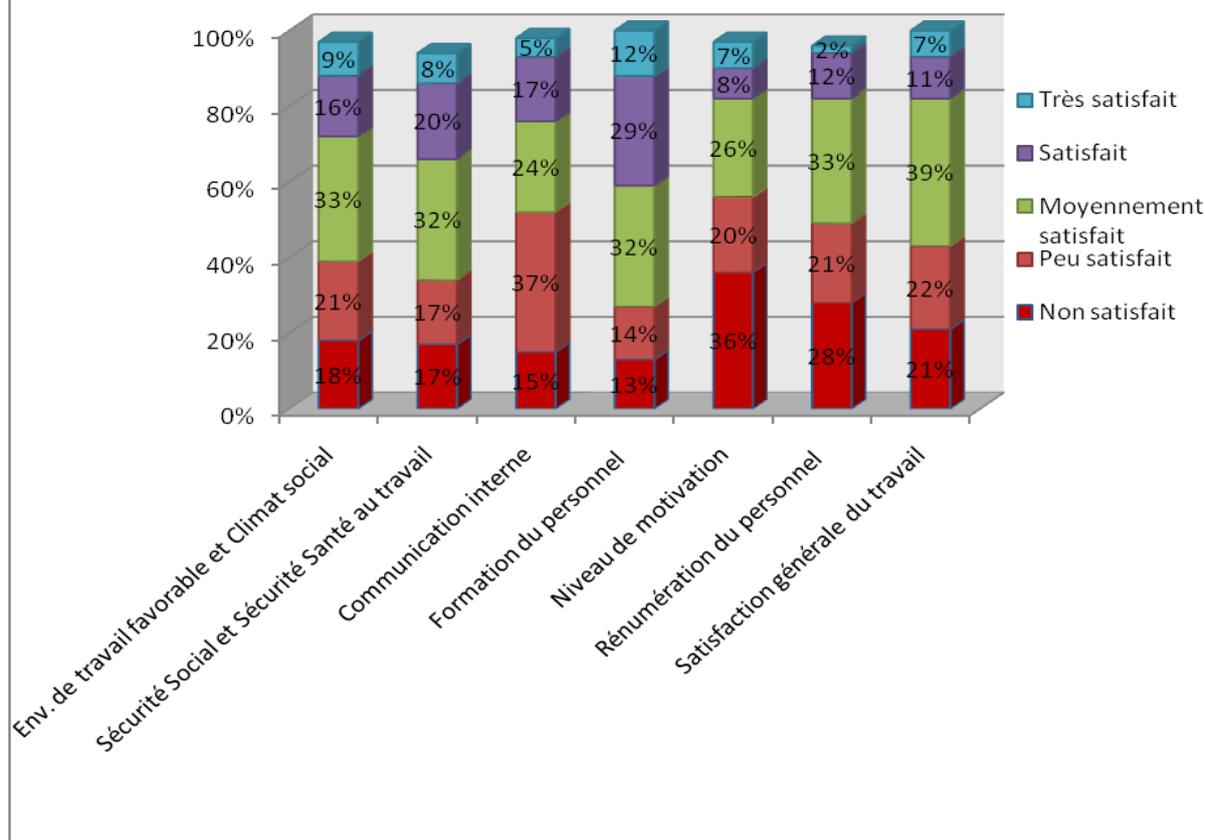
Amener chaque comité à faire une évaluation ligne par ligne des actions réalisées en utilisant le cadre du rapport de HealthPartners.

## Annexe 5 : Résultats des enquêtes de satisfaction

### Satisfaction du Personnel

Eléments	1	2	3	4	5	Nul	Total
<b>Rémunération du personnel</b>	21	16	25	9	1	4	76
	28%	21%	33%	12%	1%	5%	100%
<b>Communication interne (Qualité du transfert d'information entre le personnel)</b>	11	28	18	13	4	2	76
	14%	36%	26%	17%	5%	2%	100%
<b>Niveau de motivation</b>	27	15	20	6	5	3	76
	35%	20%	26%	8%	7%	4%	100%
<b>Environnement de travail favorable</b>	14	13	22	14	7	6	76
	18%	17%	29%	19%	9%	8%	100%
<b>Climat social</b>	13	19	27	11	6	-	76
	17%	25%	38%	15%	5%	-	100%
<b>Sécurité social</b>	10	12	22	20	7	5	76
	13%	16%	29%	26%	9%	7%	100%
<b>Formation du personnel</b>	10	11	24	22	9	-	76
	13%	15%	32%	29%	11%	-	100%
<b>Evaluation des performances</b>	19	19	13	14	5	6	76
	25%	25%	17%	18%	7%	8%	100%
<b>Activités culturelles</b>	37	14	11	5	3	6	76
	48%	18%	15%	7%	4%	8%	100%
<b>Santé et sécurité au travail</b>	16	13	27	9	5	6	76
	21%	17%	36%	12%	6%	8%	100%
<b>Satisfaction générale au travail</b>	16	17	30	8	5	-	76
	21%	22%	39%	11%	7%	-	100%

## Q1- Satisfaction du personnel



## Satisfaction générale des patients

Propositions	Effectif	Pourcentage
1 Point (Pas du tout satisfait)	0	0%
2 Points (Un peu satisfait)	8	8%
3 Points (Satisfait)	60	<b>60%</b>
4 Points (Très satisfait)	32	<b>32%</b>
Total	100	100%

Le sondage nous a permis de savoir que **92%** (60%+32%) des patients en consultation et des patients hospitalisés sont **satisfaits** des prestations de la Clinique BIASA dont **32% très satisfaits**.

## Annexe 06 : Bilan des activités du Comité Gestion des Déchets Médicaux

Réalisé en Avril 2014

Numéro	Recommandations	Activités / Actions mises en œuvre	Taux de résolution	Observations / Propositions
<b>Recommandations de HealthPartners</b>				
01	Trier et conditionner séparément les déchets ménagers des déchets médicaux	Elaboration de la Procédure de séparation des déchets et confection d'affiches Utilisation de différents types de poubelles et de sacs à déchets	70 %	Former le personnel Limiter le tri à 03 types de déchets Acquérir le matériel adéquat
02	Protéger et sécuriser le site de stockage des déchets du vol, du vandalisme et des animaux rongeurs	Procédure rédigée Utilisation de grands conteneurs de stockage	45%	Définir ou construire un site de stockage central bien délimiter et sécuriser  Entretenir régulièrement le site
03	Stocker les déchets ménagers et les déchets biomédicaux dans un endroit à l'abri du soleil		30 %	
04	Laver et désinfecter le site de stockage après enlèvement des déchets		30 %	
05	Stocker les déchets médicaux anatomiques à une température maximale de 4 °C		0%	
06	Prévenir le déversement dans le site de stockage	Utilisation des conteneurs solides et facilement mobiles	60 %	Bien définir le passage des conteneurs
07	Eliminer les déchets conformément aux règlements et lois	Procédure rédigée Contrat pour élimination externe	60 %	Vérifier l'élimination externe Acquérir l'équipement
08	Renseigner les fiches avec les prestataires externes de l'élimination des batteries et huiles à moteur	Pas encore effectif	0 %	Identifier les sociétés externes de gestion des déchets spécifiques

<b>Recommandations du SME</b>				
01	Chaque service de soins doit disposer de deux, trois ou quatre poubelles à pédale, suivant les types de déchets produits	Acquisition de deux types de poubelles Utilisation de sacs poubelles de couleurs différentes pour le tri (voir procédure)	60 %	Revoir le tri, former le personnel et acquérir du matériel convenable
02	Aucun déchet ne doit être perçu à même le sol dans les lieux de production ou tout au long de son parcours	Utilisation de grands sacs pour le transport Utilisation des conteneurs au site de stockage central Disposition des poubelles à des endroits publics	50 %	Revoir le site de stockage central (bien le construire) Acquérir les grands conteneurs pour le transport interne
03	Aucun déchet de soins dans les salles des patients sauf cas d'isolement	Utilisation de poubelles sous le chariot de soins	70 %	Acquérir plus de chariots de soins munis de poubelles
04	Les caractéristiques et la quantité des différents types de déchets doivent être enregistrées dans chaque structure de la Clinique	Etat des lieux et Enquête pour les caractéristiques (voir procédure) Quantités journalières des DASRI (voir registre)	90 %	
05	Eviter d'émettre des gaz (dioxines et furanes) lors du traitement des déchets biomédicaux	Contrat pour l'élimination externe	60 %	Revoir le contrat (inspecter le site d'élimination) Acquérir un incinérateur biomédical
06	Les eaux usées doivent être exemptes de pathogènes	Caractéristiques des eaux usées Acquisition d'une station d'épuration	60 %	Utilisation de bio-enzymes Installation de Station d'épuration et connexion la phase 1 du bâtiment

**En moyenne, nous sommes à 40 % de résolution des recommandations de HealthPartners et à 65 % pour les recommandations du SME.**

## Annexe 07 : Bilan des activités du Comité Hygiène et Entretien

Réalisé en Avril 2014

Numéro	Recommandations	Activités / Actions mises en œuvre	Taux de résolution	Observations / Propositions
<b>Recommandations de HealthPartners</b>				
01	Eviter que les animaux nuisibles et rongeurs rodent autour de la Clinique	Prestation d'un Service d'entretien et de dératisation	<b>75 %</b>	Pas trop menacé avec le PE mais reste à programmer pour 2 fois/ans
02	Peinture des bâtiments	Résolu avec le PE	<b>95 %</b>	
03	Nettoyage des égouts (fosses septiques ou puisard)	Utilisation des bios enzymes, vidange fréquente	<b>70%</b>	Résolution complète avec la Station d'épuration Reste à connecter la phase 1
04	Nettoyage des murs et des sols avec des produits spécifiques	Utilisation des produits spécifiques au milieu hospitalier (Surfanios, Soludoz, Power Zone, DD Surdorant Techline)	<b>90 %</b>	Diminuer l'utilisation du Surfanios Retrouver d'autres produits et équipements plus économiques et ergonomiques
05	Nettoyage des portes et des fenêtres	Résolu avec le PE - Utilisation des produits spécifiques et adéquats	<b>75 %</b>	Equipement à vapeur Reprogrammation pour les agents d'entretien
06	Nettoyage des plafonds	Utilisation de tête de loup	<b>30%</b>	Equipement à vapeur
07	Entretien des installations de stationnement	Balayage quotidien du garage	<b>30 %</b>	Définir le parking
08	Entretien des rues et des voies publiques	Balayage quotidien des rues	<b>60%</b>	A confier aux agents de sécurité
09	Les panneaux de signalisation ou Tableau d'affichage		<b>0%</b>	A confier au Comité Sécurité et Santé au Travail
10	Signalétique et plan d'évacuation		<b>0 %</b>	

				Sera effectué à la fin du PE
11	Eclairage de sécurité adéquate pour les couloirs		<b>0%</b>	Actions ne convenant pas au Comité HE ; à confier au Comité Sécurité et Santé au Travail
12	Equipement adéquat pour la sécurité et l'incendie	Prestation d'un Service (installation des extincteurs et détecteurs d'incendie) Etat des lieux par les Sapeurs-Pompiers	<b>40 %</b>	
13	Lumière et ventilation adéquate	Résolu avec le PE	<b>95%</b>	Revoir les types de fenêtres des escaliers et commander les grilles anti-moustiques
14	Allées abritées	Résolu avec le PE	<b>100 %</b>	
15	Rendre l'environnement interne inodore	Utilisation de produits d'entretien adéquats (désodorisants et destructeur d'odeurs)	<b>90 %</b>	Sera résolu avec les opérations d'entretien (détergent- désodorisant ou surdorant)
16	Toiles d'araignées	Résolu avec les opérations d'entretien Utilisation des têtes de loup	<b>90 %</b>	Reprogrammation pour les agents d'entretien
17	Nettoyage des bassins			
18	Rendre les coudes des robinets propres	Résolu avec le PE et les opérations d'entretien Utilisation de produits spécifiques	<b>85 %</b>	Revoir la qualité de l'eau et des robinets
19	Savon liquide disponible (boîtes murales)		<b>25 %</b>	Acquérir les distributeurs rendant l'utilisation sécurisée, économique et ergonomique (surtout pour les zones à risques et les WC publiques)
20	Papiers essuies mains pour nettoyage des mains (boîtes murales)	Tester des échantillons de distributeurs	<b>25%</b>	
21	Mettre en place des poubelles à pédale en inox fonctionnelles	Acquisition de poubelles en inox et en plastiques	<b>70 %</b>	A revoir avec le Comité Gestion des Déchets Médicaux

22	Conservation à sec de la brosse de toilette	Acquisition de brosses convenables et remplacement des anciennes	<b>50 %</b>	Revoir les brosses des toilettes
<b>Recommandations du SME</b>				
01	Mettre en place un Comité Hygiène Sécurité et Santé au Travail opérationnel	Existence d'un Comité Hygiène et Entretien opérationnel	<b>95 %</b>	
02	<i>Utiliser les produits d'entretien adéquats et écologiques</i>	<i>Sélection et acquisition des produits de qualité et moins dangereux (irritant)</i>	<b>90 %</b>	<i>Retrouver plus de produits écologiques</i>

Nous sommes moyennement à près de **60%** de résolution des Recommandations de HealthPartners ;  
et à près de **95%** de celles du SME.

## Annexe 08 : Bilan des activités du Comité Prévention et Gestion des Infections

Réalisé en Avril 2014

Numéro	Recommandations	Activités / Actions mises en œuvre	Taux de résolution	Observations / Propositions
<b>Recommandations de HealthPartners</b>				
01	Elaborer une procédure clinique de gestion des cas d'isolement	Pas encore réalisé	0 %	A confier au Comité Gouvernance et Soins Cliniques
02	Identifier clairement la salle d'isolement	Salle définie mais non équipée	20 %	
03	Exiger l'utilisation de bottes, de cache nez, charlotte et gants au personnel soignant avant d'entrer dans les salles des patients en isolement	Utilisation des cache-nez et gants	30 %	
04	Disposer d'un registre de surveillance journalière des infections nosocomiales	Pas encore disponible	0 %	A discuter avec les Médecins
05	Réaliser des audits sur l'hygiène basique des salles d'hospitalisation, de la cuisine et du bloc opératoire	Réalisé par le Comité Hygiène et Entretien	80 %	Programmer des prestations de contrôle qualité des surfaces par trimestre
06	Former un Comité multidisciplinaire pour la prévention et de contrôle des infections (PCI)	En cours avec proposition des membres du CLIN	30 %	Revoir le nombre des membres et l'adapter à l'effectif du personnel
07	Formaliser et mettre à jour les procédures de PCI conformément aux standards internationaux <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sources et réservoirs d'infections</li> <li>- Hygiène des mains</li> <li>- Précautions standards</li> </ul>	Définies et prises en compte dans le plan d'action Rédaction et validation de la procédure de lavage des mains	50 %	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Techniques d'isolement</li> <li>- Techniques de stérilisation</li> <li>- Gestion du linge</li> <li>- Gestion des déchets surtout piquants</li> </ul>	<p>Rédaction de la procédure de gestion des dispositifs médicaux et de la procédure de traitement du linge</p> <p>Non inclus dans le plan d'action du Comité</p>		A confier au Comité Gestion des Déchets Médicaux (GDM)
08	<p>Rendre accessible les protocoles et les équipements au personnel concernant</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'isolement</li> <li>- La gestion des épidémies</li> <li>- La gestion des AES</li> </ul>	<p>Pas encore réalisé pour toute la Clinique</p> <p>Réalisé au Laboratoire</p>	30 %	
09	Former les membres du Service ou Comité PCI au moins 4 fois par an	Réalisé au début des activités	10%	Donner des formations spécifiques sur l'Hygiène Hospitalière et les Infections Nosocomiales
10	<p>Mettre en place un programme d'IEC pour le personnel concernant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'hygiène des mains</li> <li>- La manipulation, le transport et le stockage des déchets médicaux</li> <li>- Le transport du linge contaminé ou non</li> <li>- Les nouvelles infections et leur prévention</li> </ul>	<p>Affichage de posters</p> <p>Pas inclus dans le plan d'action</p> <p>Rédaction de la procédure de traitement du linge</p> <p>Non définie dans le plan d'action</p>	30 %	<p>Programmer des séances d'IEC</p> <p>Confectionner plus d'affiches</p> <p>A confier au Comité Gestion Déchets Médicaux</p> <p>Revoir la procédure pour tout linge hospitalier (blouses, champs, draps)</p> <p>A inclure dans le plan d'action</p>
<b>Recommandations du SME</b>				
01	Aucun cas d'intoxication ou d'infection due aux matières dangereuses n'est décelé d'ici 2015	Pas encore réalisé, pas de surveillance	0 %	Former les utilisateurs des matières dangereuses et disposer d'un registre. A confier la Médecine du Travail
02	Pas d'Accidents d'Exposition au Sang (AES) d'ici 2015	Surveillance non effectuée	40 %	Disposer d'un registre et afficher les Conduites à tenir dans la Clinique

03	100 % du personnel sont vaccinés contre l'Hépatite B, le Tétanos, la Fièvre typhoïde et autres	Surveillance non effectuée Réalisée pour le personnel du Laboratoire rien que pour l'Hépatite B	30 %	A confier au Comité Sécurité et Santé au Travail ou à la Médecine du Travail
----	--	--	------	--

En moyenne, nous sommes à **30 %** de résolution des Recommandations de HealthPartners et à **25 %** pour les recommandations du SME

**Annexe 09 : Photos de la Station d'épuration des eaux usées**



**Installation de la STEP**

Cuve principale en PRV avec Station de relevage (en vert) et bacs dégraisseur-débourbeur



**Fonctionnement de la STEP**

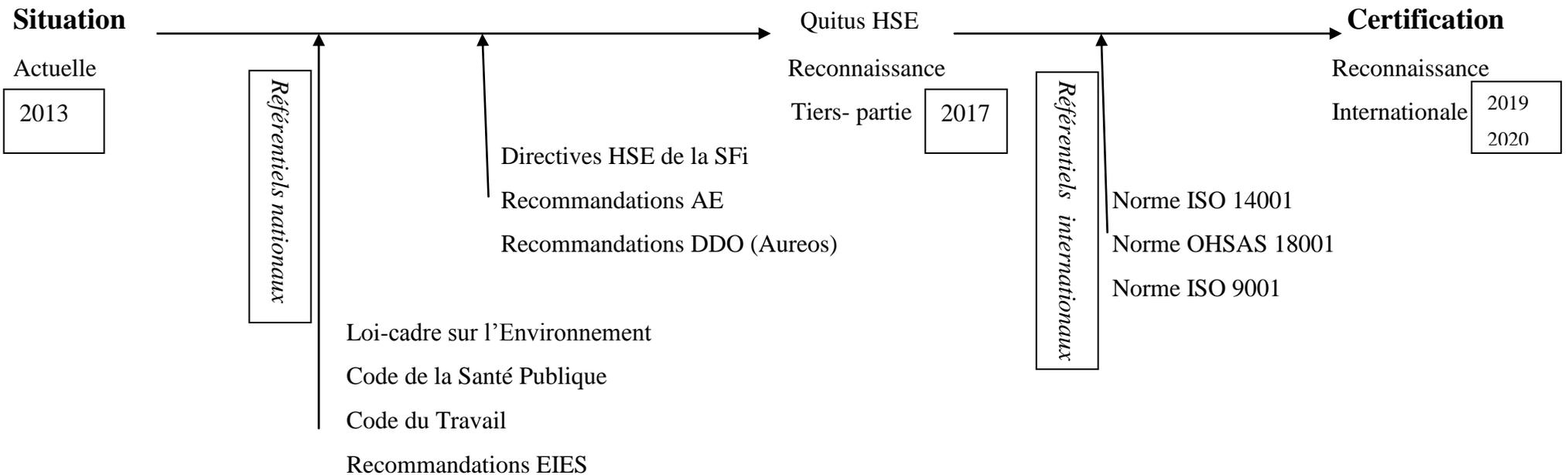
Cuve principale semi enterrée et Tableau électrique IP5

**Annexe 10 : Bilan sommaire d'activités HSE de mars 2013 à Décembre 2014**

	<b>Domaines</b>	<b>Actions menées</b>	<b>Actions restantes</b>
H = Santé	Santé et Sécurité au travail	Réunion du Comité Sécurité Santé Service de la Médecine du Travail ** Séances de sensibilisation sur les bonnes attitudes Utilisation des Equipements de Protection Individuelle (dosimètre, gants, bottes, lunettes,) Surveillance des risques d'irradiation au Service Imagerie Médicale par les Dosimètres Acquisition des manteaux plombés pour le Bloc Programmation des séances de vaccination contre l'Hépatite B	Vaccinations du personnel (reste des vaccins) Evaluation des risques professionnels des autres services Formation sur les risques, les bonnes attitudes de travail et l'utilisation des EPI Disposer d'une cartographie de risques pour toute la Clinique Affiches, Modes opératoires et Instructions, Pictogrammes, séances IEC
S = Sécurité	Sécurité des locaux	Local Sureté et Sécurité avec vidéosurveillance et Centrale de détection Incendie et autres incidents (fluides médicaux) Installation des écrans de vidéosurveillance Indication des services (en cours)	Recruter du personnel pour la surveillance permanente (en cours, à confier à une Société externe spécialisée) Installer des caméras à l'extérieur Afficher des Pictogrammes de risques par service
	Sécurité Incendie	Installation de 02 Centrales de détection Installation des Extincteurs Séance d'initiation à l'Ecole de Feu Installation des blocs autonomes	Affichage des indications et plans d'Evacuation Formation théorique et pratique sur l'Ecole du Feu. (02 fois/ an) Aménagement de la bêche à eau Installation des RIA Simulation pour évacuation (02 fois/an)

E = Environnement	Gestion rationnelle et écologique des déchets	<p>Procédure de tri respectée (DAOM et DASRI)</p> <p>Convoyage des DASRI pour incinération à l'INH</p> <p>Transport à la Décharge municipale des DAOM</p> <p>Aménagement d'un Local sécurisé pour entreposage interne</p> <p>Lavage et Désinfection périodique des poubelles et du local</p>	<p>Procédures de gestion</p> <p>Acquisition de poubelles convenables et des sacs à déchets de couleurs différentes.</p> <p>Valorisation de certains déchets (plastiques et cartons)</p> <p>Installation d'un Incinérateur</p>
	Gestion des eaux usées = Epuración	<p>Installation d'une Station d'Épuration avec des bacs dégraisseurs-débourbeurs, et raccordement de toutes les eaux usées</p> <p>Analyses de qualité de rejet selon les critères UE et IFC (satisfaisant)</p> <p>Formalités pour rejet des eaux épurées dans le réseau municipal.</p> <p>Utilisation de bio enzymes</p>	<p>Refoulement des eaux épurées dans le réseau municipal (en cours)</p> <p>Analyses de qualité de rejet (02 fois/ an)</p>
	Dératisation et Désinsectisation	<p>Opérations internes et externes effectuées (de septembre à octobre 2014)</p> <p>Lutte contre les rongeurs (rats, souris, etc.)</p> <p>Lutte contre les cafards et mythes ;</p> <p>Lutte contre les moustiques</p>	<p>Opérations à répéter au moins 02 fois cette année et si possible à l'étendre au voisinage (RSE)</p>

**Annexe 11 : Vision Stratégique du Système du SMI**



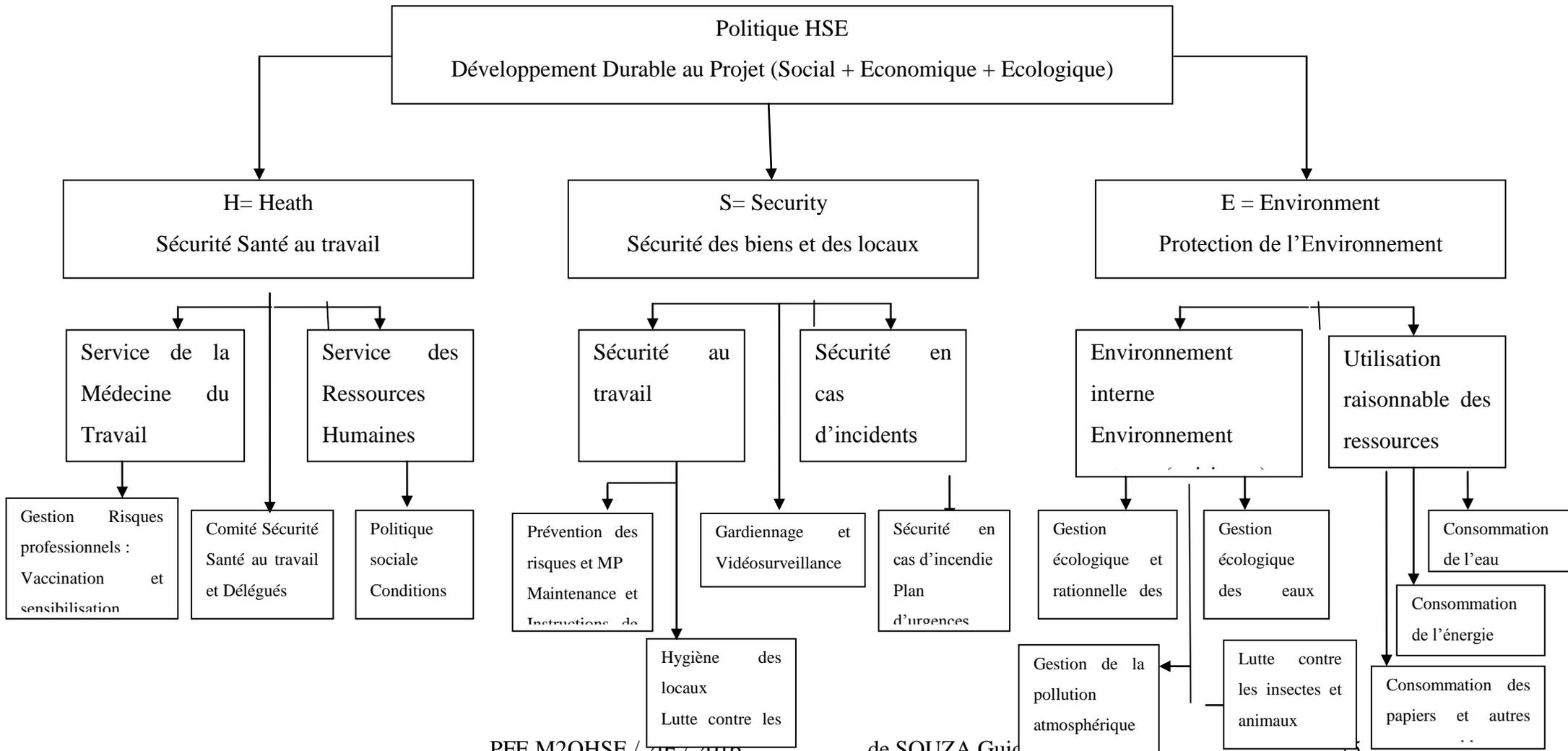
**Annexe 12 : Lignes Directrices de la Politique HSE**

ENR0...PS...

Version 1

Date d'application : 01/04/14

Page 75 sur 1



**Annexe 13: Organigramme SMI**



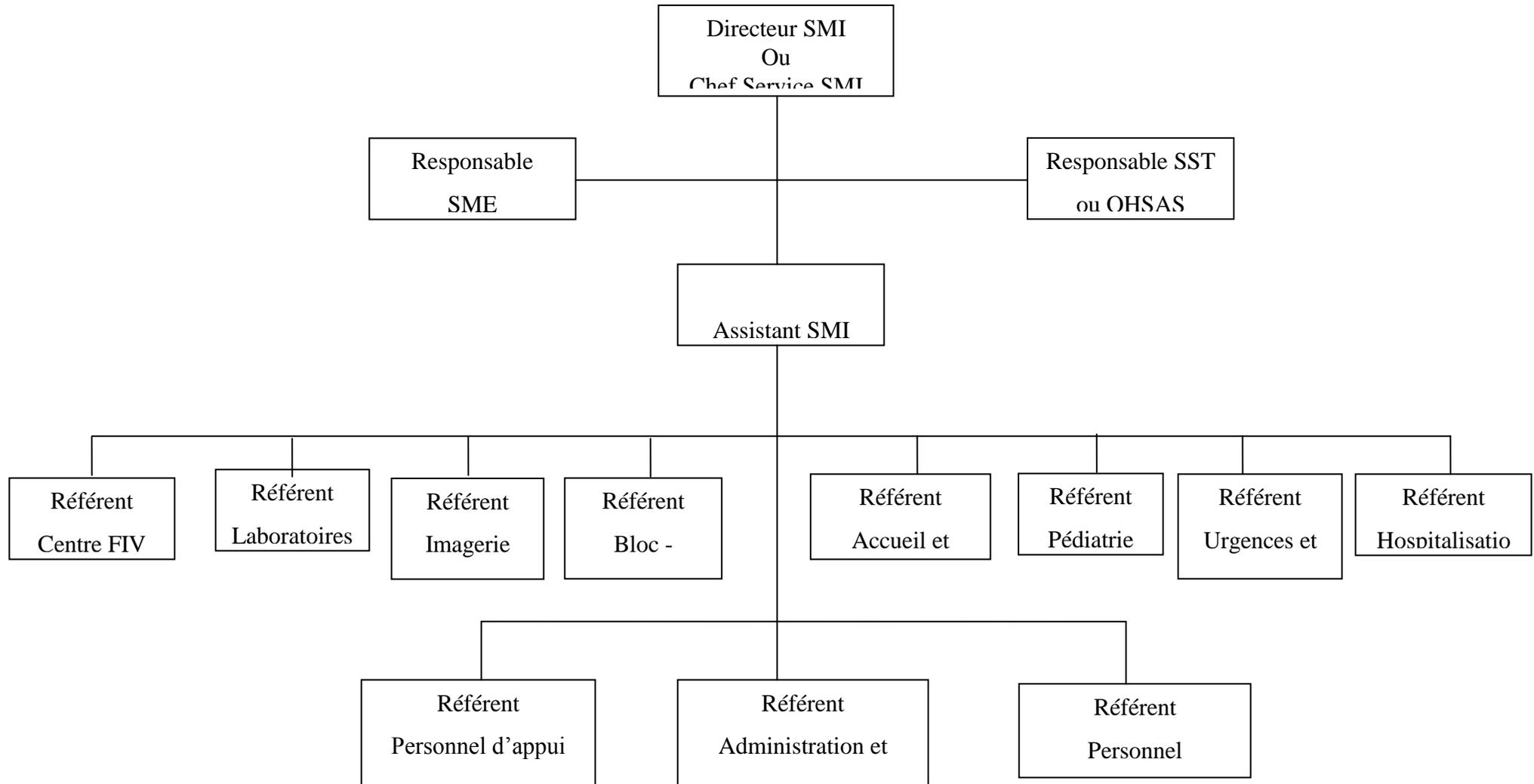
*Nous prenons soin de la Vie*

ENR0...PS...

Version 1

Date d'application : 01/04/14

Page 76 sur 1



La Direction de la Clinique BIASA S.A. a pour objectif principal d'assurer un Développement Durable à son projet de modernisation afin d'assurer la qualité des services de soins aux patients et la sécurité santé à son personnel et à son voisinage.

La Clinique BIASA S.A. s'engage ainsi à identifier les exigences et recommandations des parties prenantes (bailleurs, autorités, employés, patients, visiteurs et voisinage) et à agir en conséquence pour atteindre les objectifs suivants:

- Assurer de meilleures conditions de travail à ses employés en réduisant les risques professionnels et en offrant une surveillance médicale à son personnel,
- Garantir la sécurité à toute la population hospitalière, de ses locaux et de ses biens,
- Réduire les impacts négatifs liés à ces activités sur l'environnement et le voisinage

La mise en œuvre de ces objectifs se basera sur les Directives HSE de la SFI, les recommandations des Evaluations des Parties prenantes et les référentiels normatifs tels que la norme ISO 14001 : 2004 et OHSAS 18001 : 2007

La mise en œuvre sera suivie par un Responsable Hygiène Sécurité Environnement nommé à cet effet qui travaillera en collaboration avec un Comité de Pilotage HSE et le Comité Sécurité Santé au Travail.

Fait à Lomé, le ...

Responsable HSE

Directeur Général