



Université Senghor

Université internationale de la langue française
au service du développement africain
Opérateur direct de la Francophonie

Promotion : 2005-2007

Mémoire

Pour l'obtention du :

Master en développement

Département Santé

Spécialité : Santé Internationale

GESTION DES RISQUES À L'HÔPITAL : LE MODÈLE DU CHU NANCY (FRANCE), QUELLE ADAPTATION POUR L'HOPITAL IGNACE DEEN (GUINÉE) ?

Présenté et soutenu publiquement par :

YAKARIA TOURE

Lieu de stage : Centre Hospitalo - Universitaire de Nancy (France)

Directeur de stage : Monsieur Richard ALBALADEJO

Soutenu, le 01 Avril 2007

Jury :

Président : Docteur Christian MESENGE (Université Senghor)

Membres : Monsieur Pascal GAREL (Fédération hospitalière de l'Europe)
Docteur Mohamed GAD (Université d'Alexandrie-Egypte)

Dédicace

A

Ma mère

Mon père

Ma femme et mes enfants

Remerciements

A Dieu le tout puissant Allah pour nous avoir donné la chance de suivre cette formation.

Aux autorités de l'université Senghor d'Alexandrie. Nous avons pu apprécier l'intérêt que vous portez à la réussite de cette institution et l'intérêt que vous n'avez cessé d'accorder à notre formation. Veuillez trouver ici l'expression de notre estime et de notre profond respect.

Au Docteur **Christian MESENGE**, Directeur de Département Santé de l'Université Senghor, pour vos conseils, critiques et suggestions, soyez rassuré de notre reconnaissance.

A Madame **Alice MOUNIR**, secrétaire du Département Santé, pour le soutien constant et tous les efforts fournis pour les étudiants, soyez rassuré de notre profonde gratitude.

A tous les enseignants de l'Université Senghor pour la qualité de l'enseignement reçu, trouver ici notre profond respect.

A tout le personnel de l'Université Senghor, merci pour le service rendu.

A notre encadreur de stage, Monsieur **Richard ALBALADEDJO**, Ingénieur en Chef du Département Sécurité Hospitalière du CHU de Nancy (France). Nous tenons à vous exprimer nos vifs remerciements pour l'intérêt que vous avez accordé à l'élaboration de ce travail. Vous nous avez guidé à chaque étape de sa réalisation avec bienveillance, disponibilité et courtoisie. Nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre reconnaissance et respect.

A tout le personnel du Département Sécurité Hospitalière du CHU de Nancy, pour l'accueil chaleureux que vous nous avez réservé pendant la période de stage.

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

Aux membres de jury qui ont bien voulu lire ce travail et le juger.

Résumé

Le risque à l'hôpital peut être défini comme la probabilité de survenue d'un événement indésirable causant un préjudice au patient (mais aussi au soignant voir au visiteur). Le risque zéro n'existe pas mais, il convient de ne pas atteindre un seuil du risque jugé arbitrairement ou subjectivement inacceptable.

Aujourd'hui les pays africains dans leur ensemble, sont confrontés aux problèmes d'insécurité en milieu hospitalier.

La Guinée à l'instar des autres pays Ouest africains, n'a pas de politique de santé définie par rapport à la gestion des risques à l'hôpital. Or, la gestion des risques s'impose aujourd'hui comme la plus urgente des démarches d'amélioration de la qualité de soins.

La gestion des risques impacte sur l'organisation interne de l'établissement et concerne chaque acteur dans sa pratique professionnelle au quotidien. Se placer dans une logique d'anticipation des risques et inscrire leur prévention dans la vie institutionnelle des établissements de santé présente sur le plan culturel une évolution importante

Dans le contexte d'amélioration de la performance du système de santé, démarche à la fois incontournable et facteur de progrès, de structuration et de pérennité de l'hôpital dont les missions de santé publique sont désormais au premier plan, l'exigence de qualité, de maîtrise de risques et des coûts, des prestations réalisées pour les patients s'impose au professionnels de santé.

Le but de ce travail était de se familiariser avec les expériences du CHU de Nancy (France) pour construire une démarche de gestion des risques adaptée aux spécificités de l'hôpital Ignace Deen (Guinée). Pour atteindre ce but, nous nous sommes appuyés sur des observations, des entretiens, des visites de terrain et de la revue de littérature. Partant de ces éléments, les points suivants ont été abordés dans ce travail : 1) Généralités sur les risques ; 2) Modèle d'organisation de la gestion des risques au CHU de Nancy ; 3) Etat des lieux de l'hôpital Ignace Deen ; et 4) Recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion de risques à l'hôpital Ignace Deen.

Mots clés : gestion, risque, hôpital, Guinée.

TABLE DES MATIERES

Liste des tableaux et figures

Tableau I : Personnels de la Direction de l'hôpital Ignace Deen.....	40
Tableau II : Les services de l'hôpital Ignace Deen.....	41
Figure 1 : Structure de la gestion des risques du CHU de Nancy.....	32
Figure 2 : Organigramme de la direction de l'hôpital Ignace Deen.....	43

Figure 3 : Organigramme des responsabilités de la gestion des risques à l'hôpital Ignace Deen.....	51
Figure 4 : Les 5 étapes de la gestion des risques à l'hôpital Ignace Deen.....	58

Liste des abréviations et des sigles

AC : Agence Comptable

AGER : Assemblée des Gestionnaires de Risques

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements

AS : Agence Statistique

CA : Conseil d'Administration

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CHUN : Centre Hospitalo-Universitaire de Nancy

CHUR : Centre Hospitalo-Universitaire Régionale

CHSCT : Comité d'Hygiène et de sécurité des Conditions de Travail

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CTIN : Comité Technique national des Infections nosocomiales

COVIRIM : Comité des Vigilances et des Risques Médicaux

CGRV : Cellule de la Gestion des Risques et des Vigilances

COQA : Comité Qualité Accréditation

DGA : Directeur Général Adjoint

HAS : Haute Autorité de Santé

DHOS : Direction Hospitalisation et l'Organisation des Soins

PGR : Politique Gestion des Risques

SGG : Secrétariat Général du Gouvernement

SIDA : Syndrome Immuno Déficience Acquise

PRG : Présidence de la République de Guinée

INTRODUCTION

Le risque est partout présent dans la vie en collectivité, sur le plan industriel, de la défense nationale, de la vie quotidienne. Longtemps fataliste par rapport à l'existence du risque, la société le refuse aujourd'hui. Les discours prônant le risque zéro se multiplient. Pour autant, le réalisme l'emporte et il apparaît plus raisonnable de vouloir le gérer en apprenant à le connaître pour le maîtriser et limiter. Le milieu de santé, et en particulier le monde hospitalier, n'est de loin pas épargné par cette réflexion. Il semble que les citoyens soient plus exigeants vis-à-vis de cette institution qui est censée être le dernier rempart protecteur contre les risques vitaux. Ceci s'explique par les scandales des vingt dernières années qui ont touché la santé publique, par le fait que les usagers sont plus présents et ont leur mot à dire dans l'activité de l'hôpital [10].

En effet, le risque à l'hôpital peut être défini comme la probabilité de survenue d'un événement indésirable causant un préjudice au patient (mais aussi au soignant voir au visiteur) [11]. Le risque zéro n'existe pas mais, il convient de ne pas atteindre un seuil du risque jugé arbitrairement ou subjectivement inacceptable. On parle également de situation à risque qui représente toute situation qui pourra être à l'origine de survenu d'événements indésirables.

Différentes études ont envisagé l'ampleur du phénomène des événements indésirables. L'étude Harvard Medical Practice Study a constaté en 1984 que 4% des patients subissent des préjudices d'un type ou d'un autre type à l'hôpital ; 70% des événements indésirables conduisent à une brève incapacité, mais 14% entraînent la mort. Le rapport de l'Institut of Médecine estime que les erreurs médicales provoquent entre 44.000 et 98.000 décès annuels dans les seuls hôpitaux des Etats-Unis c'est-à-dire plus que les accidents de la circulation, le cancer du sein ou le SIDA. Le Département of Health du Royaume-Uni, dans son rapport de l'an 2000 intitulé *An Organisation With a memory*, estime que les événements indésirables concernent 10% environ des sujets hospitalisés, ce qui représente quelques 850.000 événements indésirables. L'étude australienne intitulée *Quality in Australian Health Care Study (QAHCS)*, publiée en 1995, a constaté un taux d'événements indésirables de 16% parmi les sujets hospitalisés. Le groupe de travail sur la qualité de soins dans les hôpitaux de l'Europe, estime qu'en 2000 un patient sur dix dans les hôpitaux européens est victime d'un préjudice évitable et d'effets indésirables liés aux soins qu'il reçoit [14].

Par ailleurs, les événements indésirables ont également d'importantes conséquences financières. Par exemple le coût total des événements indésirables évitables aux USA, y compris les pertes de revenu, les dépenses liées à l'incapacité et les frais médicaux est estimé à 1,7 milliards U\$ chaque année ; il faut en outre ajouter à ces coûts les pertes de confiance au niveau du public et les dispensateurs de soins [14].

La situation dans les pays en développement et les pays à économie en transition mérite de retenir particulièrement l'attention. L'infrastructure et le matériel d'équipement qui laissent à désirer, l'approvisionnement et la qualité peu fiables des médicaments, les carences au niveau de la gestion des déchets et la lutte contre les infections, le personnel peu performant, car insuffisamment motivé ou compétant, et un grave problème de sous financement des coûts opérationnels des services de santé accentuent fortement la probabilité des événements indésirables dans ces pays comparativement aux pays industrialisés.

Aujourd'hui les pays africains dans leur ensemble, sont confrontés aux problèmes d'insécurité en milieu hospitalier.

La Guinée à l'instar des autres pays ouest africains, n'a pas de politique de santé définie par rapport à la gestion des risques à l'hôpital. Or, la gestion des risques s'impose actuellement comme la plus urgente des démarches d'amélioration de la qualité de soins.

Gérer les risques à l'hôpital est bien un sujet de management : définir une politique consensuelle, expliciter les responsabilités, structurer la démarche, élaborer et mettre en œuvre un programme de gestion des risques. La gestion des risques impacte sur l'organisation interne de l'établissement et concerne chaque acteur dans sa pratique professionnelle au quotidien. Se placer dans une logique d'anticipation des risques et inscrire leur prévention dans la vie institutionnelle des établissements de santé présente sur le plan culturel une évolution importante [13].

Dans le contexte d'amélioration de la performance du système de santé, démarche à la fois incontournable et facteur de progrès, de structuration et de pérennité de l'hôpital dont les missions de santé publique sont désormais au premier plan, l'exigence de qualité, de maîtrise de risques et des coûts, des prestations réalisées pour les patients s'impose au professionnels de santé [20].

La gestion des risques à l'hôpital a fait ses preuves dans de nombreux pays, en Amérique, mais aussi en Europe [1].

C'est pour toutes ces raisons que nous avons choisi le thème libellé comme suit :

« Gestion des risques à l'hôpital : le Modèle du CHU de Nancy (France), quelle adaptation pour l'hôpital Ignace Deen (Guinée) » ?

L'objectif général de ce travail était de se familiariser avec les expériences du CHU de Nancy (France) pour construire une démarche de gestion des risques adaptée aux spécificités de l'hôpital Ignace Deen (Guinée).

Les Objectifs spécifiques sont les suivants :

- S'inspirer des expériences réussies en gestion des risques à l'hôpital d'un pays avancé dans ce domaine ;
- Transposer et adapter des stratégies réussies dans le contexte du pays en voie de développement ;
- Contribuer à la mise en place d'un programme de gestion de prévention des risques à l'hôpital Ignace Deen (Guinée) ;

Pour atteindre ces objectifs, le plan suivant a été adopté :

Chapitre 1 : Généralités sur les risques à l'hôpital

Chapitre 2 : Cadre du stage, Matériels et Méthode de travail

Chapitre 3 : Modèle d'organisation de la gestion des risques du CHU de Nancy (France)

Chapitre 4 : Etat des lieux de l'hôpital Ignace Deen (Guinée)

Chapitre 5 : Proposition pour l'élaboration et la mise en place d'une démarche de gestion des risques à l'hôpital Ignace Deen.

Recommandations

Conclusion

Annexes

CHAPITRE 1 : GENERALITES SUR LES RISQUES A L'HOPITAL

I- Définition et enjeux de la gestion des risques en établissement de soins

1-1 Définitions

1-1-1 Risque

La notion de risque, couramment utilisée dans la vie quotidienne, se révèle complexe et a évolué au fil du temps. Elle est approchée différemment selon les domaines et les spécialités. Ainsi le mot risque revêt une signification différente pour l'épidémiologiste, le spécialiste de l'environnement, l'assureur, l'ingénieur de la sûreté de fonctionnement, le soignant ou le cadre de direction. Le gestionnaire de risque l'associe au terme de vulnérabilité.

Néanmoins, quelle que soit la définition qu'on peut lui donner, la notion de risque est toujours associée aux notions de probabilité, dommages, événements indésirables et/ou redoutés, gravité. La définition retenue ici est celle du document de l'ANAES (actuellement Haute Autorité de Santé) : « situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine » [12]. Dans un établissement de santé, ces événements sont ceux dont la survenue perturbe la réalisation de ses missions premières : assurer des soins de qualité aux personnes en toute sécurité.

1-1-2 Gestion des risques

1-1-2-1 Définitions génériques

La gestion des risques dans le domaine de la santé s'est développée aux Etats-Unis dans les années 50, pour réduire le risque de mise en cause de la responsabilité des professionnels et, ce faisant, pour les actions en dommages intérêts et le coût des assurances pour négligence médicale. Les programmes de risk management, initialement centrés sur les soins et la pratique en milieu hospitalier, notamment les activités d'obstétrique, d'anesthésie et d'urgence, se sont ensuite étendus à l'ensemble des événements indésirables. A la fin des années 80, cette approche a évolué dans les pays anglo-saxons vers un effort de réduction et de prévention des risques indépendamment de leur probabilité de conduire à un contentieux. La gestion des risques s'attache alors de plus en plus à identifier et traiter les causes profondes des risques (risques pour les patients, les visiteurs, les professionnels, pour l'institution et quelle que soit la nature de ces risques) [14].

Les risques dans un établissement de santé sont à la fois nombreux, dispersés et souvent intriqués. Certains sont spécifiques aux établissements de santé comme les risques liés aux activités médicales et de soins, appelés aussi risques cliniques (complications des actes médicaux et de soins, erreurs médicamenteuses, erreurs de diagnostic, défauts d'information par exemples). D'autres sont communs à toutes les organisations comme les risques techniques (incendie, panne d'électricité), environnementaux (légionellose), mais aussi les risques sociaux (absentéisme), informatiques et financiers. Ils peuvent mettre en jeu la continuité des soins et la sécurité des personnes [15].

Il n'existe pas aujourd'hui de consensus sur la définition de la gestion des risques en établissement de santé. Certains emploient le terme de maîtrise des risques défini comme « un effort organisé pour identifier, évaluer et réduire, chaque fois que possible les risques encourus par les patients, les visiteurs et le personnel » [28].

D'autres appellent gestion des risques « un processus régulier, continu et coordonné, intégré à l'ensemble de l'organisation, qui permet d'identification, le contrôle, l'évaluation des risques et des situations à risque qui ont causé ou auraient pu causer des dommages aux patients, aux visiteurs, aux professionnels, aux biens de l'établissement » [21].

La gestion des risques est réactive et préventive. Elle combine en effet [17] :

- Une approche réactive qui s'intéresse a posteriori aux événements indésirables survenus ou avérés. Elle vise à limiter le nombre d'événements indésirables (incidents, accidents) ou à réduire les conséquences dommageables de ceux-ci par la mise en place d'action correctives.
- Une approche préventive ou anticipative, qui identifie a priori les événements redoutés ou événements indésirables par une analyse du système et de ses dangers. Elle comprend l'identification des situations dangereuses et les vulnérabilités de l'établissement puis la mise en place d'actions de prévention et de suivi de leur efficacité.

Toute fois, les définitions actuelles de la gestion des risques reflètent mal ses dimensions culturelle, managériale et technique [2].

1-1-2-2 Dimension culturelle

La gestion des risques constitue un état d'esprit nouveau face aux risques :

- ne pas considérer la survenue d'un événement indésirable comme le fruit de la fatalité,
- penser qu'il aurait pu être évité,
- ne pas banaliser l'incident ou l'accident,
- avoir conscience que la sécurité des patients et des personnes résulte de la somme des actions de l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus de production de soins.

La survenue d'un accident ne résulte pas seulement d'une erreur humaine individuelle. L'accident ou la situation à risque met en jeu une cascade complexe d'événements où les facteurs techniques, humains, organisationnels se conjuguent et s'intriquent. Si la vigilance de chaque acteur est une garantie ultime de sécurité, elle n'intervient que comme le dernier maillon de la « chaîne de sécurité ». Les défauts d'organisation, particulièrement aux interfaces entre acteurs ou secteurs, constituent plus de 80 % des facteurs de risque dits latents. Dépasser une culture de la faute, développer une culture de sécurité exigent de tous une nouvelle façon d'apprendre et demandent une évolution majeure des comportements individuels et collectifs, un engagement profond de la direction et des différents niveaux hiérarchiques d'un établissement [31].

1-1-2-3 Dimension managériale

La gestion des risques met les décideurs face à des choix d'organisation et de politique centrés sur l'objectif « primum non nocere ».

L'approche systémique transversale et pluridisciplinaire de la gestion des risques accorde une importance primordiale à la maîtrise de l'organisation, à la responsabilisation de chaque professionnel comme acteur principal de la sécurité et à sa formation.

Prendre en compte la globalité et la complexité du système de production de soins remet en cause la modalité de diffusion de l'information et certaines pratiques hiérarchiques. Cette approche nouvelle de la gestion des risques permet de dépasser une approche purement réglementaire et normative de la sécurité, mais au-delà, constitue une réelle innovation dans la gestion et l'organisation d'un établissement. Elle conduit à intégrer la sécurité aux objectifs de gestion de l'établissement.

1-1-2-4 Dimension technique

La démarche de gestion des risques, issue du monde industriel et assurantiel, est itérative et comprend, quel que soit son champ d'application, la déclinaison successive de plusieurs étapes utilisant des méthodes et outils spécifiques de la gestion des risques.

1-1-3 Typologie des risques à l'hôpital

Le risque correspond à un événement dont la survenue va compromettre ou entraver la réalisation des missions de l'établissement. Il peut s'agir d'un événement qui a un effet négatif direct ou indirect sur la qualité des soins dispensés ou qui porte atteinte à la sécurité des personnes, ça peut être un événement qui génère un coût et qui ainsi dévie des ressources de leur finalité normale. A ces conséquences, s'ajoutent des conséquences possibles en termes d'atteinte à l'image de l'institution ou à la responsabilité des acteurs.

Le champ de survenue des risques en établissement de santé est extrêmement vaste. Il s'étend de la sécurité des bâtiments soumis aux règles applicables aux établissements recevant du public, la sécurité des personnels, des visiteurs et bien sûr des patients. En conséquence, toute classification des risques est imparfaite. La classification suivante est proposée [4] :

1-1-3-1 Les risques spécifiques aux activités médicales et de soins

Ce sont des risques iatrogènes qui incluent les risques liés aux actes médicaux et aux pratiques (erreur de diagnostic, de traitement, maîtrise insuffisante ou non d'un geste technique, d'une procédure), les risques liés à l'utilisation des produits de santé (médicaments, produits sanguins, équipements médicaux, etc.), le risque infectieux nosocomial (c'est-à-dire acquis en établissement de santé), mais aussi les risques liés à l'organisation des soins et de l'environnement.

On inclut dans cette catégorie les risques liés à la non observance des traitements par les patients, et également les risques liés aux questions éthiques (acharnement thérapeutique, euthanasie, etc.), les risques liés au défaut d'information ou au non respect du secret médical.

1-1-3-2 Les risques liés à un événement technique ou logistique

Il s'agit des risques concernant les bâtiments et les installations parmi lesquels : incendie, rupture d'électricité, défaut d'approvisionnement en eau, pollution, défaut des systèmes informatiques. Ces risques peuvent avoir ou non un impact sur les activités médicales et de soins.

1-1-3-3 Les risques communs à la gestion de toutes les organisations

Il s'agit des risques plus directement liés à la dynamique économique de l'établissement de santé, perte de ressources humaines (risque social, départ d'une personne clé, accident de travail, grève, etc.), engagement de la responsabilité (faute professionnelle, défaut de surveillance, responsabilité sans faute, fraude, non respect de la conformité réglementaire, etc.), atteinte à l'image de marque, etc. Comme les précédents, ils peuvent avoir ou non un impact sur les activités médicales et de soins.

Les conséquences de ces risques se déclinent en terme de (sur) morbidité/mortalité, de perte d'image et donc potentiellement de perte de clientèle et d'activités, de coûts liés à la prise en charge des réclamations et des plaintes, de surcoûts liés à la prise en charge des complications.

1-1-4 Démarche de la gestion des risques

Les objectifs que pourrait se fixer une organisation de gestion des risques sont généralement : la prévention, c'est-à-dire agir en amont pour diminuer la fréquence des événements indésirables; la protection c'est-à-dire agir en aval pour diminuer la gravité potentielle des événements indésirables par la mise en place de moyens de détection précoce du risque et de barrières effectives ; le tout afin de faire passer le risque d'une zone inacceptable à une autre plus acceptable ; réduire les plaintes et contentieux en les utilisant plutôt comme des sources d'informations pertinents sur les risques à l'hôpital ; augmenter la sécurité des patients est un concept qui présente deux dimensions : la sécurité objective ou technique ; la mise en confiance du patient, et celle-ci passe fondamentalement par l'information et la communication [23].

Face à ces objectifs, la gestion des risques présente cinq étapes [17] :

1-1-4-1 Identification des risques

L'étape d'identification, essentielle consiste à connaître les événements indésirables. L'identification porte sur les événements redoutés ou identification a priori, et sur les événements réalisés ou identification a posteriori. Elle conduit les établissements à élaborer leur propre classification des risques ;

1-1-4-2 Analyse des risques

L'analyse des risques vise non seulement à qualifier la gravité et la fréquence de chaque risque, mais également permet de déterminer ses causes et ses conséquences (dommage ou préjudice). Seule une analyse systémique permet de retracer « la chaîne d'événements » ayant conduit à l'accident ou l'incident. Elle recherche l'ensemble des causes, notamment les causes liées à l'organisation.

1-1-4-3 Hiérarchisation des risques

Cette étape permet de sélectionner les risques qui exigent la mise en œuvre d'actions préventives prioritaires. Cette hiérarchisation est fonction de la fréquence (probabilité de survenue) et de gravité de l'événement (conséquences humaines, organisationnelles, financières...). Elle est établie en fonction de la criticité du risque mais aussi de son acceptabilité, son évitabilité, son coût.

1-1-4-4 Elaboration et la mise en œuvre des plans d'action

Plusieurs scénarii peuvent être envisagés pour améliorer la situation. Ils seront analysés en fonction notamment de leur faisabilité, du rapport coût/efficacité, des bénéfices secondaires pour les acteurs de terrain. Le choix du plan d'action résulte d'un compromis, la sécurité étant in fine le résultat d'un arbitrage entre la criticité des risques à traiter, les points de vue des différents acteurs et diverses contraintes d'ordre réglementaire, budgétaire, social, politique, sociologique par exemple. Quel que soit le plan d'action retenu, sa mise en œuvre repose essentiellement sur la capacité de l'institution à mobiliser les acteurs concernés autour des enjeux de maîtrise des risques.

1-1-4-5 Suivi et l'évaluation

La mise en place d'un suivi des plans d'action a non seulement pour objet de vérifier la pertinence du plan d'action et d'identifier les risques résiduels à surveiller, mais également de s'assurer de l'efficacité des actions au regard des objectifs. Elle nécessite la définition préalable d'indicateurs.

1-2 Les enjeux de la gestion des risques

La gestion globale et intégrée des risques est un enjeu d'actualité et d'avenir pour un établissement à plusieurs titres. Elle constitue une réponse aux attentes croissantes et incontournables de la société, des usagers en matière de qualité et de sécurité des soins. La tolérance collective au risque est de plus en plus limitée. Des efforts importants de transparence, d'information, de communication sont à conduire pour rendre les risques inhérents à l'activité de production de soins acceptables par les usagers [16].

La gestion des risques est une opportunité pour optimiser les compétences, améliorer les organisations et les conditions de travail, favoriser la pluridisciplinarité et la transversalité au sein de l'établissement [3].

Intégrer la finalité de sécurité dans la performance hospitalière implique non seulement une responsabilisation de chaque acteur, une prise de conscience individuelle et collective des risques, mais aussi des changements importants en terme d'organisation, de système d'information, de management [6].

La mise en place des programmes de gestion des risques est indiscutablement aujourd'hui, elle constitue une condition favorable d'assurabilité d'un établissement. Dans les pays antérieurement confrontés à des situations similaires (comme le Canada, les Etats-Unis ou le pays Bas), elle est devenue une condition impérative. Elle a permis de garantir la pérennité des contrats d'assurance en responsabilité professionnelle et de maîtriser leurs coûts [19].

II- La gestion des risques doit trouver sa place dans le tableau de bord du directeur hospitalier

La gestion des risques vient enrichir les paramètres en ligne de compte dans le processus décisionnel. La prise en compte du risque à l'hôpital répond à des orientations stratégiques qui sont pleinement du ressort du directeur d'hôpital. En développant une approche intégrée de la gestion des risques, le manager hospitalier peut obtenir une vision globale des risques qu'il prend et accepte de prendre [31].

De plus, à l'instar du monde industriel, il est permis d'escompter des retombées positives au niveau financier suite au développement d'une intelligence du risque. Cet aspect n'est pas négligeable dans la mesure où le gestionnaire hospitalier est responsable des finances publiques.

Là aussi, la gestion des risques a une connotation éminemment stratégique puisqu'elle va découler de choix économique et financier, les coûts de mise en place de mesures de prévention et d'outils de gestion des risques n'étant pas négligeable.

2-1 Le Tableau de bord :

Un tableau de bord est un document écrit, sélectif, descriptif, synthétique et rétrospectif.

Un tableau de bord est [8]:

- Ecrit, le support écrit est une condition indispensable, même si une personne a une grande capacité de mémorisation de chiffres, il est nécessaire de disposer d'un support écrit qui puisse être transmis à différents interlocuteurs.
- Sélectif, il doit se limiter à des informations pertinentes à une problématique ; toutes les informations peuvent être intéressantes, mais dans un cas donné seules certaines informations sont adéquates par rapport à un enjeu.
- Synthétique, un tableau de bord à sa simple lecture incite à focaliser l'attention sur les points les plus saillants ;
- Rétrospectif, un tableau de bord est semblable à un magnétoscope qui présenterait le film des plus récents événements ; à ce titre, un tableau de bord est historique en ce qu'il retrace des faits déjà réalisés.

Le tableau donne des indicateurs nécessaires pour éviter de piloter une activité de gestion de façon aveugle. En pratique, il s'agit des tableaux ou des graphiques énonçant les

éléments jugés pertinents d'une activité de gestion afin de suivre, d'analyser et d'améliorer celle-ci [8].

2-2 La gestion des risques comme outil d'aide à la décision : une approche intégrée

L'enjeu principal en matière de gestion des risques repose sur le fait que le directeur de l'hôpital se trouve au bout de la chaîne de responsabilités telle que décrite par le juriste Claude Boissier-Rambaud. De ce fait, il existe une chaîne de responsabilités dans les unités de soins avec une interdépendance forte entre les gestes infirmiers, médicaux voire administratifs et techniques qui s'exercent tout au long du processus de prise en charge du patient. Et le directeur est tenu du bon fonctionnement de cet enchaînement au sens de la responsabilité collective [24].

L'intérêt décisionnel d'une telle démarche globalisante est d'assurer au directeur une visibilité sur la prise de risque qu'il assume pleinement en toute connaissance de cause. L'approche intégrée permet de pallier, dans la mesure du possible, la méconnaissance des situations à risque qui existent dans son établissement. Le but est de donner une intelligence à la juxtaposition de texte, de recommandations, de vigilances qui se sédimentent de façon dissociée à l'hôpital. La coordination de l'ensemble de ces démarches qui préexistent est le fondement de la gestion intégrée des risques. C'est aussi la clé de réussite d'une stratégie de management de risques [9].

Ainsi la gestion des risques n'est pas un domaine à inventer car elle existe de facto dans la plupart des secteurs d'activités de l'hôpital. Il s'agit plutôt de donner un éclairage institutionnel et transversal.

La gestion des risques permet d'avoir une vision transversale de la prise en charge hospitalière et d'éviter qu'il y ait des ruptures dans la chaîne de soins.

Elle assure également la mise en place de barrières ou parades contre les situations à risques.

La politique intégrée de gestion des risques se fonde sur une démarche pragmatique qui consiste à reconnaître que le risque est partout présent à l'hôpital, que des mesures de contingentement du risque sont déjà mises en place dans certaines activités et qu'il convient de les étendre à des secteurs moins sensibles à la prévention.

Des domaines tels que les vigilances, le traitement des plaintes, la conformité réglementaire, la démarche qualité sont des éléments sur lesquels la stratégie de gestion des risques doit s'appuyer. Tout l'enjeu est de permettre que cette dynamique s'étende à l'ensemble des domaines à risque présents dans l'hôpital. Et l'intérêt de la direction est de mettre en place cette démarche intégrée car elle présente à terme, un formidable outil d'aide à la décision.

En effet, la gestion des risques ne signifie pas l'anéantissement du risque qui est une utopie, mais elle signifie la connaissance et la maîtrise du risque dans l'institution [1]. Dans un second temps, la gestion intégrée des risques rend possible la mise en œuvre d'une priorisation des risques que l'institution veut combattre. Ceci n'est que si la vision des risques à l'hôpital, non sans être exhaustive, est cohérente et coordonnée. Le décideur hospitalier pourra prendre des orientations stratégiques en ayant une bonne connaissance de l'existant plutôt que de répondre à des besoins au coup par coup, par clientélisme ou autre. Cette gestion éclairée du risque s'appuie essentiellement sur des outils et indicateurs que le décideur maîtrise quotidiennement. La gestion des risques doit être un des aspects de son tableau de bord. Sa force de décision par rapport aux risques va s'établir en fonction des priorités du décideur, que ce soit la protection de l'image de l'établissement, la paix sociale au niveau du personnel, la maîtrise des dépenses, la réduction du contentieux, la protection des médecins face au contentieux... [5]

En fonction de ses objectifs propres, un suivi des situations à risque permet à la direction de dégager des priorités, en évaluant les scénarii de résolution de ces risques. Et il peut alors privilégier des axes de prévention et de protection dans les domaines qu'il juge sensible.

Selon Sfez [25], le travail décisionnel est facilité. En effet, "cette scénarisation vise à faciliter le travail des arbitres aussi bien dans l'établissement, qu'au niveau des tutelles".

L'arbitrage se fonde essentiellement sur une approche déterministe du risque. Les priorités sont identifiées à partir de la cartographie des risques propres à l'établissement. Ces priorités sont fixées généralement grâce à des outils permettant d'identifier les fonctions gravité et occurrence. Puis les parades et barrières sont recherchées pour y faire face.

Ainsi la mise en place d'une politique de gestion des risques, même si elle est devenue de facto difficilement évitable, ne doit pas être perçue comme une contrainte supplémentaire.

Le décideur a tout intérêt à percevoir à travers cette démarche, un outil à la décision qu'il paramètre en fonction de ses grandes orientations. Le management des risques doit trouver sa place en tant qu'éclairage au profil du management général de l'hôpital. Le critère de risque peut devenir, dans le cadre d'un programme de gestion de la qualité et des risques, un critère de décision dans le choix des investissements ou des activités de la direction [29].

Il peut être aussi un outil d'arbitrage économique. En effet, il est démontré que les entreprises qui se sont engagées dans une démarche de gestion des risques ont dégagé des gains de productivité et des augmentations de leur chiffre d'affaire. Si l'hôpital relève d'une organisation plus complexe et beaucoup moins rationnelle que l'entreprise, il est permis de s'interroger avec espoir sur cet aspect de la gestion des risques. En tout état de cause, le gestionnaire hospitalier doit aborder cette dimension financière de la prévention des risques [21].

CHAPITRE 2 : CADRE, MATERIELS ET METHODE DE TRAVAIL

I - Cadre du stage

1.1 Présentation du service d'accueil

Notre structure d'accueil a été le Département de Sécurité Hospitalière du Service Technique du CHU de Nancy. Ce Département a été créé depuis 1996 et assure pour la Direction Générale, la Sécurité Incendie pour le groupement d'exploitation constitué de tous les bâtiments hospitaliers universitaires, écoles et laboratoires des hôpitaux ainsi que la sécurité des malades, des personnels, des visiteurs et des biens du CHUR de Nancy. Il est constitué de :

❖ Un Service Fonctionnel, Prévention et Sécurité, structuré en trois bureaux :

- Bureau d'Etudes Prévention et Prévision Sécurité
- Bureau de Sûreté des personnes et des Biens
- Bureau de Formation et Documentation Sécurité.

❖ Cinq Services Opérationnels :

- Service Sécurité – Hôpitaux de Brabois
- Service Sécurité – Hôpitaux Urbains
- Service Sécurité – Hôpital Jeanne d'Arc
- Service Accueil Surveillance – Hôpitaux Brabois
- Service Accueil Surveillance – Hôpitaux Urbains.

1- 2 Domaines de compétence

Les domaines de compétence du Département de Sécurité Hospitalière sont les suivantes :

- ❖ Sécurité Incendie
- ❖ Sécurité des Biens et des Personnes – Télésurveillance
- ❖ Secours à Victimes et Assistance à Personnes
- ❖ Sécurité Générale – Circulation – Stationnement
- ❖ Sécurité du Travail et Risques Professionnels
- ❖ Risque Chimique et Transport de Matières Dangereuses
- ❖ Conseils Techniques et Réglementaires :
 - Assistance Sécurité Maîtrise d’Ouvrage
 - Génie Civil – Génie Technique
 - Gestion de Crise

1- 3 Missions permanentes

- ❖ **Du service de prévention et sécurité**
 - La formation sécurité des agents du CHUN
 - La prévention par les études et les conseils techniques pour intégrer les mesures de prévention réglementaires
 - L’organisation et la mise en place de mesures de sûreté et d’anti-malveillance.

Des services opérationnels d'établissements

- La réalisation de contrôles de risques dans les bâtiments
- La veille technique permanente des installations névralgiques
- Les déplacements pour interventions immédiates 24h/24
- La gestion de la maintenance préventive et technique.

II - Matériels et Méthode de travail

2-1 Méthode utilisée :

La méthode adoptée dans ce travail est de type Benchmarking. Elle s'est appuyée sur des observations, des entretiens, des formations et des visites de sites.

2- 2 Supports de collecte des données

Ce travail est réalisé après une recherche documentaire sur la gestion des risques à l'hôpital à partir de :

- Articles scientifiques
- Communications scientifiques
- Ouvrages
- Rapports d'activités
- Consultations fréquentes à l'Internet
- Ecrits journalistiques.

2-3 Déroulement du stage :

Le stage effectué du 04 Mai au 28 Juillet 2006 dans le cadre de la mise en situation professionnelle avait pour but, de se familiariser avec les expériences du CHU de Nancy (France) pour construire une démarche de gestion des risques adaptée aux spécificités de l'hôpital Ignace Deen (Guinée).

Pour ce faire un planning prévisionnel (voir annexe 1) couvrant la période du stage a été élaboré. En fonction de ce planning, le déroulement du stage se résume en ces points :

❖ Visites de sites

Pour comprendre l'organisation de la gestion des risques au CHU de Nancy, nous avons visité les hôpitaux relevant de la juridiction du CHU et les postes centraux de sécurité hospitalière.

❖ Entretiens

Avec des personnes ressources notamment :

- Le coordinateur des vigilances
- Les correspondants locaux des vigilances :
 - ✓ Toxicovigilance
 - ✓ Hémovigilance
 - ✓ Réactos et Biovigilances
 - ✓ Matérovigilance
 - ✓ Pharmacovigilance
- Le chef de Département Sécurité Hospitalière
- Le responsable du Service d'Hygiène Hospitalière
- Le Directeur des activités de soins et des ressources médico-techniques
- La Directrice de la qualité de soins et de la clientèle
- Le responsable de la gestion des déchets biomédicaux
- Le responsable de la médecine de santé au travail

❖ Formation

Conformément aux dispositions de sécurité du CHU de Nancy, nous avons pu suivre une formation de deux jours en prévention d'incendie dans les établissements sanitaires suivie des exercices de simulation avec des dispositifs d'incendie et d'évacuation des patients en cas de sinistre (voir photos en annexe 2).

Cette formation a été organisée par le Département de Sécurité Hospitalière.

Nous avons assisté à l'exercice de simulation d'évacuation du personnel médical en fin de formation au Centre de Formation d'Incendie de la Tour Marcelle Brot ainsi qu'à celui organisé à l'intention du personnel de l'Unité de Production Culinaire du CHU de Nancy.

Par ailleurs, dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales à la région de Lorraine, nous avons participé avec l'équipe de la cellule régionale d'hygiène, une séance de prélèvement d'air et d'eau dans les blocs opératoires et les salles d'accouchements des hôpitaux de Bar-le-Duc et de Toul respectivement à 100 et à 50 km de Nancy. Nous avons également eu l'opportunité de suivre au laboratoire, l'analyse microbiologique de ces prélèvements après une semaine de conservation dans l'étuve à la recherche des bactéries multi résistantes et de la moisissure (voir photos en annexe 2).

Notre stage de trois mois au Département de Sécurité Hospitalière du CHU de Nancy s'est déroulé dans une atmosphère de convivialité et de franche collaboration.

2- 4 Définitions opérationnelles :

Elles regroupent l'ensemble des termes utilisés dans ce travail.

❖ Accident

Événement imprévu entraînant la mort, une détérioration de la santé, des lésions, des dommages ou autre perte.

❖ Accréditation (certification)

Procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectuée par des personnels, indépendantes de l'établissement de santé et des organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et ses pratiques. Elle vise à assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé.

❖ Amélioration de la qualité

Actions entreprises dans tout l'organisme en vue d'accroître l'efficacité et le rendement des activités et des processus pour apporter des avantages accrus à la fois à l'organisme et à ses clients.

❖ Audit

Méthode d'évaluation rigoureuse et indépendante, basée sur l'utilisation d'un référentiel et/ou de critères prédéterminés, qui permet de décrire, de comparer, de mesurer et d'analyser une pratique, un processus, une structure, une organisation, une technique de soins, un produit ou un service de prestation ou démarche, pour déterminer si les exigences du référentiel et les dispositions prévues sont effectivement respectées. Il apprécie un écart par rapport à une situation de référence [26].

❖ **Benchmarking**

C'est une technique de marketing qui consiste à étudier et à analyser des techniques de gestion, les modes d'organisation des autres entreprises afin de s'en inspirer le meilleur

❖ **Domage**

Blessure physique ou atteinte à la santé des personnes ou à l'environnement.

❖ **Enregistrement**

Document qui fournit des preuves tangibles des activités effectuées ou des résultats obtenus.

❖ **Etablissement de santé**

Organisme du dispositif hospitalier, public ou privé, responsable de la prise en charge des patients et organisé pour assurer cette mission.

❖ **Événement indésirable**

Tout événement ou incident qui entrave le déroulement normal du travail.

❖ **Facteurs externes**

Forces échappant au contrôle de l'établissement de santé dans les domaines de la santé et de sécurité et dont il y a lieu de tenir compte dans les limites de temps appropriés. (Réglementations, normes industrielles).

❖ **Facteurs internes**

Forces au sein de l'établissement de santé pouvant affecter son aptitude à appliquer la politique de santé et de sécurité. (Réorganisation interne, culture d'entreprise).

❖ **Gestion des risques**

La gestion des risques est une approche préventive qui fait appel à un grand éventail de moyens pour réduire ou éliminer les risques qu'une situation causant des dommages se produise, et en limiter les dommages lorsque les risques se réalisent [29].

➤ **Analyse du risque**

Utilisation des informations disponibles pour identifier les phénomènes dangereux et estimer le risque.

➤ **Estimation du risque**

Estimation globale de la probabilité et de la gravité d'une lésion ou d'une atteinte à la santé pouvant survenir dans une situation dangereuse, en vue de sélectionner des mesures de sécurité appropriées.

➤ **Evaluation du risque**

Jugement fondé sur l'analyse du risque, indiquant si un risque qui est acceptable a été atteint dans un certain contexte, sur la base des valeurs admises par la société.

➤ **Maîtrise du risque**

Processus par lequel les décisions sont prises et des mesures de protection mises en place pour réduire les risques ou les maintenir dans les limites spécifiées.

❖ **Meta-Analyse**

Il s'agit d'une méthode qui utilise les statistiques pour combiner les résultats de plusieurs études indépendantes en vue d'estimer l'effet d'une procédure ou d'une variable sur un objectif défini.

❖ **Gravité**

Mesure des conséquences possibles d'un phénomène dangereux.

❖ **Incident**

Événement ayant entraîné un accident ou qui aurait pu entraîner un accident.

❖ **Indicateur**

Donnée objective qui décrit une situation d'un point de vue quantitatif. Un indicateur n'a de réelle signification que s'il permet de caractériser une situation et d'effectuer des comparaisons dans le temps ou dans l'espace.

❖ **Non-conformité**

Tout écart par rapport à des normes, pratique, procédures, réglementations, performance de système de management qui pourrait entraîner, directement ou indirectement, des blessures ou maladies, des dommages à la propriété, à l'environnement du lieu de travail ou une combinaison de ces événements.

❖ **Phénomène dangereux**

Source potentielle de dommage.

❖ **Procédure**

Manière spécifique d'accomplir une activité. Une procédure correspondant à la description d'une action à réaliser. C'est-à-dire quelle finalité (pourquoi ?) quel contenu (de quoi ?), quelles modalités d'élaboration (comment ?), quelles modalités de validation (validé par qui et comment ?), quelles modalités de diffusion (pour qui ?).

❖ **Processus**

Ensemble de moyens et d'activités liés qui transforment des éléments entrant en élément sortants.

❖ **Qualité**

Ensemble des caractéristiques qui confèrent au processus de soins l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés ou implicites du bénéficiaire.

❖ **Risque**

Combinaison de la probabilité d'un dommage et sa gravité.

❖ **Risque résiduel**

Risque subsistant après que des mesures de prévention ont été prises.

❖ **Sécurité**

Etat dans lequel le risque de dommages corporels ou matériel est limité à un risque acceptable. Ensemble des dispositions qui évite l'exposition à un accident, un danger ou à un risque. La sécurité est un aspect essentiel des démarches qualité dans les établissements de santé. Elle vise à préserver les personnes, les biens, les équipements et l'environnement.

❖ **Situations dangereuses**

Situation dans laquelle des personnes, des biens ou l'environnement sont exposés à un ou plusieurs phénomènes dangereux.

❖ **Système de management de la santé et de la sécurité**

Partie d'un système de management global qui facilite le management des risques associés aux activités de l'établissement de santé relatifs à la santé et à la sécurité au

travail. Ceci comprend l'organisation, les activités de planification, les responsabilités, les pratiques, les procédures et les moyens nécessaires pour développer, mettre en œuvre, réaliser, revoir et tenir à jour la politique de l'organisation en matière de santé et de sécurité au travail.

❖ **Tableau de bord**

C'est un support informatif de synthèse sur lequel sont formalisés les indicateurs essentiels permettant à un responsable de piloter l'entité dont il a la charge [9].

❖ **Vigilance**

Etat de veille attentive.

❖ **Vigilances sanitaires**

Surveillance des effets indésirables et des incidents liés à l'utilisation des produits de santé (médicaments, produits sanguins, dispositifs médicaux, cellules, tissus, réactifs) dans le but de prévention du risque [7].

2- 5 Traitement des données

Les logiciels Word et Power Point version 2003 ont servi comme outils de traitement de ce travail.

2- 6 Limites et contraintes

- Dans ce travail l'approche budgétaire n'a pas été développée ;
- Certaines informations se trouvant dans le planning prévisionnel du stage en annexe n'ont pas été abordées dans ce travail par manque d'informations;
- L'impossibilité de réunir certaines données tels que les résultats d'analyse et de contrôles sur au moins trois dernières années pour étudier la performance du système constitue une autre limite.

CHAPITRE 3 : MODELE D'ORGANISATION DE GESTION DES RISQUE DU CHU DE NANCY (FRANCE)

I- Présentation du CHU de Nancy :

1-1 Organigramme de la Direction du CHUN (Voir annexe 1).

1-2 Hôpitaux du CHU de Nancy

Les hôpitaux du CHU de Nancy sont constitués par deux sites :

❖ Site des hôpitaux de Brabois à Vandoeuvre

- Hôpital de Brabois d'adultes
- Pavillon Tour Drouet
- Hôpital d'enfants
- Hôpital Jeanne d'Arc (à Dommartin lès-Toul)

❖ Site des hôpitaux urbains

- Hôpital Central
- Hôpital Saint Julien
- Centre Saint Stanislas (ancien et nouveau)
- Tour Marcel Brot
- Hôpital Marin (CRIH)
- Hôpital Villetnin
- Hôpital Fournier
- Hôpital Maringers

1-3 Historique des hôpitaux du CHU de Nancy

De nombreuses institutions charitables furent fondées à Nancy au cours des siècles passés, puis disparurent. C'est dans cette longue tradition que s'inscrit l'histoire des établissements du CHU de Nancy. Bien qu'il ne subsiste plus de bâtiments antérieurs au XVIIème siècle, l'origine de l'hôpital actuel le plus ancien remonte au XIVème siècle.

1-3-1 L'hôpital Saint Julien

La vocation de l'Hospice Saint Julien se limita à l'accueil des vieillards, tant indigents que pensionnaires jusqu'aux années 1950. L'Hospice Saint Julien accueillait en 1964 un service de Neurologie, puis en 1967, un service de Neurochirurgie. Depuis le transfert à l'Hôpital de Brabois des services de Médecine C et D et Rhumatologie en 1973-1974,

l'Hospice Saint Julien devenu Hôpital Saint Julien, a surtout une vocation neurologique. Mais en janvier/février 1999, les services de Neurologie, Neurochirurgie et Neuroradiologique ont intégré le nouveau bâtiment construit à l'hôpital Central.

Actuellement l'Hôpital Saint Julien n'abrite qu'une unité de Long Séjour de 95 lits. On y trouve également les services Techniques des Hôpitaux Urbains.

1-3-2 L'Hôpital Central

Après l'Hospice Saint Julien, l'établissement hospitalier le plus ancien de Nancy était l'Hôpital Saint Charles, ancêtre de l'actuel Hôpital Central et qui fut démoli à la fin du XIXème siècle.

Début 1999, a été mis en service un bâtiment de 200 lits qui a permis de regrouper les services de neurologie, de neurochirurgie et de neuroradiologie abrités jusqu'alors à l'hôpital Saint Julien. Ce bâtiment est surmonté d'un hélisurface où est stationné un hélicoptère sanitaire assurant avec une équipe médicale disponible 24 h sur 24 les secours héliportés pour l'ensemble de la région lorraine.

Après plus d'un siècle d'existence, l'Hôpital Central reste le siège administratif du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy. L'hôpital Central abrite également le service des urgences, de Traumato-orthopédique, de chirurgie maxillo-faciale et l'institut de médecine légale du CHU.

1-3-3 L'Hôpital Marin

En 1913, la Maison Marin, désormais appelée Hôpital Marin, était cédée gracieusement aux Hospices Civils par le Conseil Général de Meurthe Moselle. Annexe de l'Hôpital Central Marin, après avoir accueilli divers services, n'abrite plus aucun service médical depuis le départ en 1973 du service de chirurgie C pour Brabois, mais uniquement des services administratifs : il s'agit actuellement du Centre Régional d'Informatique Hospitalière.

1-3-4 Le Centre Saint Stanislas

Depuis le départ du foyer de l'enfance, l'ensemble Saint Stanislas a une double vocation :

- de centre de formation

Des salles d'enseignement ont été aménagées dans les anciens bâtiments pour les besoins de formation continue des personnels du CHU et de l'Ecole de formation des ambulanciers y a été installée.

- de Centre de soins de Long Séjour

Pour répondre aux besoins de prise en charge de la population âgée dépendante, une structure de 84 lits de Long Séjour a été édifiée à l'extrémité de la propriété et fonctionne depuis le 4 novembre 1993.

1-3.5 Le groupe hospitalier Maringer-Villemin-Fournier

Inauguré en septembre 1925, il reçut le nom d'Hôpital Fournier. Le groupe hospitalier M.V.F fut complété au cours de l'entre-deux guerres par un service de Radiologie et par une pharmacie. De nos jours, il abrite un service de Dermatologie, un service de Médecine interne orientée vers l'Alcoologie et un Centre d'orthogénie et de Planification Familiale. Sont également implantés sur ce site, le service Transport des hôpitaux de ville une crèche pour les enfants du personnel.

1-3.6 Le sanatorium de LAY-Saint-Christophe actuel Centre Médical Paul Spillmann

La réouverture en 1952, tout en restant propriété du CHU de Nancy, il fut soumis au décret du 24 mai 1948 et eut désormais une gestion autonome assurée par un médecin directeur et une commission de surveillance. Reconverti en centre médical, il fut réintégré administrativement au CHU de Nancy le 1^{er} janvier 1975. Cet établissement est aujourd'hui un centre de moyen séjour à orientation gériatrique de 69 lits.

1-3.7 L'hôpital Jeanne d'Arc à Dommartin-lès-Toul

Situé à une vingtaine de kilomètre de Nancy, l'Hôpital Jeanne d'Arc était à l'origine un hôpital militaire de campagne construit par les Américains. Sur un terrain d'une superficie de 50 hectares, il offrait une capacité de 1000 lits répartis entre une multitude de petits pavillons de deux niveaux, reliés entre eux par un large couloir, de manière à former une unité dans laquelle on pouvait circuler comme dans un labyrinthe.

Le 15 janvier 1969, l'Hôpital Jeanne d'Arc devint officiellement propriété du CHU de Nancy. On y ouvrit un service de Chirurgie Générale, un service de Médecine Générale orientée vers les maladies métaboliques et de la nutrition et un troisième orienté vers la Cardiologie. Une partie des lits fut réservée plus spécialement à une activité de moyen séjour. Ces services furent complétés par l'ouverture le 16 novembre 1973 d'un service de Médecine orientée vers la psychiatrie.

1-3-8 Le site des hôpitaux de Brabois

Pour faire face à l'augmentation du nombre de malades et d'étudiants, à l'évolution de la médecine et à la nécessité de réaliser des équipements modernes et adaptés, le CHR de Nancy envisage dès 1961 d'entreprendre, dans le cadre d'un programme à long terme, l'aménagement d'un nouvel ensemble hospitalo-universitaire et le plateau du Brabois dans la commune de Vandoeuvre fut retenu pour abriter les locaux.

1-3-8-1 L'Hôpital d'Adulte de Brabois

Construit en janvier 1968 et inauguré officiellement le 15 septembre 1973, l'Hôpital d'Adultes est bâti sur une superficie de 40 hectares. Le nouvel hôpital que l'on qualifiait alors de « plus moderne hôpital d'Europe », est un bloc d'une capacité de 800 lits et disposant de 12 niveaux avec un entresol abritant le bloc opératoire et deux sous sols. Ce bâtiment abrite les services suivants : la chirurgie vasculaire, la pneumologie, la médecine interne, l'hématologie, la cardiologie, la Rhumatologie, la Chirurgie digestive générale, la stérilisation, le service intérieur, la Direction de l'hôpital, la radiologie, la réanimation médicale, le Poste Central de Sécurité, le laboratoire, la radiologie, la chirurgie cardiovasculaire, l'ophtalmologie, l'Urologie, le greffe d'organes, la pharmacie, le Brancardage et le restaurant de l'hôpital.

1-3-8-2 L'hôpital d'Enfants

Construit en 1978 et ouvrait ses portes le 12 octobre 1982, l'Hôpital d'Enfants a été construit pour deux objectifs : d'une part, celui de regrouper et de rénover les services médicaux et médicaux techniques destinés au traitement des enfants malades et d'autre par celui d'améliorer les conditions d'hébergement de ces enfants. D'une capacité de plus de 300 lits, l'Hôpital d'Enfants est bâti sur une superficie de 33.000 m² avec 8 niveaux. Il comporte des services administratifs (bureaux des admissions) et généraux, des consultations, des services médicaux techniques et d'hospitalisations variées.

En plus de ces deux blocs, il existe d'autres bâtiments annexes abritant : le service de maladies infectieuses et tropicales, le centre de dialyse, le centre de cancérologie, le service de prise en charge des prisonniers, le service technique, la blanchisserie, l'école des infirmières, un magasin d'entrepôt, la chaufferie, le service d'archive, le funérarium et un nouveau parking à deux niveaux pour le personnel.

1-4 Dispositifs sécuritaires des bâtiments du CHU Nancy

Le CHU de Nancy donne une priorité absolue à la protection de ses patients, de son personnel et de ses services de secours.

La politique de sécurité s'inscrit dans une démarche de progrès, d'amélioration et sensibilisation permanentes.

1-4-1 Aménagement extérieur

Les bâtiments sont dimensionnés, compartimentés selon leurs niveaux de risques d'incendie.

Les pompiers peuvent accéder à l'extérieur et à l'intérieur pour participer au sauvetage des personnes et combattre l'incendie.

1-4-2 Aménagement intérieur

En cas d'incendie, les structures et les planchers coupe-feu résistent, au moins le temps nécessaire pour permettre aux occupants exposés au risque de sortir sain et indemne.

Le compartimentage des locaux empêche la propagation rapide du feu entre les étages par les planchers et la façade. Le cloisonnement et les portes des locaux empêchent la propagation horizontale de l'incendie vers les couloirs, escaliers et autres locaux.

Les couloirs et les escaliers sont cloisonnés avec des portes par flamme à fenêtre automatique afin d'éviter la propagation des fumées vers les escaliers et sur toute la longueur des grands couloirs.

Les ascenseurs et les monte-charges sont automatiques et empêchent la propagation de l'incendie vers les étages supérieurs.

II- POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES ET DES VIGILANCE

La politique d'identification, de gestion et de prévention des risques au CHU de Nancy est la volonté de la direction et de la commission médicale d'établissement de s'engager dans un processus formalisé, transversal, coordonné et pluridisciplinaire. Elle se fonde sur [32] :

- La place centrale du patient
- la nécessité de prévention vis-à-vis des personnels et des usagers
- l'implication de l'ensemble du personnel, sensibilisé par les programmes de formation et de l'information
- la volonté d'une structuration globale des risques et vigilances
- le respect de la réglementation et les recommandations de l'ANAES (actuelle HAS)
- la mise en place d'outils méthodologiques permettant la réalisation d'actions, leur suivi et leur évaluation.

L'organisation de la prévention s'appuie sur :

- la transversalité des organes chargés de la gestion des risques afin de favoriser la coordination du recensement des événements indésirables, des décisions et des actions
- la gestion des proximités des différents risques, au sein de chaque pôle et de chaque secteur d'activité
- la réactivité par la gestion des alertes descendantes et ascendantes
- l'émergence d'une culture qualité et sécurité, dans tous les secteurs d'activités du CHU, chaque professionnel devenant acteur de la démarche.

Cette volonté politique au plus haut niveau de l'institution, exprimée par la Direction Générale et la Commission Médicale d'Etablissement, doit conduire à améliorer la capacité de prévoir et de corriger les risques de l'établissement, par un dispositif structuré

simple et explicite (organes, programme, évaluations, ajustements) fondé sur les valeurs affichées.

III- Mise en œuvre et fonctionnement

3.1 Structure et organisation

3-1-1 Généralité

La prévention des risques à mettre en place au sein de l'établissement, un système opérationnel comprenant l'ensemble des moyens humains, techniques et organisationnels pour identifier et prévenir les risques liés au processus de soins, assurer la continuité de soins et améliorer la qualité des prestations.

La notion des risques intègre l'ensemble des domaines dont les vigilances sanitaires.

3.1.2 Organisation

Le système de management de gestion des risques et vigilance se structure selon trois niveaux :

- **Le niveau politique**, représenté par le Comité de Pilotage : le Comité Qualité Accréditation (COQA)
- **Le niveau fonctionnel de réflexion**, de travaux et de coordination, représenté par l'Assemblée de Gestionnaires de Risques (AGER), son bureau, sa cellule d'appui et ses groupes de travail transversaux. L'AGER et son bureau fonctionnent en liaison avec les organes institutionnels et la Direction Qualité-Gestion des risques
- **Le niveau de proximité** représenté par les acteurs au sein des pôles, eux-mêmes représentés au niveau de l'Assemblée des Gestionnaires de Risques par les référents qualité/gestion des risques.

NB : Le système de gestion des risques et vigilances devra inclure ou être harmonisé avec les systèmes existants. Pour cela, l'établissement doit, après avoir inventorié les responsabilités existantes en gestion des risques et des vigilances, les harmoniser et les structurer en fonction d'une gestion globale des risques.

Le système de management de gestion des risques et vigilances nécessite une décentralisation :

- d'une part, des responsabilités des acteurs de la gestion des risques,
- d'autre part, des moyens financiers, techniques et humains, pour permettre à l'organisation d'être efficace, d'avoir une réactivité et des mesures adaptées à la maîtrise des événements indésirables pouvant survenir dans la réalisation du processus hospitalier.

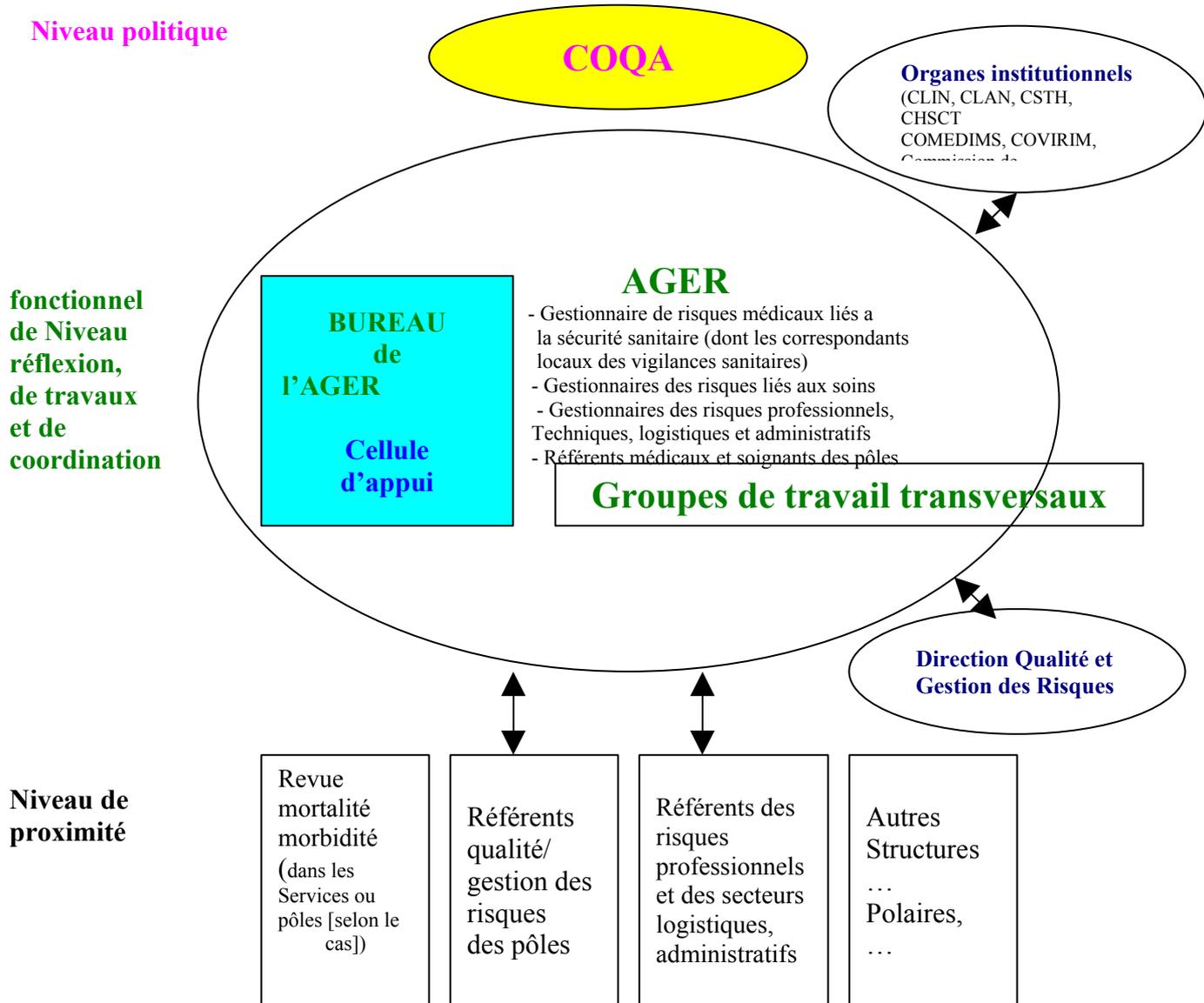
L'établissement doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que l'ensemble du personnel soit informé et formé pour être des acteurs réels d'une amélioration continue de la maîtrise des risques. Il devra identifier et prévoir :

- les compétences requises à tous les niveaux (après avoir évalué les compétences actuelles),
- les besoins en formation pour maintenir le système en bon fonctionnement,
- les ressources d'information pour pérenniser le système.

Les structures mises en place doivent agir dans une démarche continue de gestion des risques et vigilances pour :

- A court terme, agir au plus près des situations à risques
- A moins terme, assurer une cohérence dans le traitement des événements indésirables,
- A long terme, assurer l'amélioration de la démarche de la gestion des risques et des vigilances.

Figure 1 : Structure de gestion des risques du CHU de Nancy



SIGLE :

COQA= Comité Qualité Accréditation (Comité de pilotage)

AGER= Assemblée des Gestionnaires de risques

3-2 Structures de proximité

Sur un plan fonctionnel, des structures de proximité sont constituées au sein des pôles en fonction de la nature des activités développées et des risques spécifiques encourus.

Dans les pôles cliniques par exemple, l'organisation de revues de mortalité/morbidité peut constituer un élément essentiel de recensement et d'analyse des événements indésirables.

Sur un plan plus général, les référents Qualité/Gestion des risques des pôles d'activités, les gestionnaires des risques des secteurs logistiques et techniques, les gestionnaires des risques professionnels sont les intermédiaires indispensables entre le niveau local, proche du patient, et l'Assemblée des Gestionnaires de Risques.

3-3 Assemblée des Gestionnaires de Risques (AGER), le bureau et la cellule d'appui : niveau de réflexion et de travaux transversaux

3-3-1 Assemblée des Gestionnaires de Risques

3-3-1-1 Définition, Composition

L'Assemblée des Gestionnaires de Risques (AGER) est la réunion des acteurs qui concourent, dans tous les domaines, aux missions d'identification, de gestion et de prévention des risques.

Sa présidence est copartagée entre le Directeur Qualité-Gestion des Risques et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

La circulaire DHOS/E2/E4 No 176 du 29 mars 2004 relative aux recommandations pour la mise en place d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé précise l'étendue des risques : « le champs des risques dans un établissement est vaste : risques aux établissements de santé liées aux activités médicales et de soins, encore appelés risques cliniques, risques communs à toutes les organisation comme les risques techniques, environnementaux mais aussi informatiques, sociaux, financiers,... ». Ces risques peuvent en particulier mettre en jeu la sécurité des patients et des personnels et la continuité des soins.

Au CHU de Nancy, collaborent aux missions d'identification, de gestion et de prévention des risques :

- des médecins, pharmaciens ou odontologistes, réunis au sein du Comité des Vigilances et des Risques Médicaux (COVIRIM), gestionnaires des risques liés aux activités médicales identifiés en relation avec la sécurité sanitaire des patients et des professionnels de santé : correspondants locaux des vigilances, présidents des organes institutionnels (CLIN, COMEDIMS, CSTH,...), médecin du travail, référent qualité/gestion des risques, médecins, pharmaciens ou odontologistes des pôles, coordonnateur des vigilances,...
- des soignants gestionnaires des risques liés aux activités de soins : Directeur de soins, référents qualité/gestion des risques soignants des pôles,...
- des gestionnaires des risques techniques, environnementaux, logistiques, administratifs, professionnels,...

Les membres de l'AGER participent à la constitution de groupes de travail transversaux, fondé sur des objectifs définis, où seront en outre associées, en fonction des thématiques abordées, les personnes compétentes de l'établissement, non membres de l'AGER.

3-3-1-2 Missions

Les missions de l'AGER sont multiples :

- Suivre l'évolution des dysfonctionnements à l'aide d'indicateurs
- Proposer des plans d'actions
- Concevoir des procédures de gestion des « risques et vigilances » adaptées
- Assurer la cohérence et la concertation entre les différentes structures de vigilances et de prévention.

3-3-1-3 Périodicité des réunions

L'AGER se réunit au moins trois fois par an. Les groupes de travail transversaux se réunissent autant que de besoin pour assurer leur mission dans les délais impartis

3-3-2 Bureau

3-3-2-1 Définition, composition

Le bureau de l'AGER constitue le niveau de régulation et de coordination du dispositif de maîtrise des risques et des vigilances. Le bureau est constitué des membres suivants :

- 2 présidents de l'AGER
- 2 représentants des médecins-pharmaciens-odontologues, désignés par le COVIRIM
- 2 représentants de la direction des activités de soins
- 2 représentants des gestionnaires des risques techniques, logistiques et professionnels
- 2 représentants de la Direction Qualité-Gestion des Risques
- 2 représentants de la Commission Médicale d'Etablissement
- 2 représentants de la commission de soins IMTR

3-3-2-2 Missions

Le bureau veille à la réparation des travaux dans les groupes transversaux, il assure les liens nécessaires entre les groupes, oriente et coordonne leurs travaux, organise les comptes-rendus des rapporteurs devant l'AGER réunie en séance plénière. Il rédige les rapports d'activités annuels et pluriannuels. Il assure par ailleurs, une mission d'appui auprès du Comité Qualité Accréditation.

Lors de ses réunions, le bureau a la possibilité de solliciter les compétences des partenaires institutionnels sur des points particuliers d'analyse et de gestion des risques et vigilances.

3-3-2-3 Périodicité des réunions

Le bureau de l'AGER se réunit en cas de besoin pour assurer l'organisation de son programme et au moins préalablement aux réunions de l'assemblée.

3-3-3 Cellule d'appui

3-3-2-1 Définition, composition

La cellule d'appui est une structure permanente issue du bureau de l'AGER et de la Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques. Elle est composée des membres de bureau de l'AGER et d'un agent rattaché à la Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques, dont la mission est partiellement affectée à cette tâche.

3-3-2-2 Missions

La cellule d'appui n'a pas de mandat pour se substituer aux missions définies des correspondants locaux des vigilances et des gestionnaires de risques sauf situation particulière

Le signalement des événements indésirables est préférentiellement orienté vers les vigilants et gestionnaires des risques ; lorsque cette orientation préalable ne peut être établie par le notifiant, la cellule d'appui sera destinataire des notifications aux heures ouvrables. Un dispositif relais sera étudié afin d'assurer la permanence de la réception des notifications et de leur prise en charge. Lorsque les moyens informatiques le permettront, un guichet unique de réception des notifications d'événements indésirables sera mis en place

Dans un premier temps les missions essentielles de la cellule d'appui consistent à :

- recevoir et réorienter les signalements des événements indésirables, dont l'orientation préalable vers un ou des vigilants/gestionnaires des risques ne peut être établie de façon précise par le notifiant,
- donner des avis et conseils aux notifiants lorsque le gestionnaire des risques n'est pas a priori identifié au sein de l'établissement.

Dans un second temps, lorsque les moyens techniques le permettront, cette cellule d'appui sera chargée de missions complémentaires :

- analyser les flux de déclaration des événements indésirables,
- Suivre le déroulement des différentes étapes de la prise en charge des notifications : accusé de réception au notifiant, conclusion du dossier avec précision du degré d'imputabilité et de gravité. La cellule d'appui n'a pas pour mission de réaliser les enquêtes suite au signalement des événements indésirables ; ces enquêtes relèvent de la compétence et de l'autorité propre des vigilances de risques.

Les vigilants, les gestionnaires de risques et les présidents des organes institutionnels relatifs aux risques sanitaires de l'établissement sont invités permanent à participer aux travaux des réunions de la cellule d'appui.

3-3-2-3 Périodicité des réunions

Le bureau de l'AGER précisera la périodicité des réunions de travail de la cellule d'appui.

3-4 Comité Qualité Accréditation : le niveau politique

3-4-1 Définition, composition

Le Comité Qualité Accréditation représente le niveau politique de la maîtrise des risques au sein du CHU. Le Comité Qualité Accréditation décide la politique de gestion des risques, les axes d'amélioration et finalise les priorités.

Le Comité qualité Accréditation est composé des décideurs médicaux, soignants, administratif, techniques et logistiques.

Il comprend au minimum le directeur général, le coordinateur général des soins et le président de la commission médicale d'établissement. Il exerce également le rôle de comité de pilotage pour l'ensemble de la démarche qualité.

3-4-2 Missions

Le Comité Qualité Accréditation a pour mission :

- d'établir la politique générale de gestion des risques et vigilances
- de définir les axes de travail et les priorités d'investigations
- de valider le programme de gestion des risques
- de veiller à la bonne réparation des moyens affectés à la maîtrise des risques

3-4-3 Périodicité des réunions

Le Comité Qualité Accréditation se réunit en cas de besoin et au moins quatre fois par an

3-5 Direction de la qualité et de la Gestion des risques

3-5-1 Définition, composition

La Direction de la Qualité et de la gestion des Risques est la direction rattaché au pôle stratégique, chargée de promouvoir et coordonner la qualité et la gestion des risques.

3-5-2 Missions

En matière de politique de gestion des risques, la Direction de la Qualité et de la Gestion des Risques est chargée, avec l'AGER, de promouvoir et de coordonner au sein de l'établissement, la politique de gestion des risques définie par le Comité Qualité Accréditation.

Ces deux structures sont également chargées de coordonner la mise en place d'une organisation visant à identifier les risques, les analyser et les réduire.

3-5-3 Périodicité des réunions

La gestion des risques ne représente que l'une des missions de la Direction Qualité-Gestion des risques ; les questions relatives à ce thème seront intégrées dans l'ordre du jour des réunions périodiques de cette direction.

CHAPITRE 4 : ETAT DES LIEUX DE L'HOPITAL IGNACE DEEN

I- Présentation de l'hôpital Ignace Deen

1-1 Présentation physique :

L'hôpital Ignace Deen est l'un des plus grands établissements de la Guinée avec une vocation hospitalo-universitaire, situé dans la capitale Conakry (commune de Kaloum). Il est limité au Sud-est par l'océan atlantique, à l'ouest par le quartier Sandervalia et au nord par le quartier Koulewondy. L'hôpital Ignace Deen est bâti sur une superficie de 2 hectares.

1-2 Mission :

Sous la tutelle du Ministère chargé de la santé publique, l'hôpital Ignace Deen a pour mission :

- la prise en charge des cas référés par les hôpitaux régionaux et préfectoraux et par les formations sanitaires de la ville de Conakry ainsi que la prise en charge des urgences et des consultations externes et leur éventuel hébergement ;
- de soutenir les activités de soins de santé primaires et secondaires ;
- d'assurer la formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux ;
- de promouvoir la recherche en santé en vue de réduire la morbidité et la mortalité.

1-3 Organisation administrative :

L'hôpital Ignace Deen est un établissement public administratif à caractère scientifique et social, placé sous la responsabilité du Ministère chargé de la Santé. Il jouit de la personnalité morale, de l'autonomie financière et de gestion conformément à la législation et à la réglementation régissant les établissements publics et administratifs en Guinée.

Pour assurer sa mission, l'hôpital Ignace Deen est doté d'organes de décision, de services techniques et d'appui et d'organes consultatifs.

1-3-1 Organes de décision

1-3-1-1 Conseil d'Administration (CA)

Le CA a pour attribution de délibérer sur les questions d'intérêt stratégique concernant la vie de l'établissement. A ce titre il se prononce sur : le programme annuel d'activités, le programme des investissements, le plan de développement pluriannuel, le budget prévisionnel, le compte des résultat de chaque exercice budgétaire, la tarification, le tableau des effectifs, l'organisation des services, le taux de rémunération des prestation des services, l'affectation des moyens humains et matériels, les dons et les legs à l'établissement.

1-3-1-2 Directeur Général

Il a pour attribution d'assurer la gestion quotidienne de l'établissement conformément aux orientations du CA avalisé par le Ministère de la Santé Publique. Dans ce cadre, il assure la demande du personnel pour le fonctionnement de l'hôpital et les affecte dans les services ; il prépare le budget et assure son ordonnancement ; il gère les moyens matériels et logistiques mis à la disposition de l'hôpital ; il assure la gestion de l'information découlant du processus de soins à l'hôpital et assure les relations publiques avec les partenaires extérieurs de l'hôpital.

Le Directeur Général est assisté dans ses fonctions par un certain nombre de cadres auxquels sont délégués des fonctions spécifiques qui tiennent compte de leurs compétences. De façon schématique, les éléments constituant l'équipe de direction sont dans le tableau I.

Tableau I : Personnel de la Direction de l'hôpital Ignace Deen

Fonctions	Postes
Direction générale	Directeur Général
Gestion des affaires médicales	Directeur Général Adjoint
Gestion financière	Chef de service administratif Chef comptable Comptable matière Comptable denier
Gestion du personnel	Chef personnel Surveillant général

1-3-2 Services médicaux et médico-techniques

Conformément au décret No 053/PRG/SGG portant statut de l'hôpital national Ignace Deen, sa structuration sectorielle se résume dans le tableau II.

Tableau II : les services de l'hôpital Ignace Deen

Familles	Spécialités	Services
Services médicaux	Médicales	Neurologie, Cardiologie, Hématologie, Rhumatologie, Gastro-entérologie, urgences Médicales, Pneumo-phtisiologie, Pédiatrie, Médecine légale, Médecine interne, Anesthésie-Réanimation, Acupuncture.
Services chirurgicaux	Chirurgicales	Chirurgie viscérale, Urologie, Gynécologie-Obstétrique, Stomatologie, Ophtalmologie, ORL, Traumatologie.
Services médico-techniques	Imagerie médicale	Radio-diagnostic
	Biologiques	Laboratoires cliniques
Logistique et Approvisionnement	Pharmaceutique	Pharmacie

1-3-3 Organes consultatifs

Les organes consultatifs sont des structures qui n'ont pas de voies délibératives mais dont les avis sont demandés obligatoirement sur des questions relevant de compétences spécifiques. Les organes consultatifs sont : le comité médical consultatif, le comité d'hygiène et sécurité et le conseil scientifique.

Le Comité Médical Consultatif émet des avis sur les questions concernant : l'organisation des services, l'introduction de nouvelles technologies, le budget et le compte de résultats de la Direction Générale, les évacuations sanitaires, la qualité des soins, le tableau des effectifs, le programme annuel d'hygiène et sécurité, les tarifs des

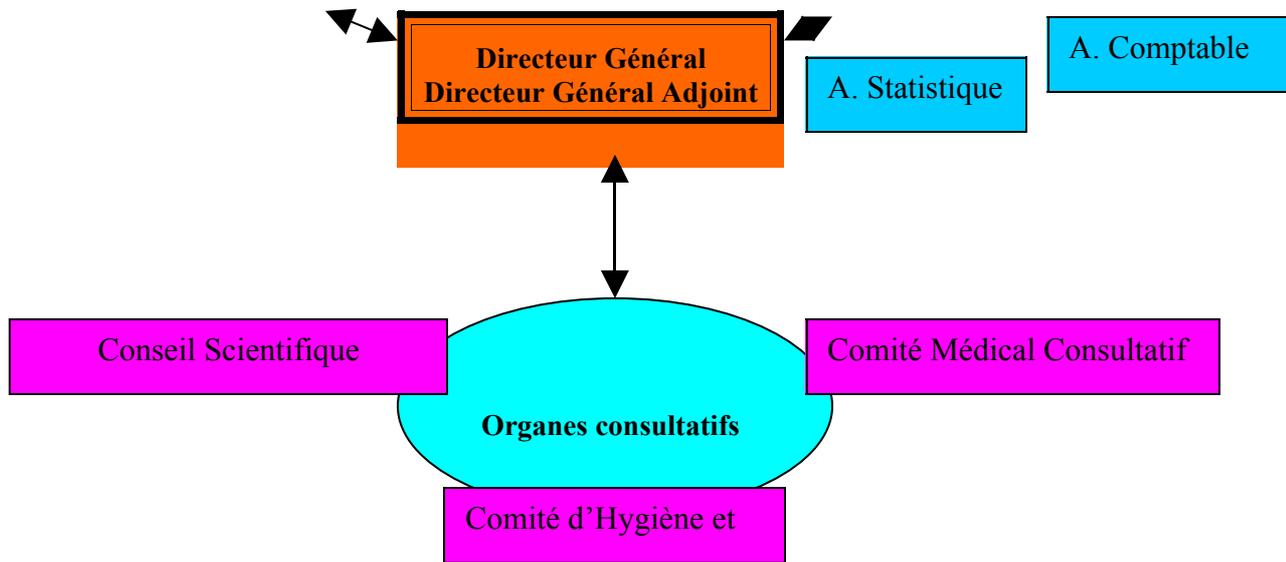
prestations, l'organisation des gardes et les programmes de formation. Il est formé par trois commissions, notamment, la commission des affaires économiques et budgétaires, la commission des évacuations sanitaires et la commission chargée des questions d'organisation médicale. Il regroupe l'ensemble des chefs de services médicaux et médico-techniques et est présidée par le Directeur Général.

Le Comité d'Hygiène et de sécurité est consulté pour les questions concernant les normes d'hygiène et de sécurité à mettre en place en vue de protéger la santé des malades et du personnel. Il est constitué par le Directeur général Adjoint, trois représentants du personnel infirmier, deux représentants du corps médical, le pharmacien chef et les chefs du service administratif et financier, le surveillant général, le responsable de la maintenance et le médecin du travail de l'établissement.

Le Conseil Scientifique émet un avis sur les problèmes intéressant l'organisation de la recherche et la formation du personnel médical et paramédical et l'introduction de nouvelles technologies à l'hôpital. Il est composé de l'ensemble des chefs de services, de l'infirmier chef, du surveillant général et est présidé par un médecin élu par ses pairs.

Figure 2 : L'organigramme de la direction de l'hôpital Ignace Deen





1-4 Ressources

1-4-1 Ressources matérielles

L'hôpital Ignace Deen est formé par deux unités séparées par une voie publique (unité nord et unité sud).

- L'unité nord communément appelée bâtiments annexes est formée par deux longs immeubles d'un niveau, abritant les services de Neurologie, de Cardiologie, de cabinet dentaire, de Pédiatrie, de Maternité et de l'acupuncture.

- L'unité sud longe le bord de l'océan atlantique et est constituée par huit immeubles d'un niveau et dix bâtiments simples, abritant les services de Médecine interne, de Laboratoire biomédicale, de Transfusion sanguine, de Traumatologie, de Chirurgie viscérale, d'ORL, d'Ophtalmologie, d'Urologie, des Urgences, d'Imagerie médicale, de Pharmacie d'Anesthésie – réanimation, de Pneumo-physiologie, de Maintenance hospitalière et les bureaux pour l'administration.

Tous ces services sont dotés plus ou moins d'un équipement standard minimum pour leur fonctionnement.

L'hôpital Ignace Deen a une capacité de 500 lits d'hospitalisation et dispose deux groupes électrogènes de marque Mercedes, de 450 KVa chacun.

1-4-2 Ressources humaines

L'hôpital Ignace Deen compte 102 médecins, 256 infirmiers et sage - femmes, 80 agents de santé, 65 d'agents d'entretien et 36 personnels de soutien.

1-4-3 Ressources financières

Les ressources de l'hôpital Ignace Deen sont constituées par :

- des subventions de l'Etat
- des taxes parafiscales directement affectées
- les prestations de services
- les emprunts, dons et legs
- les produits de cession des biens et des services
- les fonds provenant de l'aide extérieure.

La subvention accordée par le Ministère de la Santé publique à l'hôpital Ignace Deen en 2005 était de 10 milliards de francs guinéens (6.097.560 euros).

Les charges de l'hôpital Ignace Deen comprennent :

- les dépenses d'investissements et de fonctionnement nécessaires à la réalisation des activités de l'hôpital ;
- les dépenses de fonctionnement du Conseil d'Administration, y compris les indemnités versées à ses membres ;
- les salaires et accessoires de salaires de tout le personnel, y compris les fonctionnaires détachés ou mis à la disposition du Directeur Général ;
- le paiement de tous les matériels, matières, travaux et services ;
- les loyers des locaux et matériels pris en location ;
- les prestations, subventions, prêts que les statuts de l'établissement mettent en charge ;
- les remboursements des emprunts ;
- les charges éventuelles.

II- Situations à risque à l'hôpital Ignace Deen

Ci-dessous quelques situations à risque à l'hôpital Ignace Deen mais la liste n'est pas exhaustive :

- Les égouts de l'hôpital Ignace Deen s'ouvrent directement à la mer sans aucun traitement préalable quand bien même que la ville de Conakry est entièrement entourée par l'océan atlantique avec ses belles plages. Ce sont donc, toutes les superficies avoisinant ces belles plages qui sont exposées à la contamination avec toutes les conséquences que cela regorge pour la santé et pour l'environnement.

- A l'hôpital Ignace Deen, il n'est pas rare de constater que les déchets médicaux sont collectés et entassés dans un seul dépôt (le plus souvent dans l'enceinte de l'établissement), sans aucun traitement préalable et fréquemment visités par les enfants, les chiffonniers et les animaux.

La littérature rapporte qu'il existe un rapport étroit entre le niveau d'hygiène de la structure hospitalière et l'apparition des infections nosocomiales. Ainsi les auteurs témoignent l'allongement de la durée d'hospitalisation dans les structures aux mauvaises conditions d'hygiène.

- Le contexte socio- économique de la ville Conakry est responsable d'un taux élevé de vandalisme, de toxicomanie et d'autres comportements à risque répréhensible, qui ont amené la direction de l'hôpital Ignace Deen à intégrer l'aspect sécurité. Les risques encourus par les patients et le personnel sont aussi liés à cette problématique ; il peut s'agir de vols, d'agression, de dépôt de seringues contaminées en divers endroits, mais aussi de dégradation d'infrastructures, avec des conséquences potentielles graves (dégradation des carrelages, bris de vitre, vols,...).

-L'hôpital Ignace Deen ne dispose aucun dispositif de sécurité contre l'incendie (détecteurs d'incendie, extincteurs, robinets d'incendie armée, poteaux d'incendie) avec tout ce que cela représente comme risque pour les malades et le personnel en cas de sinistre.

-Dans les services des urgences chirurgicales (traumatologie et chirurgie viscérale), les instruments de sutures sont nettoyés avec une lame de compresse ou de coton savonné ou imbibé d'antiseptique, rincés à l'eau du robinet (chaude ou froide), puis « stérilisés » au poupinelle, parfois même pas, pour le patient suivant en cas d'afflux massif de blessés.

- Dans l'enceinte de l'hôpital, on note la vente des médicaments par certains personnels de santé en provenance du marché parallèle avec tout ce que cela représente comme risque pour les malades.

-Le registre d'enregistrement des arrivées qui constitue le document médico-légal est bien entretenu quand il vient d'être installé, chiffonné quand il est écrit à moitié, feuilles et / ou couvertures manquantes, et ou déchiré quand l'enregistrement atteint les dernières feuilles (surtout pour les services d'urgences chirurgicales, de médecine interne et de pédiatrie).

Préambule:

-

La présente démarche se veut un outil pratique qui contribuera à la mise en place d'une démarche de gestion des risques à l'hôpital Ignace Deen en Guinée.

Elle est basée sur les analyses faites à partir des résultats des entretiens avec des personnes ressources, des visites de terrains et des formations effectuées au CHU de Nancy en France.

Des forces et des faiblesses ont été relevées à cet effet et ont servi de repères.

La Guinée possède un réseau sanitaire important mais ne dispose pas encore une politique convenable de gestion des risques à l'hôpital. En plus son cadre législatif et réglementaire inexistant dans ce domaine. Par ailleurs, elle traverse une crise politico-économique sans précédente qui ne lui facilite pas de faire face au coût lié à la gestion des risques à l'hôpital telle que nous l'avons vue en France.

C'est dans ce contexte que cette démarche de la gestion des risques est élaborée sur des dispositions nouvelles, de sorte qu'elle soit transférable et superposable au contexte socio-économique et technique de l'hôpital Ignace Deen en Guinée, en s'appuyant sur le bilan de l'existant ou de l'audit diagnostique orienté sur les risques liés aux activités médicales et de soins (risques cliniques) dans un premier temps car on ne peut pas tout faire à la fois en matière de la démarche de gestion des risques à l'hôpital.

Ce bilan de l'existant sera effectué par une commission d'enquête interdisciplinaire appuyée par la Direction de l'hôpital avec l'assistance technique des coopérants français afin de proposer au comité de pilotage un plan d'action de gestion des risques cliniques spécifique au contexte de l'établissement.

Ces dispositions nouvelles iront cependant dans le sens de certaines recommandations dans la littérature en matière de la gestion des risques à l'hôpital.

CHAPITRE 5 : PROPOSITION POUR L'ELABORATION ET LA MISE EN ŒUVRE D'UNE DEMARCHE DE GESTION DES RISQUES A L'HOPITAL IGNACE DEEN

Mécanisme de mise en œuvre et de suivi - évaluation :

I- Le management des risques en établissement de santé

La politique de gestion des risques repose sur la définition des objectifs de sécurité et la stratégie à mettre en œuvre pour les atteindre. Elle conduit à analyser la pertinence de chacune des sécurités dans le contexte de l'ensemble de l'établissement, à responsabiliser les acteurs, à développer durablement une culture de sécurité [18].

1-1 Le Pilotage de la démarche

Un engagement et un soutien fort de la direction, la désignation d'un gestionnaire de risques, une organisation adaptée et effective s'appuyant sur les structures existantes, sont des conditions indispensables pour développer une politique de gestion globale des risques, qui se déclinera dans un programme de gestion des risques.

L'engagement de la direction est un préalable à la définition et la mise en œuvre d'une politique structurée de gestion des risques. L'implication et l'engagement des « décideurs » dans la démarche sont nécessaires à sa crédibilité, à sa mise en œuvre effective et à l'impulsion d'une dynamique de changement étendue à l'ensemble des acteurs de l'établissement. Ils rendent lisible la volonté d'un management participatif [28].

Cet engagement se concrétise par la mise en place d'un comité de pilotage qui réunit au moins le directeur, le directeur de soins, le président de la Commission Médicale d'Etablissement (ou la de la commission équivalente).

Le comité de pilotage décide et impulse la politique de gestion des risques. Il fixe les orientations, les domaines prioritaires et affecte les ressources nécessaires à sa mise en œuvre. Il prévoit d'emblée :

- la création d'une fonction de gestionnaire de risques pour animer et coordonner la démarche, assurer l'interface entre les différents acteurs ;
- le développement de compétences spécifiques en gestion des risques, associé à un programme de formation adapté ;
 - un système d'information permettant la mise en œuvre et le suivi de la gestion des risques ;
 - la sensibilisation des acteurs ;
 - une communication institutionnelle.

Officialiser l'engagement de l'établissement dans une politique de gestion intégrée des risques et établir un plan de communication pour expliquer le sens et les enjeux sont des

facteurs importants pour implanter la démarche de gestion des risques au sein de l'établissement.

1-2 Une organisation transversale

Manager les risques à l'hôpital, c'est mettre en place une organisation pour identifier, analyser et réduire les risques. L'approche doit être transversale, basée sur la collaboration et l'échange d'informations entre tous les acteurs concernés par la sécurité.

1-3 Un gestionnaire de risques

1-3-1 Rôle

Le gestionnaire de risque anime et coordonne les différentes actions de maîtrise des risques.

Il propose des orientations pour la politique de sécurité, éclaire les décisions du comité de pilotage. Il met en œuvre le programme de gestion des risques. Il est directement rattaché à la direction, la gestion des risques représentant un domaine stratégique et sensible de politique d'établissement. Ses responsabilités, définies par le directeur, se résument en ces points suivants [27] :

- **Planifier et coordonner** le programme de sensibilisation et de formation des personnels médicaux et non médicaux en lien avec la Direction de Ressources Humaines ;
- **Développer et organiser** un système d'identification et d'analyse des situations à risque dans tous les domaines de la vie hospitalière ;
- **Alerter** périodiquement les équipes de direction et le corps médical sur les principales situations médico-légales rencontrées ;
- **Inform** régulièrement les équipes de direction de tout événement susceptible de causer un dommage à un patient, un visiteur ou un personnel par rapport au niveau de gravité ;
- **Se tenir informé** de toute évolution actuelle ou potentielle de la réglementation ;
- **Assurer** la gestion des plaintes et réclamation selon la procédure mise en place ;
- **Assurer** le suivi et l'analyse des plaintes et des questionnaires de satisfaction ;
- **Rendre compte** régulièrement du suivi des plaintes et des questionnaires de sortie au responsable qualité, aux instances et aux professionnels concernés.

1-3-2 Compétences

Cette fonction requiert un professionnel de santé ayant une expérience d'encadrement et de mission transversale de plusieurs années en établissement. Ce professionnel de santé peut être issu de différents corps de métiers : cadre de santé, cadre de direction, pharmacien, médecin, ingénieur biomédical en organisation,....

Des compétences spécifiques sont requises pour occuper cette fonction nouvelle, transversale, située à l'interface des communautés administrative, médicale, soignante et médico-technique : formation en management du risque, maîtrise des outils de gestion de risques et des outils d'audit interne, savoir-faire en gestion de projet. Une formation spécifique et solide en gestion des risques apporte à ce manager les dimensions techniques et méthodologiques qui lui permettent de conduire sa mission avec rigueur [6].

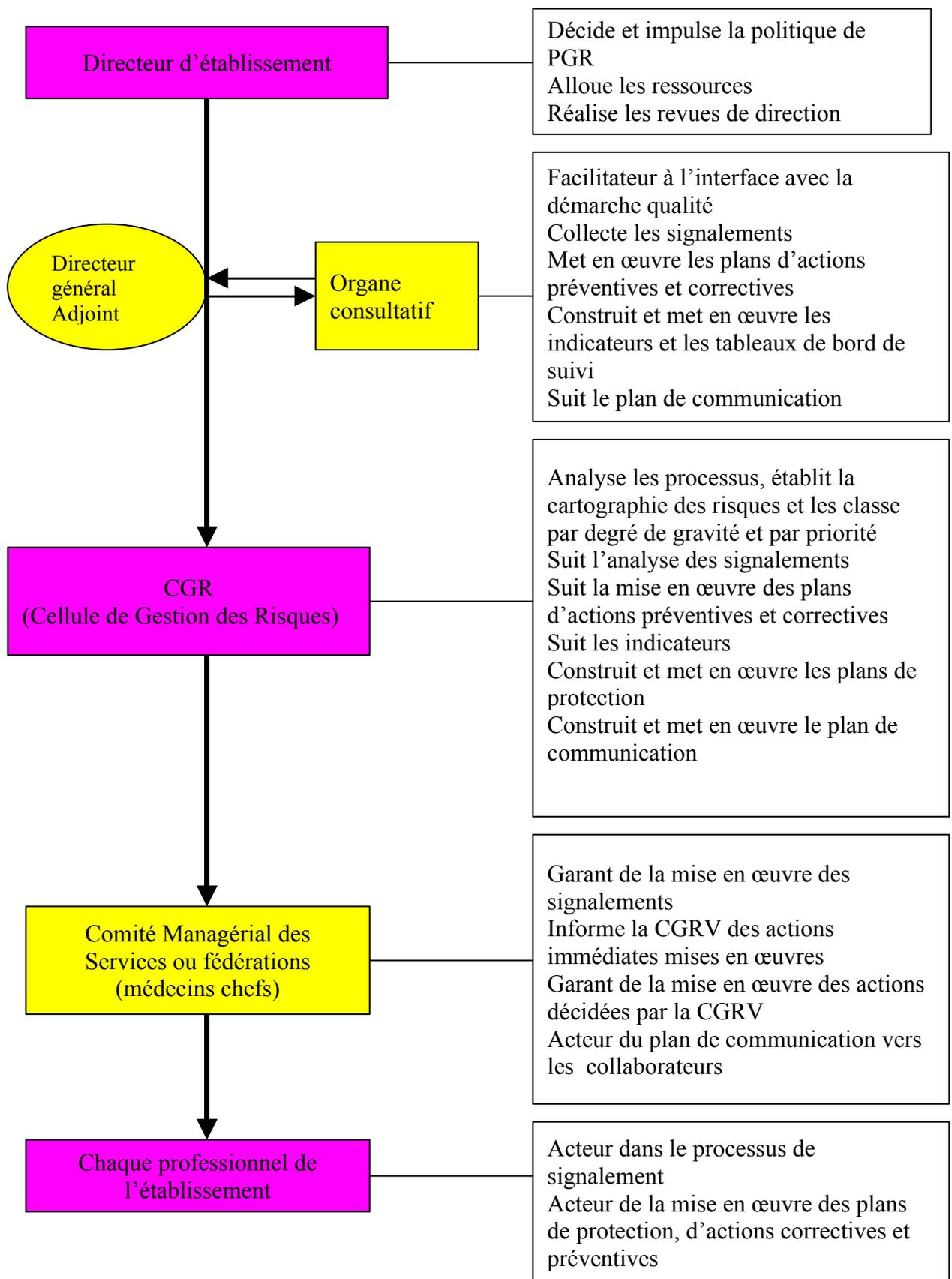


Figure 3 : Organigramme des responsabilités de la gestion des risques à l'hôpital I. Deen

II- Elaboration d'un programme de gestion des risques

2-1 Bilan de l'existant ou audit diagnostic

Le bilan de l'existant constitue une phase diagnostique qui aide à définir des objectifs pertinents pour le programme de gestion des risques :

- les textes réglementaires et les normes en matière de sécurité sanitaire sont-ils respectés ?
- Les points faibles, les points forts de l'établissement en matière de sécurité ont-ils été respectés ? (bloc opératoire, salles d'accouchement, salles de réanimation, salles des soins, circuit du médicament, par exemple).
- Quels sont les projets déjà réalisés ou en cours dans le champ de la gestion des risques ?

La phase d'état des lieux et d'analyse de l'existant permet en effet :

- d'identifier les acteurs impliqués dans la gestion des différents risques et dans les démarches d'amélioration de la sécurité, les personnes ressources.
- d'identifier les structures existantes : quelles sont les structures concernées par la gestion des risques ? Existe-il des redondances dans l'organisation vis-à-vis d'un ou plusieurs risques ?
- de faire l'inventaire de l'ensemble du patrimoine de l'établissement qu'il s'agisse des bâtiments, des installations, et des équipements fixes ou mobiles
- de recenser les informations disponibles sur les risques et d'exploiter les différentes sources d'information interne à l'établissement.
- De recenser les plans d'action mis en place dans l'établissement (actions de réduction des risques, formation sur les risques spécifiques comme le risque aux activités médicales et de soins, le risque infectieux....)
- De collecter les résultats déjà obtenus par ces plans d'action.

Pour ce faire, nous allons mettre en place une commission interdisciplinaire d'enquête ou de d'audit diagnostic au niveau des différents services de l'hôpital Ignace Deen avec l'appui de la direction et l'assistance technique des coopérants français.

Cette commission aura pour fonction, d'identifier les différents risques liés aux activités médicales et de soins, les hiérarchiser selon leur fréquence, leur gravité, leurs causes et leurs conséquences sur la vie de l'établissement afin de proposer un plan d'actions au comité de pilotage spécifique au contexte de l'hôpital Ignace Deen.

L'objectif de ce plan d'actions est de prévenir ou de réduire les risques liés aux activités médicales et de soins à l'hôpital Ignace Deen.

Cette stratégie vise une meilleure implication des personnels médical et paramédical qui constituent les acteurs principaux de la démarche de la gestion des risques à l'hôpital.

Nous avons ciblé les risques liés aux activités médicales et de soins (risques cliniques) par le fait qu'à matière de la démarche de gestion des risques à l'hôpital on ne peut pas faire tout à la fois surtout quand on a les ressources limitées. Il vaut mieux cibler les risques pour mieux les gérer en fonction des ressources disponibles de l'établissement.

2-2 Définition des objectifs et actions

L'objectif principal est bien l'amélioration de la sécurité des personnes et des biens : diminuer les risques évitables et limiter la gravité des conséquences des accidents non inévitables.

Le gestionnaire de risques propose au comité de pilotage des objectifs de réduction et de prévention des risques sur la base du bilan de l'existant. Le comité de pilotage fixe les objectifs prioritaires en tenant compte des spécificités de l'établissement.

Parmi les nombreux facteurs à prendre en compte, figurent [12] :

- la fréquence et la gravité des risques identifiés (encadré 1)
- leur évitabilité et leur acceptabilité
- la survenue d'une crise antérieure qui priorise de fait un risque
- le caractère interne, externe, exceptionnel des risques
- la faisabilité du plan d'action
- la recherche d'efficacité et de bénéfices perçus par les acteurs.

A chaque objectif est associé un plan d'action dont les modalités de mise en œuvre, le calendrier et le coût sont définis. Les modalités de suivi et d'évaluation sont généralement précisées

Le programme de gestion des risques fait l'objet d'un document de synthèse qui comprend le bilan de l'existant, les objectifs stratégiques, les risques ciblés comme prioritaires à traiter et les plans d'action correspondants.

Fréquence

La fréquence peut, parfois, être mesurée par des probabilités. On distingue 6 niveaux pour apprécier la fréquence d'apparition du risque :

1. fréquent : le danger est constant
2. probable : l'incident peut se produire au moins 1 fois
3. occasionnel : l'incident pourra se produire au moins 1 fois
4. rare : l'incident peut-être se produirait au plus 1 fois
5. improbable : l'incident pourrait se produire mais il est inconnu
6. incroyable : la survenance d'un incident est invraisemblable dans l'état de connaissances du moment.

III- Conduite d'un programme de gestion des risques

La mise en œuvre du programme de gestion des risques suppose une appropriation du concept de risque, la recherche de sécurité dans tous les processus grâce à l'attention portée aux risques, une responsabilisation de chaque acteur quel que soit son champ d'action et de décision dans l'établissement. Les cadres de santé et les chefs notamment des acteurs de premier plan dans cette mise en œuvre.

La mobilisation des acteurs sur la dynamique de la sécurité via la sensibilisation et la communication, la formation et le développement des compétences des professionnels, l'utilisation des méthodes et outils validés constituent des étapes incontournables pour conduire un programme de gestion des risques [16].

3-1 Mobilier les acteurs

Les deux leviers majeurs sont la sensibilisation des acteurs aux concepts de risques et à sa maîtrise et la communication sur le projet de gestion des risques.

3-1-1 Sensibilisation

La sensibilisation des acteurs est essentielle pour obtenir l'adhésion de l'ensemble du personnel à la politique de gestion globale des risques et sa participation à la démarche.

Elle vise à [24] :

- expliquer l'importance des enjeux,
- donner confiance aux professionnels : la confusion entre l'erreur, source d'apprentissage et d'amélioration des pratiques, et la faute, associée à la peur de la sanction, doit être abordée de même que les objectifs et les règles de confidentialité lorsqu'un système de signalement des événements indésirable est mise en place,
- inscrire la préoccupation de sécurité des patients et des personnels dans la pratique quotidienne de chacun,

- faire connaître le concept de risque, les différents types d'événements indésirables,
- faire comprendre la dynamique de survenue des accidents,
- faire appréhender la dimension systémique des risques.

Elle s'inscrit dans la politique institutionnelle de formation de l'établissement

3-1-2 Communication

Améliorer la transparence du projet et informer les professionnels et les usagers que la politique de gestion des risques relève de la communication institutionnelle.

Le comité de pilotage et la direction de la communication, lorsque cette dernière existe, élaborent un plan de communication pour accompagner le programme de gestion des risques et rendre compte des enjeux et progrès de la démarche. Il importe de mettre en place un dispositif de consultation des professionnels de l'établissement pour apprécier l'impact de cette communication et les éventuels événements de résistance.

Ce plan de communication utilise les différents relais institutionnels. Le représentant des usagers, déjà impliqué au niveau institutionnel, sera associé de façon active au plan de communication. Celui-ci comporte [27] :

- retour d'information systématique vers les acteurs de terrain, facteur essentiel de maintien de la mobilisation,
- présentation des actions engagées, des résultats en regard des objectifs de réduction de risques fixés,
- communication sur le progrès accomplis en matière de sécurité,
- information sur les difficultés rencontrées

Le plan de communication exploite tous les supports disponibles habituellement consultés par les personnels. Des informations sont notamment communiquées par le journal de l'établissement, les affichages, le site intranet, des réunions d'informations. Des supports spécifiques peuvent être conçus pour lancer la dynamique et annoncer les actions [30].

3-2 Former et développer les compétences des professionnels

La formation d'un gestionnaire de risques et d'un premier groupe de professionnel volontaire aux méthodes et outils de la gestion des risques constitue un passage obligé. L'établissement inscrit la gestion des risques dans son plan de formation pluriannuel.

Il semble préférable de former en priorité les principaux acteurs de la démarche et les acteurs susceptibles de relayer l'information et de promouvoir la démarche de gestion des risques.

Une formation spécifique courte peut leur être proposée introduisant les concepts de risque, les enjeux, l'approche systémique, donnant les bases sur les méthodes et outils de la gestion des risques et sur le management de projet. A l'issue de cette formation, il apparaît important que ces acteurs soient capables de capitaliser l'expérience acquise dans leur pratique quotidienne et de la faire partager [33].

IV- Suivi et évaluation du programme de gestion des risques

L'évaluation fait partie intégrante du programme. Elle est régulière et continue. Elle repose sur des tableaux de suivi, des indicateurs et un rapport annuel d'activité de la politique de gestion des risques. Elle vise à [33] :

- juger des progrès accomplis,
- réajuster les objectifs,
- évaluer les risques résiduels,
- détecter les risques émergents,
- étayer la communication par des faits,
- améliorer le savoir-faire et valoriser l'effort entrepris par tous,
- mieux enraciner la culture de sécurité.

4-1 Indicateurs

D'une manière générale, les indicateurs sont des informations de synthèse qui alimentent les tableaux de bord constituant le système de pilotage. Ils peuvent être représentés par : une information textuelle, une donnée numérique simple, un ratio,... Ce sont des données objectives qui décrivent une situation d'un point de vue quantitatif. Un indicateur prend toute sa valeur quand il permet de caractériser une situation et d'effectuer des comparaisons dans le temps ou dans l'espace. Pour être considéré comme valide, un indicateur doit présenter certaines caractéristiques [9] :

- Simplicité (capacité de compréhension par l'utilisateur, capacité de mise en œuvre,...) ;

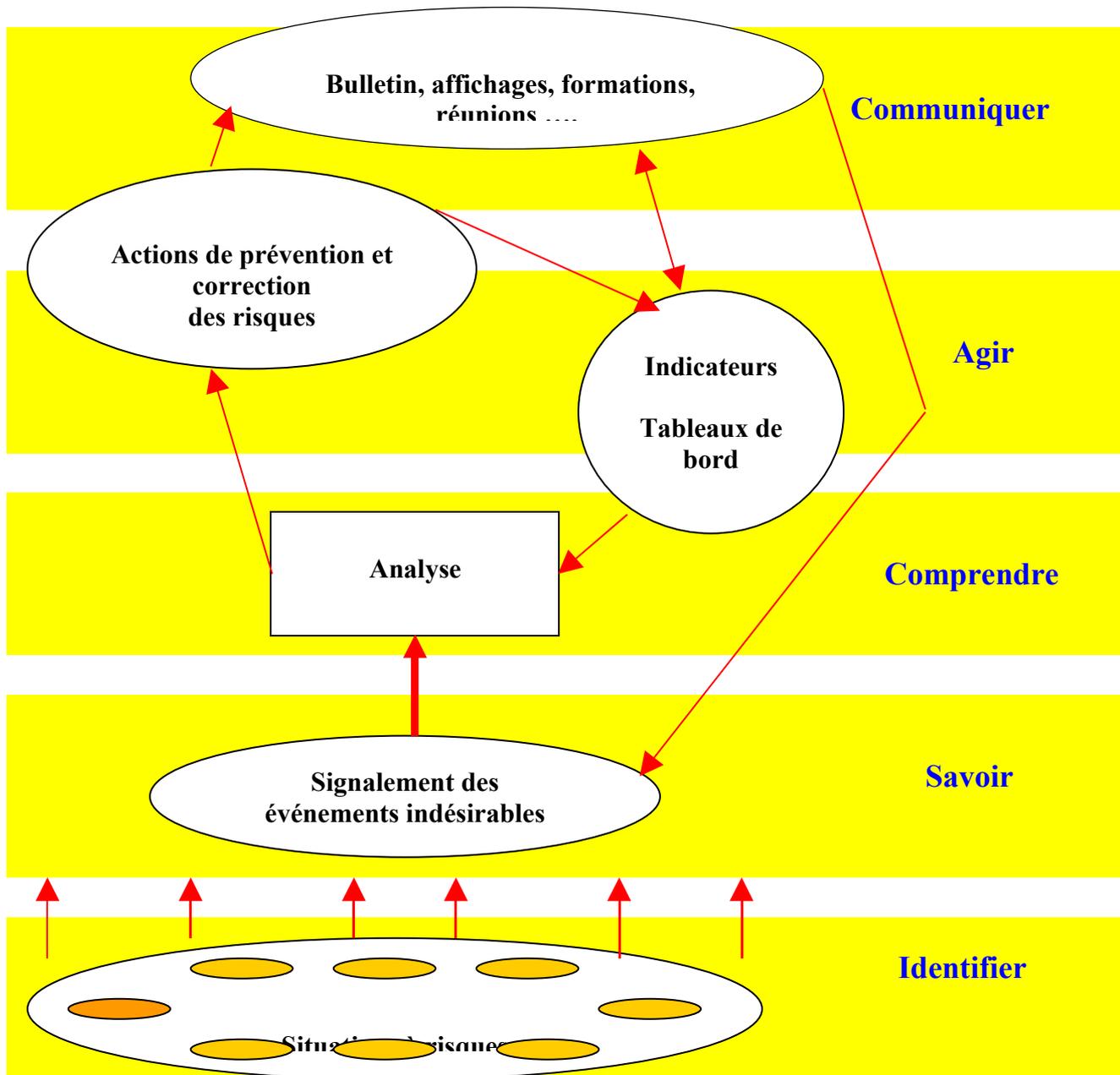
- Pertinence (aptitude de la mesure à décrire le phénomène ou l'objectif attendu).

Le choix et la combinaison des indicateurs retenus par l'établissement dépendent avant tout des objectifs prioritaires du programme, mais aussi des informations accessibles dans l'établissement et utilisées en routine, ainsi que du système d'information existant. Ils sont proposés par la cellule de gestion des risques et validés par le comité de pilotage. Dans tous les cas, ils doivent être simples, fiables, valides, pertinents et acceptables. Ils peuvent figurer dans les tableaux de bord utilisés pour effectuer le rapport d'activité [18].

4-2 Rapport d'activité de la gestion des risques

Ce rapport est intégré dans le rapport d'activité annuel de l'établissement. Il comprend les structures mises en place, les diagnostics préalables, les choix prioritaires effectués, les actions mises en œuvre, les moyens dédiés, et les résultats obtenus avec comparaison entre les objectifs prévus et les réalisations. Il fait parti des éléments d'orientation pour définir la politique de l'établissement au cours des années suivantes. Sa présentation aux instances de l'établissement constitue l'opportunité d'un débat. Il peut être également utilisé pour l'évaluation du contrat d'objectifs et de moyens. Enfin, il permet d'asseoir la communication, interne et externe, sur la démarche de gestion des risques [22].

Figure 4 : les 5 étapes de la gestion des risques à l'hôpital Ignace Deen



RECOMMANDATIONS

➤ **Aux autorités du Ministère de la Santé Publique (Guinée)**

- Créer un Groupe national à la gestion des risques et à la qualité ayant pour mandat d'assurer le suivi des recommandations
- Proposer au parlement un projet de lois portant sur la gestion des risques et à la qualité dans les établissements de santé
- Ajouter la « sécurité des soins et des services » aux obligations des établissements de santé
- Déterminer un budget protégé pour la gestion des risques dans les établissements de santé
- Augmenter la subvention des établissements de santé ayant opté pour la démarche de gestion des risques.

➤ **Aux autorités de l'hôpital Ignace Deen (Guinée)**

- Avoir la volonté de mettre en place une démarche de gestion des risques à l'hôpital pour une amélioration continue de la qualité de soins, pour une utilisation efficace des ressources, pour une bonne image de l'établissement.

➤ **Aux autorités du CHU de Nancy (France)**

- Elaborer une fiche commune de signalement des événements indésirables au CHU de Nancy
- Doter le CHU de Nancy d'un logiciel de gestion des risques pour faciliter la coordination du système.

CONCLUSION

Les établissements de santé sont des lieux où se concentrent des risques multiples et polymorphes. En tout état de cause, il apparaît regrettable que des patients en souffrance physique et psychique ne soient pas totalement protégés par l'institution qui les prend en charge. Effectivement, un hôpital n'est pas forcément un lieu de repos, les personnes circulent beaucoup, un hôpital est un lieu où il est probable d'être infecté, de chuter, de se faire voler etc. Ainsi les risques représentent une menace pour les patients mais aussi pour les visiteurs et le personnel hospitalier.

Il est primordial que les directeurs d'hôpitaux mais également les professionnels de santé saisissent l'intérêt qu'offre la démarche de gestion des risques.

Pour les directeurs, la gestion des risques apparaît comme un formidable outil de connaissance de son organisation et par là même d'aide à la décision. Il s'agit également de faire entrer cette logique dans une perspective économique. La gestion des risques est effectivement un investissement qu'il convient de bien calibrer en fonction de ses objectifs et qu'il portera ses fruits à terme.

Pour les professionnels de santé sur le terrain, il s'agit d'améliorer ses pratiques et se protéger au sens propre et au plan juridique également.

La gestion des risques ne doit ainsi pas faire figure de dernière fantaisie managériale à la mode. Les enjeux qui se cachent derrière cette démarche sont fondamentaux et touchent autant à l'image de l'institution hospitalière qu'à sa pérennité.

Il n'existe pas un modèle standard d'organisation de la gestion des risques à l'hôpital, dans la mesure où cette démarche est fortement liée au contexte de l'établissement sanitaire.

Le développement d'un programme de gestion de risques suppose avant tout que la démarche soit expliquée, comprise, appropriée par chaque acteur de l'établissement de santé et mise en œuvre volontairement par tous. Cela implique de mettre en place un « socle » organisationnel et culturel et notamment de fédérer les compétences, d'acquérir des savoir-faire et de favoriser la transparence.

La sensibilisation, l'information et la formation apparaissent ainsi comme des temps essentiels pour inscrire durablement une culture de vigilance et de sécurité en milieu sanitaire.

REFERENCES :

- 1- **ANHOURY P., SCHNEIDER B.**
Mettre en place une politique globale de gestion des risques hospitaliers :
De l'approche fragmentaire au tableau de bord du directeur général, périodique
gestion hospitalière, vol. et fascicule 430, ISSN 1767, p.31.
- 2- **ANDRAUD E., BENAJOUN L., CHABOREDON L. et coll.**
Gestion des risques : l'hôpital résiste en 5 dimensions, Revues Techniques-
hospitalière, 2001, vol. 121, No11, p.39-43.
- 3- **ANAES**
Méthode et outils des démarches qualités pour les établissements de santé,
Paris, août 2000, p.33-36.
- 4- **ANAES**
Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé,
Paris, janvier 2003, p.10-19.
- 5- **ANHOURY P.**
Gestion des risques : pourquoi les médecins ne doivent pas avoir peur.
Le quotidien du médecin, 25 mars 2002, p.24.
- 6- **BERNFELD G.**
Gestion des risques liés à l'environnement hospitalier, Technique-Hospitalière,
2000, No 652, p.31-33.
- 7- **BLIND M., PIBAROT M.L.**
La coordination des vigilances, une étape vers la gestion des risques, Techniques-
hospitalière, 2000, No 652, P.23-24.
- 8- **BONHOME G., BLOCH Y., GAREL.P, et coll.**
Guide en organisation hospitalière dans les pays en développement, mieux piloter
l'hôpital : les tableaux de bords, éd. Europe media duplication. SA, Pars 2001,
p.140.
- 9- **BREYSSE F., MULLER J.L., CAODUROC.**
Mise en œuvre d'un tableau de bord d'indicateurs de qualité dans un
établissement de santé, Périodique risques et qualité, vol. 2, fascicule 1, ISSN
1767-3445, p.28-34.
- 10- **COPPIETERS Y., PARENT F., LAGASSE R. et coll.**
Evaluation des risques, une approche multidisciplinaire en santé publique,
Périodique environnement, risques et santé, vol. 3, fascicule 1, ISSN 1635-0421,
p.45-52.
- 11- **DARMON M.J., QUARANTA J.F.**
Vigilance des soins et gestion des risques : un enjeu pour un établissement de
santé, Périodique gestion hospitalière, vol. et fascicule 432, ISSN, p.60.

- 12- DHOS**, Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins, sous direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, Paris avril 2004, p.22-28
- 13- ELLENBERG E.**
Management des risques : une approche organisationnelle, Périodique gestion, hospitalière, vol. et fascicule 432, ISSN : 001669218, P.26
- 14- Gestion des risques iatrogènes**
Une étude comparative en milieu hospitalier entre la France et l'Etranger, Paris, mai 2001.
- 15- GUIMBAUD B.**
L'hôpital à l'heure de la gestion des risques, Technique et santé, décembre 1997, No 32, vol. 48, p.35-41.
- 16- GUIMBAUD B.**
Le programme SHAM d'aide à la gestion des risques, Dossier la gestion des risques, clé de l'assurabilité des établissements de santé, 2^{ème} partie, Revue hospitalière de France, novembre-décembre, 1997, No 6, p.55-61.
- 17- GUIMBAUD B.**
La mise en place à l'hôpital d'une démarche de gestion des risques, Techniques hospitalières, novembre 1998, No 631, p. 30-35.
- 18- LAMRAOUI M.**
Gestion des risques comment analyser un incident ?, Périodique OXYMAG, volume, Fascicule 81, ISSN099061310, P.20-23.
- 19- MAILLRD C.**
L'approche système du management : travailler en amont des décisions et non plus en aval pour panser les plaies, Préventique-sécurité, janvier-février 2000, No 36, p.141-146.
- 20- QUARANTA J.F., TESTA J., STACCINI P.**
La gestion globalisée de la qualité et les risque en établissement de santé, Résumé des communications, 7^{ème} rencontre hospitalière du RHESAOC Cotonou du 7 au 10 juin 2005, page 3.
- 21- QUARANTA J.F., PETIT J.**
La maîtrise des risques et la sécurité sanitaire au quotidien dans un établissement Ed. Weka, Paris 2003, p.25.
- 22- QUARANTA J.F.**
L'évidente complémentarité de la qualité et des vigilances sanitaires au CHU de Nice, Préventique-Sécurité, janvier-février 2000, No 49, p.25-26.

- 23- QUENON J.L., GAUTIER R.**
Du risque à la gestion des risques, Techniques hospitalières, 2000, No 652, p.20-21.
- 24- RAIKOVIC M.**
La gestion des risques, levier de restructuration interne. Décision santé, septembre 2001 ? No 177, p.26-32.
- 25- SFEZ M., DELOBEL C.**
Gestionnaire de risques en établissement de santé, Périodique risques et qualité, vol., Fascicule 1, p.51-52.
- 26- SFEZ M., SEREZAT M, PIBAROT M. et coll.**
« Vigilances : outils de la gestion des risques dans les établissements de santé », Revue hospitalière de France, No 4, juillet-août 2000, p.59.
- 27- SOURY F., CARIA A., RYBAK C.**
Gestion des risques une fonction nouvelle à l'hôpital, Gestion hospitalière 2001, 410 : 722-726.
- 28- SFEZ M.**
Mobilisation des acteurs pour la gestion des risques : intérêt et limites, Technologie et Santé 2002, 48, p.45-50.
- 29- SFEZ M., TRIABOU P., DECHANPS C.**
Gestion des risques et qualité en établissement de santé, Lamarre (09 juin 2005), ISBN 2850309478, p.6.
- 30- THIVEAUD D.**
Vigilances sanitaires, vers une harmonisation des pratiques, soins No 642, janvier / février 2000, p.35.
- 31- VAYRE P.**
Risques techniques et responsabilité des médecins et des établissements de santé à l'aube du 3^{ème} millénaire, qualibio 2000 : 5^{ème} assise nationale. Techniques hospitalières, p.15-20.
- 32- VERONIQUE., BORGO J., MANEL J., et coll.**
Rapport gestion des risques au CHU de Nancy, version validée par le COQA en date du 04/03/2005, p.14
- 33- WASSERFALLEN J.B., DROZ P.O., TISSOT J.D.**
La gestion des risques en milieu hospitalier : exigences et implications, Revue hospitalière, éd 2001, vol.121, No11, p.705-799.

Annexes 1 : Planning prévisionnel du stage et Organigramme de la direction du CHU de Nancy

Nom et prénom du maître de stage :	Mr. Richard ALBALADEJO CHU de Nancy - France
Nom et prénom du stagiaire :	Mr. TOURE Yakaria Université Senghor d'Alexandrie - Egypte
Thème : « Gestion des Risques à l'Hôpital : le Modèle du CHU de Nancy (France), quelle adaptation pour l'hôpital Ignace Deen (Guinée) » ?	
Les tâches à effectuer :	Réalisation d'un Mémoire sur la Gestion des Risques en Milieu Sanitaire.
La méthodologie du suivi :	Etudes sur Sites et sur Dossiers. Analyse de Schémas organisationnels. existants - Synthèse et Priorisation.
Les outils utilisés : Exemples : Word, Excel,....	Word, Excel, Power Point. Appareil Photo Numérique. Fiches paramétrées.
Les connaissances de base nécessaire :	Connaissance du milieu sanitaire. Eléments de base sur les risques sanitaires. Pratique de l'Informatique.
<u>LE PLANNING PREVISIONNEL :</u>	
Première semaine	Découverte de l'organisation générale d'un CHU en France.
Deuxième semaine	Visites de Sites et Participation à des Réunions de Travail sur la Gestion des Risques en Milieu Hospitalier.
Troisième semaine	Etudes des Risques Sanitaires et Connaissance des Vigilances réglementaires : - Matériorvigilance, - Hématovigilance, - Pharmacovigilance,...
Quatrième semaine	
Cinquième semaine	Risques et Qualité des Soins.
Sixième semaine	Risques Bâtimentaires en Milieu Hospitalier. Sécurité Générale des Bâtiments. Sécurité Incendie dans les Services.
Septième semaine	
Huitième semaine	Gestion de Crise à l'Hôpital. Risques Vol / Malveillance et Agressions.

Neuvième semaine	Risques liés aux Accidents en Milieu Professionnel. CHSCT - Structures Internes - Procédures.
Dixième semaine	Maladies Professionnelles et Médecine du Travail.
Onzième semaine	Risques liés aux Déchets et à l'Environnement.
Douzième semaine	Rédaction du Mémoire et Préparation Présentation Power Point. Synthèse du Stage - Bilan.
Treizième semaine	
Commentaire	Tableaux Synthétiques : Thèmes détaillés ultérieurement.

Annexes 2 : Quelques photos du stage



Photo, formation en prévention d'incendie en milieu sanitaire, CHU de Nancy



Photo, exercices pratique avec les dispositifs de prévention d'incendie, CHU de Nancy



Photo, exercices d'évacuation des malades en cas de sinistre en milieu sanitaire



Photo, fin de la formation en prévention d'incendie en milieu sanitaire, CHU de Nancy



Prélèvement d'air avec le compteur particulaire dans un bloc opératoire de l'hôpital Bar- Le-Duc (à 100 km de Nancy)



Prélèvement d'air avec le compteur de particule dans une salle d'accouchement de l'hôpital Toul (à 50 Km de Nancy).



Comptage des bactéries et des moisissures à l'aide d'un compteur électronique de colonnise au laboratoire de microbiologie de l'hôpital d'adultes de Brabois (CHU de Nancy)



Analyse microbiologique du prélèvement d'air au microscope électrique à la recherche des germes multi résistants en milieu sanitaire