



ROYAUME DU MAROC

MINISTÈRE DE LA SANTÉ

INSTITUT NATIONAL D'ADMINISTRATION SANITAIRE

*Centre Collaborateur De l'OMS*



Neuvième Cours de Maîtrise en  
**Administration Sanitaire et Santé Publique**  
Promotion (2006-2008)

**IMPLANTATION D'UNE DÉMARCHE  
DE GESTION INTÉGRÉE DES RISQUES  
À L'HÔPITAL PROVINCIAL  
DE BENI MELLAL**

Mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de maîtrise en  
**Administration Sanitaire et Santé Publique**

**Option : Santé Publique**

Elaboré par : Dr Khalid CHAFIQ

JUILLET 2008

## RESUME

Le but de notre travail, est de faire un état des lieux sur les mesures et les moyens développés en matière de sécurité sanitaire au niveau de l'Hôpital Provincial de Béni Mellal et de proposer une approche de gestion globale et intégrée des risques, à travers la mise en œuvre d'un système de signalement des événements indésirables pour inventorier les risques.

Notre étude s'est étalée sur une période de cinq mois [janvier - Mai 2008], avec une population cible, composée principalement de personnes responsables, qui ont été impliqués directement dans l'élaboration et la mise en œuvre de la démarche au sein de l'Hôpital. Pour mener à bien cette étude, nous avons utilisé trois instruments de collecte des données: un questionnaire qui a été destiné au Directeur de l'Hôpital, une observation et analyse des documents et des entretiens. Dans le souci de garantir la réussite du projet, nous avons opté pour une approche processuelle, dont les principales étapes étaient : constitution de l'équipe, analyse de l'existant, conception d'une fiche de signalement des événements indésirables, élaboration d'une procédure de suivi et de gestion des événements indésirables, implantation de la fiche, organisation du signalement, formation du personnel sur la démarche et la méthode de remplissage de la fiche et enfin, suivi et accompagnement.

Le diagnostic de l'état des lieux a montré l'inexistence d'une démarche de gestion des risques à l'Hôpital. Par conséquent, l'implantation de la démarche s'est avérée nécessaire.

Cette démarche s'est concrétisée par la création d'une unité de gestion de risques, la nomination d'un gestionnaire de risques, la mise en place d'un processus de signalement centralisé de tous les événements indésirables à l'aide d'une fiche unique et enfin, la formation et la sensibilisation du personnel.

La mise en œuvre de la démarche de gestion des risques, contribuera au renforcement de la sécurité des personnes et des biens au sein de l'Hôpital.

**Mots-clés : gestion - risque – événement indésirable – Hôpital – fiche de signalement.**

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>I. PRESENTATION DU PROBLEME</b> .....	3
<b>2. JUSTIFICATION DU PROJET</b> .....	4
<b>3. OBJECTIFS DE L'ETUDE</b> .....	6
3.1 Objectif général .....	6
3.2 Objectifs spécifiques.....	6
<b>4. DESCRIPTION DU CONTEXTE DE L'ETUDE</b> .....	7
4.1 Présentation de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal .....	7
4.2 Mission de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal.....	8
4.3 Structure de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal .....	8
4.4 Fonctionnement de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal .....	9
4.4.1 <u>Services d'hospitalisation</u> .....	9
4.4.2 <u>Services de consultations externes</u> .....	9
4.4.3 <u>Services médico-techniques</u> .....	9
4.4.4 <u>Services administratifs</u> .....	10
4.4.5 <u>Services de soutien</u> .....	10
4.5 Ressources de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal.....	10
4.5.1 <u>Capacité litière</u> .....	10
4.5.2 <u>Ressources humaines</u> .....	10
4.5.3 <u>Volume des activités</u> .....	11
4.6 Bilan budgétaire de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal ....	12
<b>5. ETAT DES CONNAISSANCES</b> .....	13
5.1 Historique .....	13
5.2 Une gestion du risque déjà développé dans certains systèmes sanitaires étrangers.....	13
5.3 Définition et concepts de base en gestion des risques....	17

5.3.1	<u>Le concept événement indésirable</u> .....	17
5.3.2	<u>Le concept risque</u> .....	17
5.3.2.1	<u>Quelques définitions</u> .....	17
5.3.2.2	<u>Niveau de risque</u> .....	19
5.3.3	<u>La gestion des risques</u> .....	20
5.3.4	<u>La gestion des risques à l'Hôpital</u> .....	21
5.3.5	<u>Les vigilances sanitaires</u> .....	22
5.3.5.1	<u>Les vigilances de « première génération »</u> ..	23
5.3.5.1.1	<u>L'hémovigilance</u> .....	23
5.3.5.1.2	<u>La pharmacovigilance</u> .....	24
5.3.5.1.3	<u>La matériovigilance</u> .....	25
5.3.5.2	<u>Les vigilances de « seconde génération »</u> ...	25
5.3.5.2.1	<u>La réactovigilance</u> .....	25
5.3.5.2.2	<u>La biovigilance</u> .....	26
5.3.5.2.3	<u>L'infectiovigilance</u> .....	26
<b>5.4</b>	<b>Les domaines de la gestion des risques à l'Hôpital</b> .....	<b>27</b>
5.4.1	<u>Bâtiments et installations techniques</u> .....	27
5.4.2	<u>Equipements biomédicaux</u> .....	27
5.4.3	<u>Services cliniques et médico-techniques</u> .....	27
5.4.4	<u>Autres secteurs</u> .....	28
<b>5.5</b>	<b>La typologie des risques à l'Hôpital</b> .....	<b>29</b>
5.5.1	<u>Les risques liés aux activités médicales et aux soins</u> ..	29
5.5.2	<u>Les risques lié à un événement technique ou</u> <u>Logistique</u> .....	29
5.5.3	<u>Les risques communs à la gestion de</u> <u>toutes les organisations</u> .....	30
<b>5.6</b>	<b>Cinq étapes pour la démarche de la gestion des risques</b> .	<b>30</b>

5.6.1	<u>L'identification des risques</u> .....	31
5.6.2	<u>L'analyse des risques</u> .....	34
5.6.3	<u>L'action</u> .....	36
5.6.4	<u>L'évaluation des actions périodiquement engagées</u> ..	37
5.6.5	<u>La communication</u> .....	38
<b>6.</b>	<b>MODELE THEORIQUE</b> .....	<b>39</b>
<b>7.</b>	<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>41</b>
7.1	Type de l'étude .....	41
7.2	Lieu et période de l'étude .....	41
7.3	Population cible.....	41
7.4	Méthodes de collecte des données.....	42
7.5	Etapes suivies pour l'implantation d'une démarche de gestion des risques à l'Hôpital Provincial de Beni Mellal .....	42
<b>8.</b>	<b>RESULTATS</b> .....	<b>52</b>
8.1	Création d'une unité de gestion des risques.....	52
8.2	Recueil des événements indésirables .....	53
8.3	Information du personnel .....	54
8.4	Mise en œuvre de la démarche de gestion des risques à l'Hôpital Provincial de Beni Mellal .....	54
8.5	Résultats de la collecte des fiches de signalement .....	54
<b>9.</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>55</b>
<b>10.</b>	<b>RECOMMANDATIONS POUR L'ACTION</b> .....	<b>62</b>
	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>65</b>
	<b>REFERENCES</b>	
	<b>ANNEXES</b>	

## **Liste des tableaux**

<b>Tableau I : Evolution des indicateurs d'activités hospitalières de 2005 – 2007 .....</b>	<b>p 11</b>
<b>Tableau II : Récapitulatif des indicateurs d'activités des services médico-techniques de 2005 – 2007 .....</b>	<b>p 11</b>
<b>Tableau III : Répartition du budget de l'Hôpital Provincial de Béni Mellal de 2007 .....</b>	<b>p 12</b>

## **Liste des figures**

<b>Figure 1. Diagramme des cinq zones selon leur criticité.....</b>	<b>p 20</b>
<b>Figure 2. Exemple de pyramide des événements indésirables.....</b>	<b>p 32</b>

## **Liste des schémas**

<b>Schéma 1 : Les domaines de la gestion globale des risques hospitaliers selon ANHOURY .....</b>	<b>p 28</b>
<b>Schéma 2 : Cinq étapes pour gérer les risques selon ANHOURY</b>	<b>p 30</b>
<b>Schéma 3 : Le modèle théorique du processus de la gestion des risques .....</b>	<b>p 40</b>

## INTRODUCTION

L'industrie à été le premier secteur qui a développé une grande expérience, dans le domaine de la gestion des risques, fondée sur l'identification et l'analyse des vulnérabilités encourus, afin d'assurer la sécurité requise dans ses activités à travers la mise en œuvre de mesures de réduction pertinentes et efficaces (32).

Au Maroc comme dans d'autres pays, la fatalité n'est plus acceptée car l'être humain a compris qu'il est responsable de la survenue d'une grande partie d'incidents et d'accidents critiques qui auraient pu être évité si des mesures simples de prévention et de mitigation avaient été instaurées à temps.

La prise en compte des risques dans l'hôpital est un sujet d'actualité. Or, par la nature de ces activités, par le nombre et la variété des professionnels qui y travaillent, l'hôpital est un lieu de soins, où l'exposition à des risques liés aux soins et à des risques non liés aux soins (risques technologiques, naturels et de sociétés), est présente continuellement. Les risques ne concernent pas uniquement le patient et son entourage (chutes, erreurs de diagnostic, erreurs dans l'administration des médicaments, mauvais fonctionnement des équipements, infections nosocomiales...) mais également le personnel (risques professionnels et environnementaux) et les biens (détérioration des équipements, incendies, inondations de locaux, etc.).

A l'heure actuelle, la sécurité du *patient*, du *personnel*, et *des biens* devient un enjeu incontournable pour les établissements de soins. Les conséquences des incidents et accidents critiques peuvent être graves. Le risque nul n'existe pas, il peut néanmoins être réduit ou maîtrisé.

Le but de notre travail était de faire un état des lieux sur les mesures et les moyens développés en matière de sécurité sanitaire à l'Hôpital Provincial de Beni Mellal et de proposer une approche de gestion globale et intégrée des risques à l'Hôpital, à travers l'initiation et la mise en œuvre d'un système de signalement des

événements indésirables pour inventorier les risques à l'hôpital. Le choix de cette étude a été motivé par sa :

- **Pertinence** : parce qu'elle cible un problème prioritaire pour notre système de santé touchant la qualité et la sécurité des soins;
- **Originalité** : en tant qu'information nouvelle pour le site choisi;
- **Faisabilité** : sur le site, vu l'intérêt et l'engagement particulier du directeur accordé au projet de la gestion des risques;
- **Utilité** : pour la prise de décision du gestionnaire et doit figurer dans son tableau de bord.

## 1. PRESENTATION DU PROBLEME :

Au Maroc, jusqu'à présent en matière de gestion des risques sanitaires et en dehors des différents programmes verticaux de vigilances (la pharmacovigilance, l'hémovigilance, la matériovigilance), qui sont gérés de manière segmentée et cloisonnée, et du projet pilote implanté au niveau de deux Hôpitaux à Casablanca (Hôpital Moulay Youssef et Hôpital Moulay Rachid), aucune base de données n'est disponible pour évaluer l'ampleur du problème, aucune démarche systématique de gestion des risques globale et intégrée n'a été instaurée dans les Hôpitaux publics.

Ainsi, la démarche de gestion des risques sanitaires n'est pas placée parmi les priorités des gestionnaires des hôpitaux, ceci d'une part par *méconnaissance* des méthodes et des outils d'analyse et de réduction de risques et d'autre part par absence de directives réglementaires en matière de gestion des risques sanitaires.

La gestion des risques à l'Hôpital doit être considérée comme un domaine transversal qui s'intéresse non seulement à coordonner ou fédérer les vigilances sanitaires réglementées, mais aussi à mettre en place une politique globale de prévention et de réduction des risques permettant d'assurer la sécurité sanitaire des usagers de l'Hôpital.

## 2. JUSTIFICATION DU PROJET :

Il est nécessaire de bien comprendre les raisons et les motivations de la mise en place de la démarche de gestion des risques à l'hôpital, avant de tenter de l'appliquer au quotidien. *Pourquoi vouloir gérer les risques à l'hôpital?* Pour un directeur d'hôpital, mettre en place une telle démarche découle de la conjonction de plusieurs tendances.

- Le volet vigilance et sécurité sanitaire constitue l'une des priorités du Ministère de la Santé. Ce qui témoigne de la volonté des pouvoirs publics à prendre conscience des risques associés ou non aux soins.
- L'omniprésence du risque à l'hôpital, des risques liés aux soins et d'autres liés à l'environnement logistiques, qui peuvent générer des événements indésirables concernant les patients, les personnels, les visiteurs et les biens. Ainsi, l'Hôpital constitue un lieu de soins et de risques.
- Une attitude de plus en plus avertie et exigeante de la population : la perception du risque et le degré d'acceptabilité par l'usager, désormais mieux informé et plus exigeant en matière de qualité et de sécurité de soins, se sont considérablement modifiés ces dernières années.

A cela s'ajoute les médias dont la capacité de faire évoluer les seuils de tolérance ou de non tolérance de la société par rapport aux incidents et accidents qui surviennent à l'Hôpital, obligent ce dernier à revoir son mode d'organisation et de fonctionnement.

- L'absence de démarche systématique de gestion des risques globaux clairement définie et implantée dans les Hôpitaux publics.
- L'insuffisance de mesures et de procédures permettant d'anticiper les incidents et les accidents pour assurer la sécurité des biens et des personnes à l'Hôpital.
- La perspective de l'accréditation des hôpitaux : montrer la capacité des hôpitaux à maîtriser les risques pour obtenir l'accréditation. Améliorer la

qualité et la sécurité des soins est un objectif essentiel de la procédure d'accréditation qui s'impose dans tous les Hôpitaux (3).

- La préservation de l'image de marque et de la réputation de l'hôpital : l'atteinte à la réputation de l'hôpital, à son image, est un risque majeur. (les associations de malades, les médias, et surtout Internet à l'heure actuelle, favorisent la circulation de l'information qui, dans un contexte concurrentiel entre hôpitaux, peut avoir une influence considérable sur leur attractivité). Ainsi, il faut rassurer les patients et leur inspirer confiance.
- Le rôle pédagogique de la démarche « gestion des risques » : les leçons apprises à travers les erreurs, liées aux personnes ou à l'organisation, peuvent toujours nous apprendre quelque chose.
- La préparation des Hôpitaux aux éventuelles dispositions relatives aux contrats d'assurance.
- L'évolution juridique, et notamment la mise en cause de la responsabilité du Directeur de l'Hôpital constituent aussi une forte incitation. Depuis la création des tribunaux administratifs (loi 41-90 du 12 juillet 1991), la responsabilité administrative dans un Etablissement Public n'est plus ignorée ou méconnue de la part des usagers des services publics qui estiment qu'ils ont des droits à défendre vis-à-vis de l'Etat.
- La sécurité est une étape essentielle de l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements. Par conséquent, il est important de relier d'emblée la démarche de gestion des risques à la démarche d'amélioration continue de la qualité (24).

### **3. OBJECTIFS DE L'ETUDE :**

#### **3.1 Objectif général :**

Contribuer au renforcement de la sécurité des personnes et des biens au sein de l'Hôpital par la mise en place d'une démarche systématique de prévention et de réduction des risques.

#### **3.2 Objectifs spécifiques :**

1. Faire un état des lieux concernant les actions et les processus instaurés dans l'Hôpital en matière de gestion des risques sanitaires ;
2. Fixer, en collaboration avec les gestionnaires de l'établissement, les objectifs prioritaires de réduction des risques ;
3. Identifier les moyens et procédures pour la mise en place d'une structure et d'une organisation d'analyse systématique des vulnérabilités, permettant ainsi d'instaurer des mesures de prévention et de réduction des risques dans l'Hôpital ;
4. Organiser le signalement systématique des évènements indésirables pour consolider le dispositif par la mise en place d'indicateurs de mesure (fréquence de survenue et criticité) ;
5. Contribuer au développement d'une démarche globale et intégrée de gestion des risques pouvant être implantée dans d'autres établissements hospitaliers.

## 4. DESCRIPTION DU CONTEXTE DE L'ETUDE :

### 4.1 Présentation de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal :

L'Hôpital provincial de Béni Mellal est créé en 1936. Il est le chef - lieu de la région Tadla-Azilal. Il est *géré en mode SEGMA* (Service de l'Etat Géré de Manière Autonome) depuis 1989. C'est un *Hôpital général à vocation régionale*. Il constitue *la formation de référence* pour les autres Hôpitaux de la région de Tadla-Azilal (Hôpital Haut Atlas Central d'Azilal, Hôpital Moulay Smail de Kasba Tadla et Hôpital de Fkih Ben Saleh).

Il a connu des extensions en 1958, 1967 et en 1988. *Sa superficie est de 100.000 m<sup>2</sup> dont 59.400 m<sup>2</sup> est construite*. Depuis 2002, cet Hôpital a connu plusieurs transformations et rénovations parmi lesquelles la rénovation du service de Gynécobstétrique, du service de radiologie, du service de laboratoire et la construction de nouveaux services : magasin et pharmacie, soins intensifs, dialyse, urgences, médecine de jours, chirurgie de jours et le service des archives. Ces 3 derniers services ne sont pas encore inaugurés par insuffisance du personnel.

Il dessert une population de la province d'implantation de *968.000 habitants* et de par *son niveau de référence (2<sup>ème</sup> niveau)*. Il dessert une population régionale de *1.487.000 habitants*.

L'Hôpital Provincial de Beni Mellal est parmi les 5 Hôpitaux siège de la réforme hospitalière entamée par le Ministère de la Santé. Lequel projet vise à améliorer la qualité des soins et de la gestion hospitalière. Pour cela, le projet d'établissement hospitalier (PEH) a été élaboré et comprend six sous projets essentiels à savoir : le projet médical, le projet managérial, le projet des soins infirmiers, le plan directeur immobilier (PDI), le plan d'équipement et de maintenance et le système d'information et de communication.

En parallèle, l'Hôpital est réputé par le pôle de gestion des ressources humaines et dans ce cadre il a élaboré un certain nombre d'outils concernant la gestion des ressources humaines.

L'Hôpital est choisi comme site de l'expérience pilote du Régime d'assistance médicale (Ramed), et le projet d'accréditation.

L'Hôpital a obtenu La troisième place, lors du classement au concours qualité lancé par le Ministère de la Santé en 2007.

#### **4.2 Mission<sup>1</sup> de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal :**

L'Hôpital Provincial de Béni Mellal est un établissement sanitaire à vocation régionale, ayant pour mission de dispenser des soins et des services généraux et spécialisés et de contribuer à la formation pratique en milieu hospitalier des étudiants en médecine, de pharmacie et des élèves des instituts et écoles de formation professionnelle et de formation des cadres en rapport avec le domaine de la santé et contribue à la formation continue des professionnels et des gestionnaires de santé.

Les soins et les services généraux sont offerts dans les disciplines de base à savoir la médecine, la chirurgie, la pédiatrie et la maternité et de par sa vocation régionale, l'hôpital offre des soins et des services spécialisés de deuxième niveau dans les disciplines suivantes lui conférant ainsi un statut de centre de référence : Traumatologie, Neurochirurgie, Urologie, Néphrologie, Chirurgie Infantile, Rhumatologie, Cardiologie, Pneumologie, Endocrinologie, Gastroentérologie, Dermatologie, Médecine Interne, Oto-rhino-laryngologie, Ophtalmologie et Stomatologie .

#### **4.3 Structure de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal :**

Elaboré dans le cadre du PFGSS, le nouveau organigramme formel s'inscrit dans le cadre de la réorganisation administrative et technique de l'Hôpital. Il est plus structuré que l'ancien et vise à plus de responsabilités pour les pôles et clarifie mieux leurs attributions (voir l'organigramme d'étape de l'hôpital (*annexe I*)).

---

<sup>1</sup> Décret n° 2-06-656 du 24 rabbi I 1428 (13 avril 2007) relatif à l'organisation hospitalière

#### 4.4 Fonctionnement de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal :

Pour remplir sa mission, l'Hôpital dispose des services médicaux et médico-techniques. L'Hôpital se compose de plusieurs services :

##### 4.4.1 Services d'hospitalisation :

Avec une capacité litière totale de 476, ils sont destinés à recevoir des malades en vue de leur dispenser des soins de qualité : continus, globaux et intégrés. Les unités d'hospitalisation sont organisées comme suit :

- **Le département de médecine** : 168 lits, soit 40,38 % de la capacité litière, constitué de services de médecine (médecine A et C), du service de cardiologie, du service de pneumo-phthisiologie, du service de dermatologie et du service de psychiatrie.
- **Le département de chirurgie** : 138 lits, soit 33,17 % de la capacité litière, constitué de trois services de chirurgie (chirurgie A, B et C), du service d'oto-rhino-laryngologie (ORL), du service d'ophtalmologie, et du service de réanimation chirurgicale.
- **L'unité de soins pédiatriques** : 60 lits, soit 14,42 % de la capacité litière, constituée du service de pédiatrie et du service de chirurgie infantile.
- **L'unité de soins gynéco – obstétrique** : 50 lits, soit 12,03 % de la capacité litière.
- **L'unité de soins intensifs réanimation**

##### 4.4.2 Services de consultations externes :

Les urgences, les consultations externes spécialisées, l'hémodialyse, la Kinésithérapie, la chirurgie d'un jour (non encore fonctionnelle) et la médecine de jour (non encore fonctionnelle).

##### 4.4.3 Services médico-techniques :

Sur le plan médico-technique, l'Hôpital est doté de son propre laboratoire (biologie, biochimie, toxicologie), d'un service de la transfusion sanguine (Centre Régionale de Transfusion Sanguine), d'un service d'imagerie médicale (radiologie

conventionnelle, échographie, scanners), l'électrodiagnostic (ECG/EEG/EMG) et l'exploration fonctionnelle, de bloc opératoire et d'une structure de pharmacie.

#### 4.4.4 Services administratifs :

La direction (le directeur, le pôle des affaires médicales, le pôle des soins infirmiers et le pôle des affaires administratives), les archives médicales (non fonctionnelles), le bureau des admissions et de facturation, l'accueil et l'information est dispersé à l'entrée et le standard.

#### 4.4.5 Services de soutien

La stérilisation, le magasin, la dépense, la cuisine, la buanderie et la lingerie, l'hygiène hospitalière, l'entretien et maintenance (bâtiments et installations techniques), le génie biomédical, la morgue et l'autopsie.

### 4.5 **Ressources de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal :**

#### 4.5.1 Capacité litière :

Il a une structure en « bâtiments ». Sa capacité litière fonctionnelle est de **427 lits** ; revue à la hausse avec 476 lits.

La densité litière est de un lit pour 1371 habitants.

#### 4.5.2 Ressources humaines :

Il emploie environ **408 agents**; dont 60 médecins, 265 personnels paramédicaux, 26 personnels administratifs et enfin 57 personnels de soutien.

Le taux d'encadrement médical des infirmiers est d'un médecin pour 4,49 infirmiers.

### 4.5.3 Volume des activités :

Tableau I : **Evolution des indicateurs d'activités hospitalières de 2005 - 2007**

année	PU	CSE	Admis	FH	IC	ACC	JH	TOM	DMS
2005	36409	18104	21471	75392	5115	6676	93214	61,4	4,6
2006	37930	19523	22481	78924	4818	6743	93214	60	4
2007	40990	18910	22050	76453	6508	6750	92880	61,17	4,21

*PU* : Nombre Passages au Urgences      *CSE* : nombre de Consultations Spécialisés Externes

*ADMIS* : nombre des Admissions      *FH* : fréquentation Hospitalière

*IC* : nombre d'Intervention Chirurgicale      *ACC* : nombre des Accouchements

*JH* : Journée d'Hospitalisation      *TOM* : Taux d'Occupation Moyenne

*DMS* : Durée Moyenne de Séjour.

Tableau II : **Récapitulatif des indicateurs d'activités des services médico-techniques de 2005 - 2007**

ANNEE	EXAMENS DE LABORATOIRES	EXAMENS DE RADIOLOGIE
2005	106989	32515
2006	88226	37457
2007	188476	36576

#### 4.6 Bilan budgétaire de l'Hôpital de Beni Mellal :

La structure financière de L'Hôpital provincial de Beni Mellal comprend les recettes et les dépenses.

Tableau III : Répartition du budget de l'Hôpital Provincial de Béni Mellal de 2007

ANNEE	2007 (DH)
<b>Les recettes</b>	
Les recettes propres	<b>8 770 223</b>
Subvention médicaments	<b>5 442 890</b>
Subvention numéraire	<b>902 000</b>
Disponible à la trésorerie	<b>10 330 468</b>
<b>Les dépenses</b>	
Budget de fonctionnement	<b>25 071 606</b>

## **5. ETAT DES CONNAISSANCES :**

### **5.1 Historique :**

Les premières méthodologies de gestion des risques sont apparues dans le monde industriel et ont été largement imposées par les agences d'assurances. C'est aux Etats-Unis en 1930 que l'on retrouve les prémices d'une gestion des risques avec le Risk Research Institute qui regroupe les responsables d'assurances new-yorkais. En 1970 une nouvelle génération de spécialistes du risque apparaît dans le domaine des risques financiers. Parallèlement, le risque technologique majeur est apparu dans le monde industriel pour les secteurs de la chimie nucléaire, aéronautique... (2).

L'horizon hospitalier va progressivement apparaître comme un domaine également intéressé par la gestion des risques. Dès 1976 certains Etats Américains avaient rendu obligatoire la gestion des risques au sein de l'Hôpital. En France, il a fallu attendre vingt ans plus tard, soit 1996, pour que la gestion des risques apparaisse progressivement dans l'actualité des débats hospitaliers.

### **5.2 Une gestion du risque déjà développée dans certains systèmes sanitaires étrangers :**

Trois pays s'illustrent en tant que pionniers de la gestion des risques au niveau hospitalier. Les Etats-Unis ont été à l'origine de cette mouvance suivie du Québec et des Pays Bas (8).

- **AUX ETATS-UNIS :**

Aux Etats-Unis d'Amérique (8), dans les années 1950, la gestion des risques se limitait au domaine industriel (incendie, la construction et l'ingénierie). Vingt ans plus tard, éclate une crise dans le monde médical : Une telle augmentation des erreurs et des déclarations de sinistres survenant dans ce secteur dès 1975, la plupart des compagnies d'assurances refusent de prendre en charge le risque d'erreur médicale. Et dans les années 1980, les primes d'assurances sont devenues exorbitantes. La gestion des risques est alors apparue comme une réponse à cette explosion des coûts et des problèmes d'assurabilité qui en résultaient. La mise en

place de systèmes de gestion des risques a été exigée par la législation de nombreux Etat, par la Food & Drug administration et enfin par les assureurs. Ne pas prendre de mesures préventives peut alors engager la responsabilité hospitalière.

Une responsable (27) d'une des premières compagnies d'assurance, qui témoigne de leur efficacité, a développé un système de gestion des risques.

On comprend aisément que dès 1985, aux USA, s'élaborent les premiers programmes de gestion des risques, qui se sont concentrés sur deux secteurs médicaux à risque : obstétrique et anesthésie. Les efforts ont été axés sur l'identification des risques, sur la mise en place d'une évaluation, sur des programmes de formation et des plans d'action d'amélioration. Ainsi pour l'obstétrique, le monitoring s'est développé considérablement et a permis de réduire le coût, le nombre et la fréquence des sinistres d'obstétriques. Il s'en est suivi une baisse du coût de l'assurance de l'accouchement passant de 32 \$ en 1985 à 12 \$ en 1991. Un des enseignements tirés de cette expérience américaine est que les résultats des programmes de gestion des risques ne sont pas instantanés. En effet, plusieurs années sont nécessaires avant de tirer les conclusions de l'efficacité d'une telle stratégie. Les résultats se sont avérés très positifs aux Etats-Unis sur une période de cinq à huit ans.

Un autre apport de cette expérience Américaine est que, comme le risque évolue rapidement à l'Hôpital du fait de l'évolution des techniques, les stratégies de gestion des risques ne peuvent être figées. Au début, les services présentant un facteur de risque élevé sont l'obstétrique, les urgences, la chirurgie et le secteur ambulatoire. Mais dans les années à venir d'autres activités et pratiques médicales et soignantes pourront apparaître comme autant de défis pour les gestionnaires de risques hospitaliers.

- **AU CANADA :**

Comme l'explique, l'auteur Michelle Dionne (29) conseillère en gestion des risques à l'association des Hôpitaux de Québec, le risque du management est

intégré dans les programmes d'assurances depuis plus de 20 ans, le développement d'une stratégie du risque est fortement recommandé.

Les « programmes parapluies » au Québec (8) bien que non obligatoires sont « fortement recommandés » aux établissements de santé et aux médecins depuis l'année 1986, en tant que philosophie de gestion et d'approche préventive.

Ils ont pour finalité de reconnaître les éléments de pertes financières ou de risques potentiels pouvant déboucher sur des réclamations en responsabilités et de déployer à partir de là un ensemble de moyens permettant de réduire voire d'éliminer ces situations.

Cette perception assurantielle de la gestion des risques se décline en cinq objectifs:

- Réduire le nombre des incidents;
- Réduire les conséquences des risques et leurs coûts;
- Protéger les ressources de l'établissement;
- Assurer la crédibilité de l'établissement et du personnel;
- Conserver le lien de confiance entre les usagers et l'établissement.

Afin de généraliser et faciliter la collecte des Hôpitaux, le Ministère de la Santé Canadien a élaboré et diffusé un formulaire standardisée AH-223 de rapport d'incident, qui permet le signalement des événements indésirables relatifs aux patients. Il est devenu une obligation réglementaire d'inscrire au dossier du patient tous les évènements indésirables qui l'ont touché.

La gestion des risques occupe une place stratégique dans le système sanitaire Canadien sous l'influence des assureurs et des pouvoirs publics.

- **AUX PAYS-BAS**

Aux Pays-Bas (8), l'organisation de la gestion des risques est menée par un groupement d'Assureurs médicaux MédiRisk qui a introduit dès 1993 la culture de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé.

Comme l'expose Franck Reddering, président de MédiRisk, la méthode consiste à photographier l'état de l'organisation de l'hôpital; les experts cherchent à identifier les insuffisances, la mauvaise maintenance des équipements, l'absence des protocoles, leur non respect, au moyen d'enquêtes en référence aux normes internationales de qualité. Les résultats de l'inspection sont présentés aux dirigeants hospitaliers; des recommandations sont formulées et les responsables sont obligés de les prendre en compte.

MédiRisk collabore avec ses partenaires étrangers afin de partager les expériences. Il s'est fortement inspiré du modèle Américain en termes de prévention de la survenance des accidents et des plaintes.

Il est à noter que le système de soins des Pays-Bas est régulé par la concurrence entre les professionnels et les établissements de santé, en particulier sur les problèmes de sécurité et de qualité, d'ailleurs les données considérées sont exclusivement issues de la collecte des plaintes des patients, des visiteurs et du personnel hospitalier. Il est à relever que les Hôpitaux (environ 10 % des hôpitaux généraux) qui ont mis en place le processus de gestion des risques font partie aujourd'hui des meilleurs Hôpitaux des Pays-Bas.

Effets de la gestion des risques		Sinistralité x	
1993	2 Hôpitaux avec gestion des risques	36,3 % en 1992	51,2 %
	19 Hôpitaux sans gestion des risques	52,8 %	
1994	4 Hôpitaux avec gestion des risques	22,5 % en 1993	69,9 %
	25 Hôpitaux sans gestion des risques	51,7 %	
1995	12 Hôpitaux avec gestion des risques	20,8 % en 1994	48,3 %
	29 Hôpitaux sans gestion des risques	29,6 %	

***Enquête MédiRisk décembre, 1997.***

A travers les études menées dans ces différents pays, on peut conclure que :

- La réduction des risques est indispensable en termes de réduction du risque humain et financier.
- La prévention semble être le maître mot dans cette démarche de gestion et de maîtrise du risque dans les établissements de santé.

### 5.3 Définition et concepts de base en gestion des risques :

#### 5.3.1 Le concept événement indésirable :

*L'événement indésirable* (6) est toute situation qui s'écarte des procédures habituelles et qui a ou aurait pu causer des dommages à la santé des usagers, des visiteurs, du personnel, à leurs biens et à ceux de l'établissement. L'événement à risque se situe à deux niveaux :

***L'incident*** : action ou situation quelconque qui ne cause pas de dommage mais dont le résultat est habituel et qui, en d'autres occasions, pourrait causer un dommage.

Exemple : l'utilisateur qui tombe de la civière sans se faire mal.

***L'accident*** : action ou situation où le risque se réalise et cause des dommages à l'utilisateur, au visiteur, au personnel, à leurs biens ou aux biens de l'établissement.

Exemple : l'utilisateur qui tombe de la civière et se fracture la hanche.

#### 5.3.2 Le concept risque :

Avant de s'engager dans le développement d'une démarche de gestion des risques, il est important de comprendre ce qu'implique ce concept.

##### 5.3.2.1 Quelques définitions :

- Définitions des dictionnaires :
  - Quillet a défini le risque comme « une exposition au sinistre ».
  - Petit Larousse : « Danger, inconvénient possible ».
  - Petit Robert : « Danger éventuel, plus ou moins prévisible » ou « Le fait de s'exposer à un danger, dans l'espoir d'obtenir un avantage ».
  - Littré : « Péril dans lequel entre l'idée de hasard ».

- Autres définitions :

La notion du 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 risque est un concept bien mal défini et revêt une signification différente selon 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.

La définition du Risque qui est proposée dans le document de l'Agence National d'Accréditation et Evaluation en Santé (ANAES) (1) : «situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs *événements* dans l'occurrence est incertaine ». Dans un Hôpital, ces événements sont ceux dans la survenue perturbe la réalisation de ses missions premières, assurer des soins de qualité à des personnes en toutes sécurité.

Autre définition du risque proposée dans le livre « Qualité & Santé » des éditions AFNOR : « Danger plus ou moins prévisible et probable, une éventualité d'événements qui ne dépend pas exclusivement de la volonté des parties. Les risques constituent l'ensemble des facteurs qui peuvent entraîner un dommage physique ou psychique plus ou moins grave pour le malade à cause d'événements indésirables, intercurrents et imprévus»<sup>2</sup>.

Plus simplement le risque peut être défini, comme un *danger susceptible de se produire avec une probabilité et une gravité donnée*.

Plusieurs dimensions caractérisent le risque. Les plus importantes sont sa fréquence, sa gravité, son coût et son évitabilité. Cependant, d'autres aspects ne sont pas à négliger; comme son caractère plus ou moins nouveau, connu, prévisible, volontaire, assurable, car ils vont participer à la construction sociale du risque, et donc, à sa perception par la population (33).

---

<sup>2</sup> <http://midipy.sante.gouv.fr/ix.htm>

### 5.3.2.2 Niveau de risque :

Tous les risques ne sont pas comparables et n'entraînent pas des dommages de la même gravité ni des interventions du même type, de la même envergure, de la même urgence (6).

Ainsi un risque se caractérise par deux *variables* :

- Sa probabilité d'occurrence, ou *fréquence* « *f* »
- Ses effets, ou *gravité* « *G* ».

Chaque risque qui a le potentiel de se réaliser doit être mesuré par le produit de ces deux variables, sa *criticité* « *C* » :  $C = f \times G$

L'appréciation de la gravité et de la fréquence de ces événements permet de quantifier le risque sur un diagramme en cinq zones à risques.

On distingue *cinq zones à risques* (2) sur le diagramme  $f \times G$ , dont les limites – assez floues- dépendent de l'appréciation subjective de chacun du risque tolérable.

1. La zone des risques de fréquence assez élevée et de gravité relativement faible, appelés *risques de fréquence*. La prévention s'applique à ces risques, dont les exemples ne manquent pas (chutes des usagers, obstruction d'une sortie de secours, etc.).
2. La zone des risques de gravité forte et probabilité d'occurrence faible, appelés *risques de gravité* (exemple : incendie aux archives, décès post opératoire non prévisibles).
3. La zone des risques de fréquence et de gravité faibles, dits *risques négligeables* (acceptables). Ce sont les petits risques de la vie courante, avec lesquels il nous faut apprendre à vivre.
4. La zone des risques de fréquence et de gravité élevées, dits *risques inacceptables*. Les situations générant ces risques sont évidemment à éviter.
5. Enfin la zone des risques à fréquence et gravité « moyennes » qui constituent le vaste champ d'application de la gestion des risques.

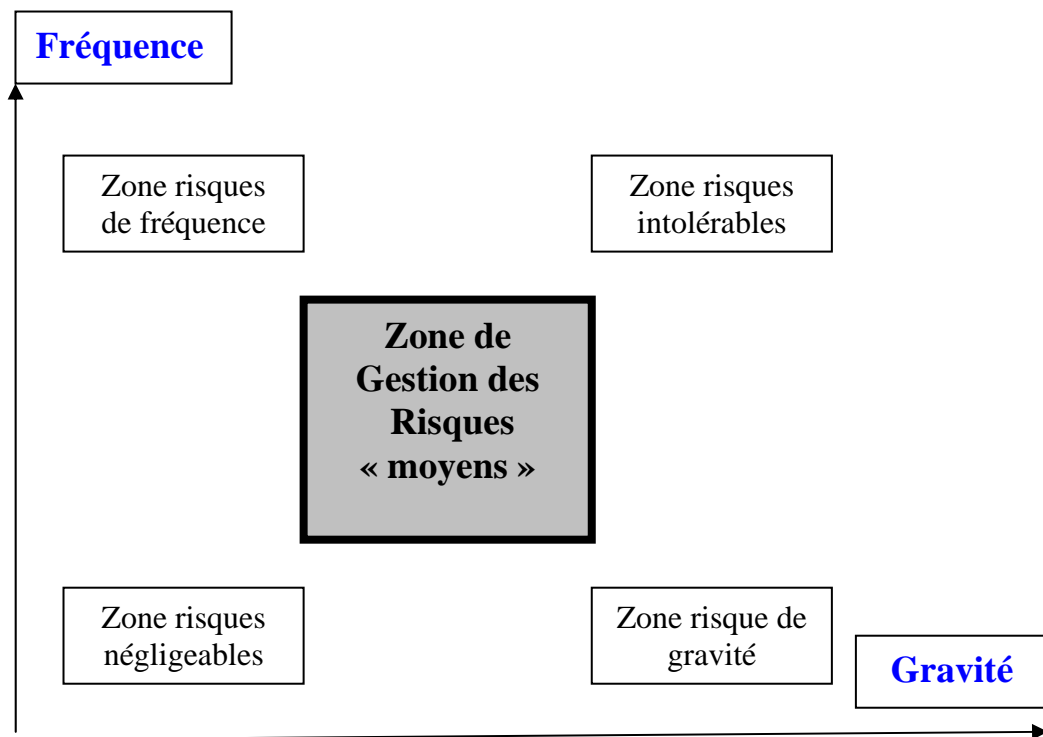


Figure 1. **Diagramme des cinq zones selon leur criticité (4)**

### 5.3.3 La gestion des risques :

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, les personnels et les biens de l'établissement de santé » (Norme ISO 8402).

D'autres appellent gestion des risques « un processus régulier, continu et coordonné, intégré à l'ensemble de l'organisation, qui permet l'identification, le contrôle, l'évaluation des risques et des situations à risques qui ont causé ou auraient pu causer des dommages à la santé des usagers, des visiteurs, du personnel, à leurs biens et à ceux de l'établissement ».

La gestion des risques est réactive et préventive, elle combine en effet :

- Une approche réactive qui s'intéresse *a posteriori* aux événements indésirables survenus ou avérés. Elle vise à limiter le nombre des

événements (accidents ou incidents) ou à réduire les conséquences dommageables de ceux-ci par la mise en place d'actions correctrices.

- Une approche proactive, préventive ou anticipative qui identifie les problèmes en amont avant leur apparition, elle identifie *a priori* les événements redoutés ou événements indésirables par une analyse du système ou de ses dangers. Elle comprend l'identification des situations dangereuses et des vulnérabilités de l'établissement puis la mise en place d'actions de prévention et le suivi de leur efficacité.

#### 5.3.4 La gestion des risques à l'Hôpital :

La gestion des risques à l'Hôpital est un domaine transversal, qui s'intéresse non seulement à coordonner ou fédérer les vigilances sanitaires réglementées, mais aussi à mettre en place une politique globale de prévention des risques. C'est donc une approche «systémique» qui repose sur trois étapes essentielles : signaler, analyser, traiter, qui se bouclent et se continuent par la mesure des actions mises en œuvre.

« La gestion des risques à l'hôpital pourrait être définie comme la fonction qui vise à identifier, évaluer, éviter ou réduire des risques. Manager les risques revient par contre à mettre en place une organisation pour identifier, analyser et réduire les risques qui pourraient compromettre la réalisation des objectifs de l'établissement ; il s'agit fondamentalement d'une approche multidisciplinaire car le risque est une entité qui ne connaît pas de frontières de discipline ou de localisation » (20).

la gestion des risques s'attache de plus en plus à identifier et traiter les causes des risques, quelque soit leur nature, pouvant affecter les patients, les visiteurs, les professionnels et les biens de l'institution.

Deux constats sont essentiels dans la conception d'une démarche de gestion des risques (23).

Le premier constat : les erreurs inductrices de risques sont moins dues à la défaillance des individus qu'à une mauvaise organisation.

Le second constat : les sinistres peuvent être évités par une politique simple de prévention. Ils sont souvent prévisibles et auraient facilement pu être repérés grâce à leur signalement ou à la perception d'événements révélateurs indésirables. La connaissance des conditions de survenue des sinistres permet une correction préventive des dysfonctionnements permettant ces accidents.

### 5.3.5 Les vigilances sanitaires :

Les vigilances sanitaires sont dites réglementées et disposent de procédures de surveillance des risques attribués aux biens médicaux qui sont les médicaments, le sang et les matériaux.

Ces systèmes institutionnels de vigilance ne couvrent d'ailleurs qu'une très faible part des risques iatrogènes enregistrés (5 % des sinistres corporels déclarés à la Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles en France) (23).

Elles ont en commun :

- Leur finalité qui est la réduction du risque thérapeutique par la surveillance, le signalement, l'enregistrement, le traitement et l'investigation des événements indésirables, des incidents ou des risques d'incidents graves liés à l'utilisation de produits, biens et matériels à visée thérapeutique. Cette finalité vise aussi la traçabilité des produits et des biens et englobe aussi la réponse aux alertes sanitaires.
- L'organisation au niveau national : Lorsqu'elle existe, elle permet le renforcement de la veille sanitaire et le contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. Cette organisation doit se faire autour d'une autorité sanitaire compétente et d'agir comme une institution indépendante investie de pouvoirs et composée d'experts et de chargés de missions, pilotant l'ensemble des vigilances sanitaires.
- Les principes communs d'action qui en découlent sont : ***La surveillance*** ; ***La diffusion de l'information*** par le signalement d'un événement, d'un incident ou d'une conduite, et ***le retour d'expérience*** par la mise en œuvre d'actions correctives, préventives et par l'évaluation des organisations, des

procédures et des pratiques professionnelles connues sous le nom de « l'opportunité de l'information pour l'action ».

Ces principes communs d'actions doivent s'intégrer dans la culture d'amélioration des vigilances dans l'établissement de soins et doivent respecter son mode de fonctionnement sans pour autant soulever de crise interne, ni de sentiment de rejet de la part du personnel tant médical que non médical, qui est par ailleurs dans l'obligation de bien connaître le fonctionnement des procédures de vigilance.

Ces principes communs d'action n'ont de sens que si les structures de vigilance au sein d'un établissement de soins sont en place, qu'elles sont conformes et qu'elles fonctionnent. Ces établissements doivent formaliser l'ensemble de leurs procédures, en se fondant sur une démarche participative, transversale et décloisonnée, capable d'assurer la pérennité du système des vigilances sanitaires.

Les vigilances sanitaires ont été progressivement mises en place durant les trente dernières années, après la survenue de drames médicaux médiatisés. Ainsi, la *pharmacovigilance* s'est développée sur l'initiative de l'OMS après l'affaire de la thalidomide. *L'hémovigilance*, elle fut créée, en France après la tragédie du sang contaminé. Les problèmes posés par certaines valves cardiaques et prothèses mammaires ne sont pas étrangers à la naissance, au plan européen, de la *matériorvigilance*.

#### 5.3.5.1 Les vigilances de « première génération » :

Du fait de leurs anciennetés et du contexte lié à leurs apparitions, l'hémovigilance, la pharmacovigilance et la matériovigilance constituent le fleuron du système de vigilances sanitaires et ont bénéficié d'une large communication et sont bien ancrées dans les hôpitaux et pratiques des professionnels de santé.

##### 5.3.5.1.1 L'hémovigilance :

On entend par hémovigilance l'ensemble des procédures de surveillance organisées depuis la collecte du sang et de ses composants jusqu'au suivi des

receveurs, en vue de recueillir et d'évaluer les informations sur les effets inattendus ou indésirables résultant de l'utilisation thérapeutique des produits sanguins labiles et d'en prévenir l'apparition (8).

*Au Maroc*, le 8 avril 1999, une circulaire ministérielle n° 17 du 8 avril 1999 relative à la réorganisation de la transfusion sanguine.

#### 5.3.5.1.2 La pharmacovigilance :

On entend par pharmacovigilance, la surveillance du risque de survenue d'effets indésirables résultant de l'utilisation de médicaments ou de produits apparentés, elle stipule l'obligation de signalement pour tout médecin, chirurgien dentiste, sage femme ou infirmière constatant un événement indésirable grave ou inattendu (11).

*Au Maroc*,

- La pharmacovigilance a été implantée dès 1985 au niveau des laboratoires de pharmacologie des Facultés de Médecine et de pharmacie de Casablanca et de Rabat.
- En 1989, création du Centre National de Pharmacovigilance (CNPV) qui fonctionne en tandem avec le Centre antipoison, dont l'objectif est d'assurer la sécurité sanitaire par le recueil exhaustif des notifications d'effets indésirables des produits de santé.
- En 1991, une Circulaire ministérielle (N°2 DR/10) incite les professionnels de Santé et l'industrie pharmaceutique à déclarer les effets indésirables médicamenteux.
- En 1992, le Centre Marocain de Pharmacovigilance (CMPV) a été le Premier Centre Africain et Arabe admis comme 34<sup>ème</sup> membre du Centre International O.M.S de Pharmacovigilance.
- En 1998, le Centre Marocain de Pharmacovigilance (CMPV) est nommé point focal pour le recueil des réactions indésirables liées aux vaccins.

- En 2003, Diffusion de la première édition des «Bonnes Pratiques de Pharmacovigilance» faisant état de document officiel ayant reçu l'approbation du Ministère de la Santé.

#### 5.3.5.1.3 La matériovigilance :

On entend par matériovigilance la surveillance du risque de survenue d'effets indésirables résultant de l'utilisation de dispositifs médicaux; elle stipule l'obligation de signalement pour tout professionnel utilisateur constatant un événement indésirable grave ou inattendu. Le signalement est le fondement de la matériovigilance car il permet le recensement des incidents et des rappels effectués par les fabricants (8).

*Au Maroc*, La matériovigilance n'est pas encore bien développée, il n'y a pas d'institution nationale qui coordonne ou normalise la vigilance sanitaire pour les dispositifs médicaux; il n'y a pas de textes réglementaires comme ceux de l'hémovigilance et de la pharmacovigilance, qui régulent les déclarations des incidents qui mettent en péril la sécurité des patients ou qui définissent la composition de la commission qui aura la charge de ce dossier en dehors de la commission consultative d'enregistrement des dispositifs médicaux (circulaire N° 07 du 19/02/1997), qui soumet la fabrication et l'importation des dispositifs médicaux à la procédure d'enregistrement afin d'autoriser ou d'interdire la vente de ces derniers .

#### 5.3.5.2 Les vigilances de « seconde génération » :

##### 5.3.5.2.1 La réactovigilance:

La réactovigilance est un système de surveillance des effets néfastes résultant de l'utilisation des réactifs destinés aux laboratoires d'analyse de biologie médicale, c'est-à-dire toutes substances chimiques ou biologiques spécialement préparées pour leur utilisation in vitro, isolément ou en association, en vue d'analyses de biologie médicale et les réactifs utilisés pour les examens d'anatomie et de cytologie pathologique. Cette surveillance s'étend également à l'ensemble des Dispositifs Médicaux de Diagnostic in Vitro qui incluent outre les réactifs, les

instruments, appareils, récipients pour échantillons ainsi que leurs accessoires à visée diagnostique (8).

*Au Maroc*, la réactovigilance n'a pas été à ce jour introduite dans le système de soins Marocain.

#### 5.3.5.2.2 La biovigilance :

La biovigilance connaît un développement récent ; mais son exercice n'est pas structuré comme les autres vigilances.

La biovigilance est un système de surveillance depuis le prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules jusqu'au suivi des patients transplantés. Cette vigilance s'exerce sur les éléments et les produits du corps humain, mais également sur les produits autres que les médicaments qui en dérivent, ainsi que sur les dispositifs médicaux les incorporant. Son champ se restreint au monde hospitalier (8).

*Au Maroc*, le DAHIR n° 1-99-208 du 13 jourmada I 1420 (25 août 1999) portant promulgation de la loi n° 16-98 relative au don, au prélèvement et à la transplantation d'organes et de tissus humains, a été publié. Il est prévu qu'un texte sur les règles de bonne pratique concernant les prélèvements et les greffes des tissus et des organes sera publié en fin 2008.

#### 5.3.5.2.3 L'infectiovigilance :

L'infectiovigilance a pour objet la surveillance et la prévention du risque infectieux en général; ce dispositif vient compléter la lutte contre les infections nosocomiales encore appelées nosocomiovigilance.

Une infection hospitalière ou infection nosocomiale est une infection acquise à l'Hôpital par un patient admis pour une autre raison que cette infection. Elle n'est ni présente, ni en incubation à l'admission du patient. Elle est contractée à l'Hôpital et apparaît, soit en cours d'hospitalisation, soit lorsque le malade a quitté l'Hôpital. Elle peut être directement liée aux soins (pose d'un cathéter) ou être indépendante de tout acte médical (contamination de l'environnement hospitalier : eau, air, matériel, alimentation). Par définition, elle est diagnostiquée 48 heures après l'admission (8).

*Au Maroc*, la stratégie nationale de lutte contre les infections nosocomiales est en cours de validation; elle s'articule autour de 6 axes :

- L'organisation de la lutte contre les infections liées aux soins,
- Promotion de procédures de bonnes pratiques de lutte contre ces infections,
- Mise en place d'un système de surveillance des infections nosocomiales,
- Formation du personnel en hygiène hospitalière,
- Information et sensibilisation des professionnels de santé et des patients,
- Promotion de la recherche appliquée.

#### **5.4 Les domaines de la gestion des risques à l'hôpital :**

##### **5.4.1 Bâtiments et installations techniques :**

Les risques liés aux bâtiments et aux installations techniques sont réels, d'où l'obligation de s'assurer de la fiabilité de leur construction et de leur aptitude à répondre aux objectifs de leur conception et de leur fonctionnement.

##### **5.4.2 Equipements biomédicaux :**

Le domaine biomédical concerne le plateau technique qui doit son intérêt au nombre, à la variété, à la complexité et à la modernisation de ses dispositifs ainsi qu'au nombre croissant des interventions impliquant l'utilisation des technologies de pointe.

##### **5.4.3 Services cliniques et médico-techniques :**

Les chambres de malades, le bloc opératoire, les salles d'accouchement, la réanimation, le service d'hémodialyse, le service des urgences, le laboratoire, l'unité de médecine nucléaire, le service de radiologie, la pharmacie, l'unité de stérilisation sont autant de secteurs où les soins et les investigations exposent les patients à des risques divers et en particulier aux infections nosocomiales.

#### 5.4.4 Autres secteurs :

Les services de buanderie, de lingerie, les lieux de stockage des déchets, les magasins, la cuisine, les services techniques et d'entretien... Autant de domaines où la sécurité des usagers peut être atteinte.

Le risque lié aux activités médicales et de soins, événement technique ou logistique et ceux liés au fonctionnement de toute organisation forment un ensemble : les risques à l'hôpital. Le schéma de P.Anhoury (ci-dessous) relatif aux risques à l'hôpital permet d'illustrer les domaines de la gestion globale des risques hospitaliers.

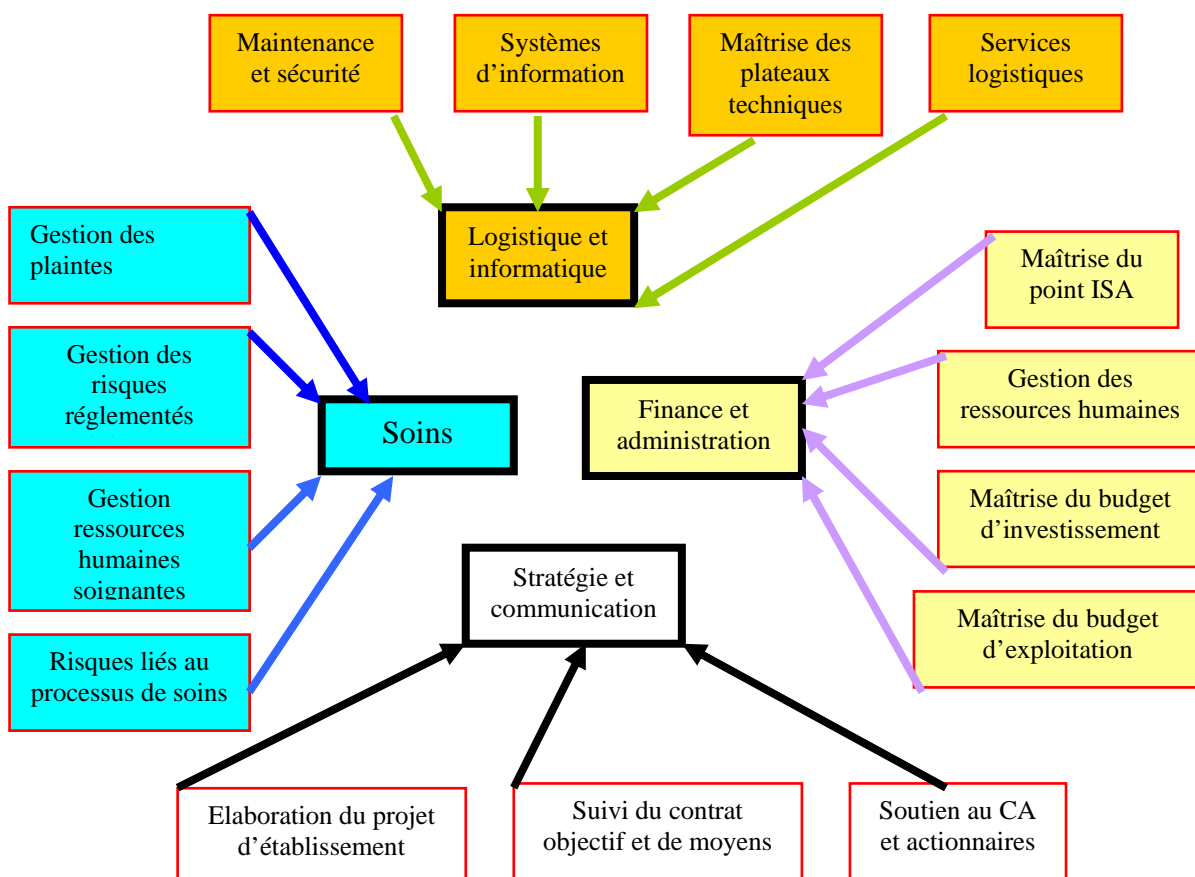


Schéma 1. Les domaines de la gestion globale des risques hospitaliers selon ANHOURY (10)

## 5.5 La typologie des risques à l'hôpital :

Lieu de soins, lieu de vie, lieu de travail, lieu de visite, l'hôpital concentre des facteurs de risque élevés. Le champ de survenue des risques à l'hôpital est extrêmement vaste. Il s'étend de la sécurité des bâtiments, à la sécurité des personnels, des visiteurs et bien sûr des patients.

En conséquence toute classification est imparfaite. Selon l'Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), trois catégories de risques sont identifiées (1) :

### 5.5.1 Les risques liés aux activités médicales et de soins :

Appelés également risques iatrogènes, ils regroupent l'ensemble des événements indésirables liés à l'action médicale. Ils impliquent un risque direct pour le patient. Ils peuvent être dus directement aux actes et pratiques professionnelles (erreur de diagnostic, de traitement, maîtrise insuffisante ou non respect d'un geste technique, d'une procédure), à l'utilisation d'un produit de santé (médicaments, produits sanguins, équipements médicaux, etc.), les risques infectieux nosocomiaux, les risques liés à l'organisation de soins et à l'environnement.

Dans cette catégorie, figurent les risques liés à la non-observance des traitements par les patients, et également les risques liés au défaut d'information et au non-respect du secret médical.

### 5.5.2 Les risques liés à un événement technique ou logistique :

Recouvrent toute l'activité hospitalière concernant les dommages aux infrastructures immobilières, aux mobiliers, à l'informatique, comme l'incendie, les coupures d'électricité, le défaut d'approvisionnement en eau, le risque électronique ou informatique et plus largement l'incidence des installations hospitalières sur l'environnement puisque certaines activités telles que la blanchisserie et les laboratoires relèvent du domaine industriel. Ces risques peuvent avoir ou non un impact sur les activités médicales et de soins.

### 5.5.3 Les risques communs à la gestion de toutes les organisations :

Il s'agit plus directement des risques liés à la dynamique économique de l'Hôpital, 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, fraude, non respect de la conformité réglementaire, etc.), atteinte de l'image de marque etc. Ils peuvent avoir ou non un impact sur les activités médicales et de soins comme les risques techniques.

Les conséquences de ces risques se déclinent en termes de surmorbidity et surmortalité, de perte d'image et donc potentiellement de perte de clientèle et d'activité, de coûts liés à la prise en charge des réclamations et des plaintes.

### 5.6 Cinq étapes pour la démarche de la gestion des risques :

Identification, analyse, action, évaluation et communication constituent les cinq étapes essentielles, autour desquelles s'articule une démarche de gestion des risques, qui permet de rendre le risque résiduel acceptable

## 5 étapes pour gérer les risques

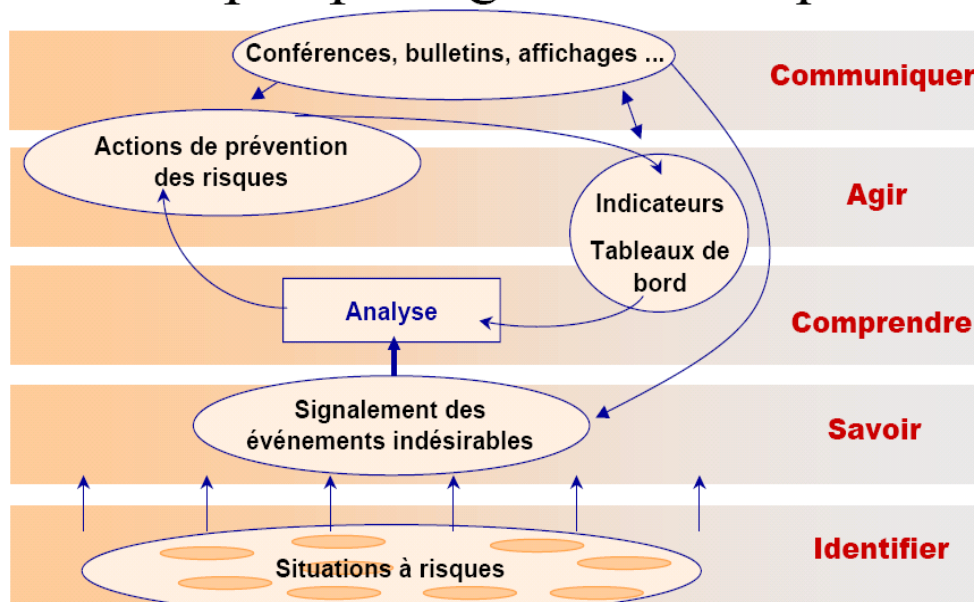


Schéma 2. Cinq étapes pour gérer les risques selon ANHOURY (10)

### 5.6.1 L'identification des risques : « connaître pour pouvoir agir »

L'étape d'identification des risques est donc l'étape essentielle et préalable de la mise en place opérationnelle de la démarche, qui consiste à connaître et recueillir de façon systématique les événements indésirables dans un service et, en bout de ligne, dans l'ensemble de l'organisation.

Chaque secteur, service, unité, pôle a (6) :

- Des **risques qui lui sont propres** : Ces risques découlent : de la **clientèle** desservie, des **activités**, du **personnel** en poste, de la **technologie** et de **l'environnement**.
- Des **risques communs à plusieurs secteurs**.

L'inventaire des risques inhérents au secteur se fait d'abord et avant tout à partir de l'étude des activités du service et de leur cheminement dans le processus de distribution des soins ou services. A chaque étape de ce processus, on identifie le type de risque susceptible de se produire et le "sujet" visé.

Il conduit les Hôpitaux à élaborer leur propre classification des risques. Il s'agit d'un recensement d'informations ascendantes et non pas l'inverse.

Cette identification est réalisée grâce à deux approches complémentaires (8) :

- La première s'appuie sur **une identification a priori**. Cette identification permet de gérer les risques prévisibles d'une activité afin de ne pas exposer les personnes inutilement à un risque. Les méthodes d'identification des risques à priori sont indispensables pour anticiper sur les risques de forte gravité qui sont par nature exceptionnels. (C'est l'approche déterministe, à priori, elle peut être proactive).
- La seconde approche repose sur **une identification a posteriori**; dans ce cas, il s'agit de prendre en compte les événements « incidents, accidents » survenus, qui témoignent de l'existence de risque. En l'absence de démarche de gestion des risques, les événements se produisent sans que l'institution en tire un enseignement. (C'est l'approche probabiliste, a posteriori, elle peut être réactive ; ce sont les méthodes d'identification a

posteriori qui sont alors utilisées).

Pour représenter des événements indésirables de niveau de gravité variable, on utilise souvent l'image d'une pyramide (8).

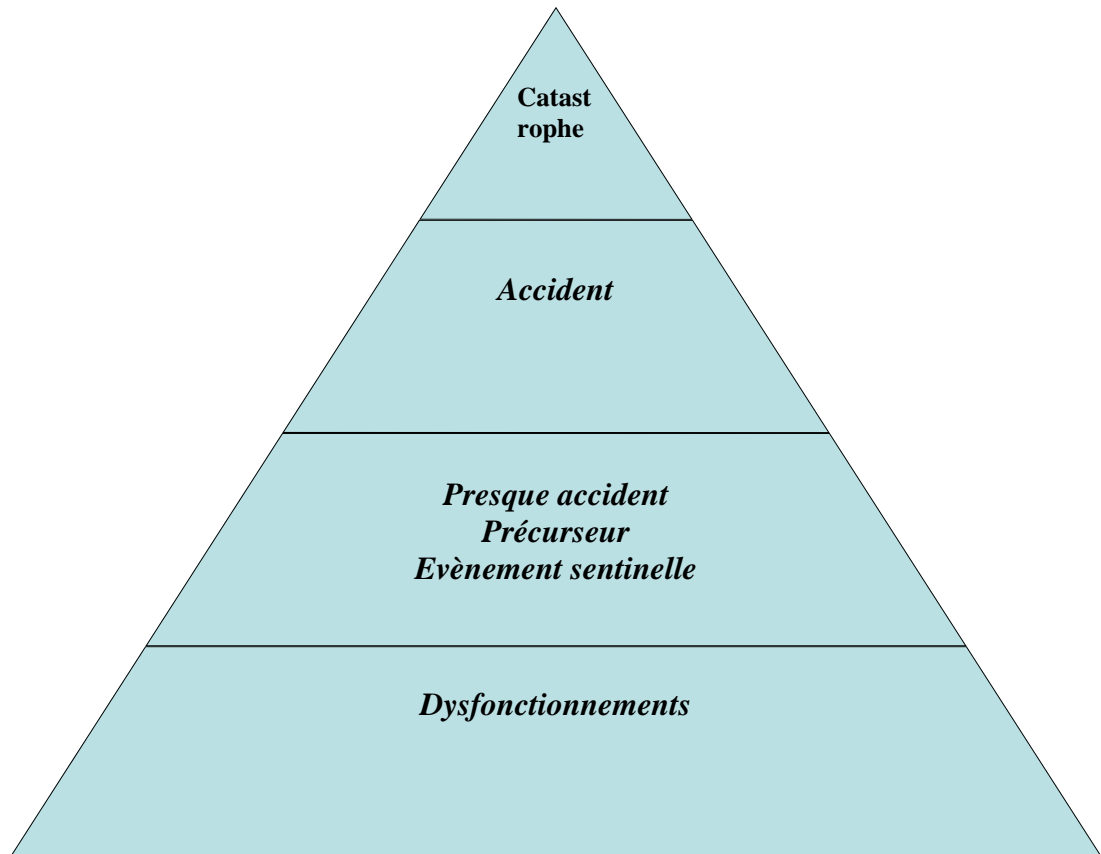


Figure 2. **Exemple de pyramide des événements indésirables**

L'image de la pyramide est utilisée car elle permet :

- D'une part, de visualiser la fréquence des événements à savoir les anomalies qui sont plus fréquentes que les incidents, eux-mêmes plus fréquents que les accidents ;
- D'autre part, parce que les anomalies et les incidents sont corrélés aux accidents. L'accident ne survient jamais de manière isolée sans anomalies ou incidents dans le système.

Plusieurs types d'événements sont donc à considérer dans le cadre de l'identification des risques à posteriori (1) :

✚ ***Les accidents et catastrophes :***

Les accidents correspondent à un risque patent. Leur identification est évidente dans beaucoup de domaines. En santé, il peut cependant être difficile de distinguer un accident de complications non évitables dû par exemple à l'état grave du patient. Lorsque l'accident a une certaine ampleur touchant plusieurs patients, et générant une situation telle que les moyens de l'établissement sont dépassés, il constitue une catastrophe.

✚ ***Les presque accidents (« near miss »), les précurseurs et les événements sentinelles :***

Ces événements correspondent à des risques avérés. Leur analyse est particulièrement instructive pour améliorer la sécurité.

D'une part, ils apportent une information pour choisir les actions d'amélioration pertinentes, d'autre part, ils possèdent un impact pédagogique important.

Ils sont donc une opportunité pour l'organisation permettant de réduire un risque avant qu'un accident ne survienne.

Il convient de distinguer plusieurs types d'événements : ***Le presque accident*** (near miss) qui est une situation qui aurait conduit à l'accident si des conditions favorables n'avaient pas permis de l'éviter, ***Le précurseur*** qui correspond à tout événement critique qui peut conduire l'accident avec une probabilité importante, ***Les événements sentinelles*** qui identifient une occurrence défavorable qui sert de signal d'alerte et déclenche systématiquement une investigation et une analyse poussée. Ils correspondent à des événements pour lesquels les professionnels souhaitent exercer une vigilance. Comme exemple, les décès inattendus, l'occurrence de certaines infections nosocomiales, les réadmissions non programmées, les sorties contre avis médical, les accidents transfusionnels.

✚ ***Les autres événements indésirables :***

Les incidents qui sont des événements n'ayant pas engendré de conséquence.

Et les dysfonctionnements sont des problèmes au regard d'un fonctionnement normal, on peut distinguer : *la non-conformité* qui correspond à la non satisfaction d'une exigence spécifiée, *l'anomalie* qui est un écart entre une situation existante et une situation attendue et *le défaut* qui est la non satisfaction d'une exigence ou d'une attente raisonnable.

Le recueil et l'analyse de ces événements indésirables sont indispensables pour déterminer les défaillances qui, restant isolées, n'auraient pas de conséquences graves mais qui, associées, peuvent conduire à un accident.

Plusieurs circuits d'information peuvent être utilisés pour récolter cette information : le signalement des événements indésirables, les enquêtes, les réclamations, les plaintes, les rapports d'accidents du travail ou les contrôles d'hygiène, les procès-verbaux des commissions de sécurité... Dans tous les cas, la méthode la plus simple reste celle des *fiches de signalements*. Ces fiches sont destinées à permettre la centralisation de l'information.

### 5.6.2 L'analyse des risques :

L'analyse des risques permet d'approfondir la connaissance des risques identifiés.

#### 5.6.2.1 Trois aspects importants sont à regarder :

##### 5.6.2.1.1 La fréquence prévisible de la réalisation du risque :

Après avoir identifié un risque, il s'agit de déterminer si ce risque se réalise "souvent" ou rarement. La détermination de la fréquence se fait généralement en vérifiant le *processus* (fréquence de l'activité générant le risque) et *l'historique* du service (statistiques des années précédentes) (6).

##### 5.6.2.1.2 La gravité des dommages lorsque le risque se réalise :

D'après l'activité et l'historique des incidents, lorsque le risque se réalise :

- Qui est susceptible d'être affecté?
- Quels types de dommages entraîne-t-il?
- Quelle est l'importance de ces dommages?

Ces deux premiers éléments (*fréquence* et *gravité*) permettent de déterminer le niveau de risque de chaque événement indésirable. Et ainsi, la hiérarchisation des risques en vue de prioriser leurs traitements.

#### 5.6.2.1.3 Identification des causes et des conséquences (dommage ou préjudice) :

Cette analyse est essentielle si l'on souhaite agir sur le risque. Elle s'applique notamment à la démarche a posteriori. Les événements sont analysés afin d'identifier leurs causes.

Seule une analyse systémique permet de retracer « la chaîne des événements » ayant conduit à l'incident ou à l'accident. Elle recherche à la fois les causes proximales et les causes racines. Cette analyse est le préalable au traitement des risques qui passera par une action sur les causes.

#### 5.6.2.2 Les méthodes d'analyse et d'identification des risques :

C'est au niveau de l'analyse des risques que le recours aux méthodes industrielles est promu. Claude Boissier-Rambaud<sup>3</sup>, juriste et consultante en gestion des risques médico-hospitaliers, convint les décideurs hospitaliers, que « l'industrie, bénéficiaire de programme de gestion des risques réalise entre 20 à 40 % de gains de productivité ».

Ainsi, Les méthodes d'identification des risques éprouvées dans d'autres secteurs sont des appuis novateurs et importants dans la gestion des risques à l'Hôpital. Plusieurs méthodes d'analyse des risques peuvent être utilisées (8):

- ✚ Les méthodes d'identification et d'analyse des risques à posteriori :
  - Analyse des modes de défaillances, de leurs effets (AMDE)
  - Analyse des modes de défaillances, de leurs effets, de leur criticité (AMDEC)
  - Analyse préliminaires des dangers (APD)

---

<sup>3</sup> Site, [www.atlantasante.com](http://www.atlantasante.com)

- Analyse préliminaire des risques (APR)
- Hazard and operability study (HAZOP)
- Méthode de l'arbre des causes (diagramme d'ishikawa)
- Méthode de l'arbre des conséquences
- Méthode de l'espace des états
- Méthode de la table de vérité
- Méthode de diagramme causes-conséquences
- Méthode du diagramme de succès
- Méthode organisée et systémique d'analyse du risque (MOSAR)
- Visite des sites

🚦 Les méthodes d'analyse à priori :

- La méthode HACCP (Hazard Analysis Critical Control points)
- La méthode A2C (AFNOR 2000)
- Analyse des modes de défaillances, de leurs effets, de leur criticité (AMDEC)
- Méthode de l'arbre des causes (diagramme d'ishikawa)

### 5.6.3 L'action :

La deuxième étape (analyse) aura permis à **prioriser** les risques inventoriés lors de la première étape (identification). Dans cette troisième étape, il ne s'agit pas de tenter d'éliminer rapidement **tous** les risques potentiels du service. Ce serait, très certainement, une mission impossible à réaliser. Certains risques demandent une attention immédiate, d'autres feront l'objet d'une démarche à plus long terme. **Le traitement des risques** repose sur une combinaison de divers mécanismes (4) :

- D'une part, la **prévention** et la **récupération** : visent à réduire la fréquence du risque. Leur objectif est d'éviter la survenue d'un événement redouté. La prévention n'a pas d'effet sur la gravité lorsque le risque se réalise.

- D'autre part, *l'atténuation* ou *la suppression* du risque à sa source. *La protection* ou *L'atténuation* permet de réduire les conséquences d'un risque qui s'est réalisé.

Le traitement des risques constitue la phase centrale du processus de gestion des risques. Les actions réalisées à cette étape permettent au responsable de la gestion du risque de prendre les mesures nécessaires pour réduire les risques auxquels l'Hôpital est exposé.

Lors du traitement des risques, les intervenants hiérarchisent et sélectionnent les risques qui exigent la mise en œuvre d'actions préventives prioritaires. Cette *hiérarchisation* des risques est fonction de la fréquence (probabilité de survenue) et de la gravité de l'événement (conséquences humaines, organisationnelles, financières...), permet de les classer et définir les secteurs prioritaires. Elle est établie en fonction de la criticité du risque; mais aussi en fonction de son acceptabilité, son évitabilité et son coût.

Par la suite, l'élaboration et la mise en œuvre des mesures pour réduire les risques à un niveau acceptable. Ces mesures seront analysées en fonction notamment de leur faisabilité, du rapport coût / efficacité et des bénéfices secondaires pour les acteurs du terrain

#### 5.6.4 L'évaluation des actions périodiquement engagées :

Il ne suffit pas d'avoir fait l'inventaire de ces risques et d'avoir mis une série de mesures pour les contrôler. Encore faut-il vérifier si ces mesures sont efficaces, si tous les risques ont été bien identifiés, si la situation n'a pas évolué et généré d'autres risques.

Cette étape consiste à procéder à *l'évaluation* qui peut être faite de deux manières:

- D'une part, elle peut consister en l'examen de l'efficacité des mesures vis-à-vis des objectifs fixés en interne. Celui-ci se réalise par *le suivi en fréquence et en gravité* des événements à risque que l'on entend prévenir; et par la mise en place d'éventuels *tableaux de bord*.
- D'autre part, il s'agit d'apprécier la justesse ou l'opportunité des actions

en fonction de l'évolution des variables extérieures.

#### 5.6.5 La communication :

La communication concerne, d'une part, les acteurs engagés directement dans la réalisation du processus, qu'ils soient associés ou non à un comité ou une mission, à un groupe de travail ou à une autre structure établie. D'autre part, elle touche les autres personnes qui sont ou se perçoivent comme pouvant être touchées ou interpellées par les décisions ou les activités découlant de la réalisation du processus de gestion des risques. Ainsi, chacun des acteurs doit avoir la possibilité de s'exprimer, de s'engager et de s'impliquer dans la gestion des risques auxquels il est exposé.

## 6. MODELE THEORIQUE :

La méthodologie retenue s'inspire très largement d'un modèle auquel ont recours un nombre croissant de pays, de collectivités et d'organisations pour gérer des risques de toute nature. Il tire ses origines d'une *norme australienne et néo-zélandaise* établie dans sa première version en 1995 (*AS/NZS 4360*) (5).

Le Centre Asiatique de Réduction des Catastrophes (*Asian Disaster Reduction Center -ADRC*) et le Bureau pour la Coordination des Affaires Humanitaires des Nations Unies ont également eu recours à cette norme pour mettre au point une approche stratégique de réduction des catastrophes connue sous le nom de *Total Disaster Risk Management* (TDRM).

L'organisation de sécurité civile de l'Ontario, au Canada (*Emergency Management Ontario*), a adopté de façon quasi intégrale le processus australien et néo-zélandais de gestion des risques de sinistre. D'autre part, la direction de sécurité civile du Québec propose un processus de gestion des risques de sinistres s'inspirant grandement des modèles émergeant.

La pertinence et l'efficacité du processus de gestion des risques de sinistre fondé sur cette norme ont donc été éprouvées par plusieurs collectivités et organisations.

Le logigramme suivant expose les trois étapes principales de ce processus soit : la compréhension du contexte et de l'environnement et identification des risques, l'appréciation des risques et le traitement des risques.

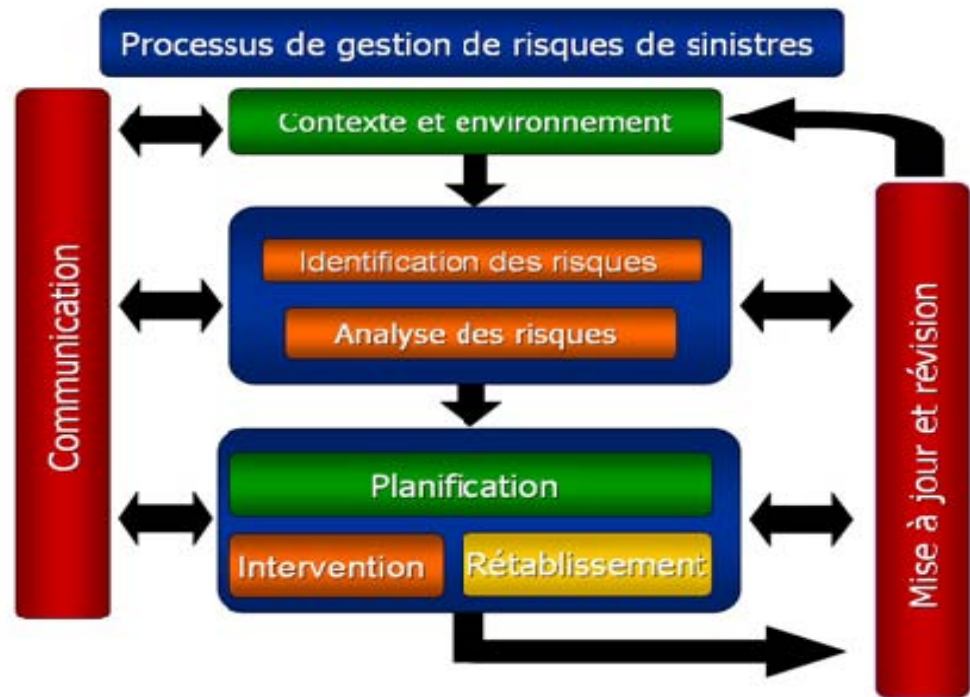


Schéma 3 : Le modèle théorique du processus de la gestion des risques

Cette figure montre également l'importance de la *communication*, de la *mise à jour* ainsi que de la *révision* à chacune des étapes du processus. Elle illustre de plus, le caractère interactif de la démarche proposée.

## **7. METHODOLOGIE :**

### **7.1 Type de l'étude :**

Ce projet rentre dans le cadre d'un mémoire professionnel de fin de formation à l'Institut National d'Administration Sanitaire, filière gestion hospitalière. Ce mémoire professionnel vise le développement d'outils nécessaires pour la mise en place d'une démarche de gestion des risques à l'Hôpital.

Ainsi, cette étude a pour objectif de contribuer au renforcement de la sécurité des personnes et des biens au sein de l'Hôpital.

A cet effet, une démarche a été adoptée pour l'élaboration d'un scénario d'implantation et sa mise en œuvre, ainsi un premier contact a été fait avec le Coordonnateur Régional, et le Directeur de l'Hôpital pour la discussion du projet, de ses objectifs, des moyens alloués, de sa faisabilité, des conditions de réussite, des risques de survie, et du plan de mise en œuvre.

### **7.2 Lieu et période de l'étude :**

Notre étude s'est étalée durant la période (janvier, Mai) 2008 à l'Hôpital Provincial de Beni Mellal. Ce choix est justifié par les considérations suivantes : i) l'Hôpital Provincial de Beni Mellal est parmi les 5 hôpitaux siège de la réforme hospitalière entamé par le Ministère de la Santé. Lequel projet vise à améliorer la qualité des soins et la gestion hospitalière, ii) le souci de renforcement de la sécurité des personnes et des biens au sein de l'Hôpital, iii) l'intérêt particulier du Directeur de l'Hôpital accordé au projet de la gestion des risques.

### **7.3 Population cible:**

La population ciblée de notre étude est composée principalement des personnes responsables au niveau de l'Hôpital (les responsables au niveau de la direction de l'Hôpital, les responsables des unités et services de soins, les correspondants des vigilances existantes au niveau de l'Hôpital et le responsable de la démarche qualité) qui sont impliqués directement dans l'élaboration et la mise en œuvre de la démarche de la gestion des risques.

## 7.4 Méthodes de collecte des données :

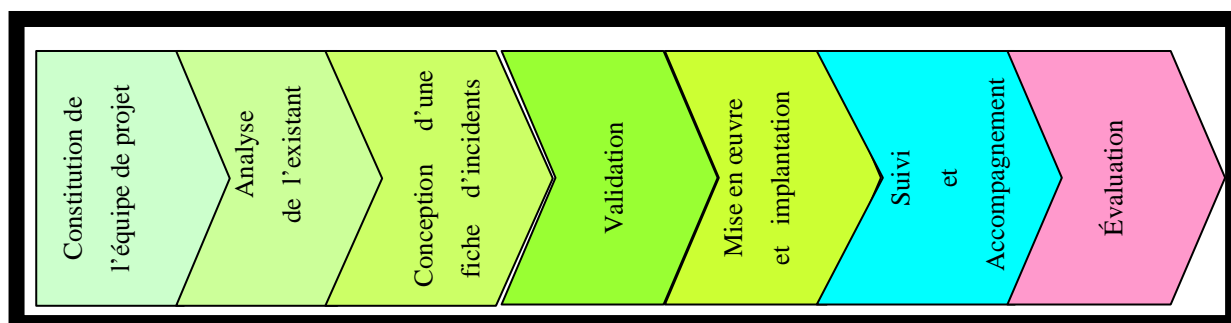
Pour mener à bien cette étude, nous avons utilisé trois instruments de collecte des données:

- **Questionnaire** : destiné au Directeur de l'Hôpital (*Voir annexe II*).
- **Observation et analyse des documents** : nous avons fait un état de la situation de la gestion des risques à l'Hôpital concernant l'historique des différents incidents, accidents et événements indésirables survenus durant les deux dernières années.
- **Entretiens semi directs** : nous avons opté pour cet outil pour permettre plus de flexibilité. Nous avons procédé par des questions préétablies et des questions complémentaires en fonction de la réaction de la personne interviewée. Les thèmes des questions portent sur la réalité de la gestion des risques à l'Hôpital, les difficultés et les contraintes à son implantation, ainsi que les suggestions permettant la mise en place de la démarche. **Au total**, nous avons réalisé **42** entretiens : **2** entrevues avec les représentants syndicaux et **40** entretiens avec les différentes catégories du personnel dont **80%** sont des infirmiers, **15 %** sont des médecins et **5 %** du personnel administratif et de soutien.

## 7.5 Etapes suivies pour l'implantation d'une démarche de gestion des risques à l'Hôpital Provincial de Beni Mellal :

Dans le souci de garantir la réussite du projet, nous avons opté pour *l'approche processuelle* schématisée ci-dessous.

### ✚ Les étapes suivies :



Au cours du déroulement de toutes les étapes du projet, nous avons tenu à respecter un certain nombre de principes pour renforcer les chances de succès à notre intervention. Il s'agit d'un travail d'équipe, fondé sur la participation aux choix et décisions, sur la communication permanente et le consensus.

### **Etape 1 : étape d'élaboration du plan d'action**

#### ○ **Le pilotage de la démarche :**

L'engagement de la direction est un préalable décisif à la définition et la mise en œuvre d'une démarche 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 (7).

Cet engagement au niveau de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal s'est concrétisé par la mise en place d'un comité de pilotage ; composé du Directeur de l'Hôpital, du chef du pôle des affaires médicales, du chef du pôle des soins infirmiers et du chef du pôle des affaires administratives.

Le comité de pilotage a prévu d'emblée :

- La création d'une fonction de gestion des risques avec désignation d'un gestionnaire de risques pour animer et coordonner la démarche,
- L'élaboration et la mise en œuvre d'un système d'information permettant la mise en place et le suivi de la gestion des risques,
- La sensibilisation des acteurs,
- L'instauration d'une communication institutionnelle.

#### ○ **Constitution de l'équipe du projet :**

Afin de mener à bien ce projet et d'impliquer tous les acteurs concernés par la gestion des risques à l'Hôpital, en l'occurrence, une équipe pluridisciplinaire a été formée.

La liste des membres de l'équipe de projet se compose de :

- Dr Mahmoud BERRAHAL, Directeur de l'Hôpital,
- Dr Mohamed OUSSAGA, chef du pôle des affaires médicales,
- Mr Mustapha NAIMI, chef du pôle des soins infirmiers,
- Mr Said KAMAL, chef du pôle des affaires administratives,
- Dr AMOUM, président du Conseil des Médecins, des Dentistes et des Pharmaciens (CMDP),
- Mr Nouredine ADIDI, responsable de l'hygiène hospitalière et du Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales,
- Mr Brahim OUASSIT, responsable de l'unité de qualité et gestion des projets,
- Mr Mhammed FARID, responsable de l'unité des ressources humaines,
- Mr Mustapha NACHAT, responsable de l'unité de communication de l'Hôpital,
- Dr Touria ANIQUE médecin-chef du service de réanimation,
- Dr DOUIRI, médecin-chef du service d'obstétrique,
- Dr SALAMI médecin-chef du Centre Régional de Transfusion,
- Dr Rachida BAHBAH, médecin-chef du laboratoire
- Dr Samira ELMIRE, pharmacienne de l'hôpital,
- Mr ATIFI, ingénieur biomédical responsable du service de maintenance de l'hôpital.
- Mr KHLIFA ZAIDI, infirmier-chef du centre régional de transfusion
- Mr Abdelkarim BOUHAITI, infirmier-chef de la pharmacie hospitalière

- Mr Ahmed SERRIOUI, infirmier-chef du bloc opératoire
- Mr Mohamed HILAL, infirmier-chef du laboratoire
- Mr Ahmed BAHASSOUN, infirmier-chef du service de radiologie
- le Responsable de ce mémoire (participant de l'Institut National d'Administration Sanitaire).

Des lettres de nominations ont été adressées aux membres de l'équipe (*voir annexe III*). Notre tâche portait sur l'animation, la coordination des activités et le pilotage du projet, assisté par le responsable de la qualité et la gestion des projets. Au cours de la première réunion de l'équipe de projet, nous avons discuté de la problématique, des objectifs et des avantages escomptés du projet. Les membres de l'équipe ont validé un échéancier de toutes les activités envisagées dans le plan d'action qui a été élaboré par les coordonnateurs du projet.

○ **Plan d'action adopté par l'équipe de projet :**

<b>Activités</b>	<b>Personnes responsables</b>	<b>échéance</b>
Réunion de l'équipe de projet pour la discussion du plan d'action et de la méthodologie d'implantation de la démarche de la gestion des risques à l'hôpital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe du projet</li> </ul>	1 <sup>ère</sup> semaine de Mars 2008
Etat des lieux concernant les actions et les processus instaurés dans l'hôpital en matière de gestion des risques sanitaires. (sur la base d'un recensement des risques existant ou potentiel)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participant de l'INAS</li> <li>• le responsable de l'unité de qualité et gestion des projets</li> </ul>	2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> semaine de Mars 2008
Présentation des résultats de l'état des lieux à l'équipe du projet et recueil de suggestions sur les moyens d'amélioration et besoins en informations.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participant de l'INAS</li> <li>• le responsable de l'unité de qualité et gestion des projets</li> </ul>	4 <sup>ème</sup> semaine de Mars 2008
Identification des moyens et procédures pour la mise en place d'une structure et d'une organisation d'analyse systématique des vulnérabilités, de prévention et de réduction des risques dans l'hôpital ;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• directeur de l'hôpital</li> <li>• Participant de l'INAS</li> <li>• le responsable de l'unité de qualité et gestion des projets</li> </ul>	4 <sup>ème</sup> semaine de Mars 2008

Développement et conception d'une fiche d'incident pour le recueil des événements indésirables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participant de l'INAS</li> <li>• le responsable de l'unité de qualité et gestion des projets</li> <li>• quelques référents des vigilances sanitaires : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ le médecin biologiste</li> <li>○ la pharmacienne</li> <li>○ l'ingénieur biomédical</li> </ul> </li> </ul>	1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>ème</sup> semaine d'Avril 2008
Présentation de la fiche d'incident élaborée aux responsables et personnel des services hospitaliers choisis pour l'implantation et le recueil de leurs avis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participant de l'INAS</li> <li>• le responsable de l'unité de qualité et gestion des projets</li> </ul>	2 <sup>ème</sup> semaine d'Avril 2008
Finalisation et validation de la fiche d'incident par l'équipe de projet.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe du projet</li> </ul>	2 <sup>ème</sup> semaine d'Avril 2008
Elaboration d'une procédure de gestion et suivi des événements indésirables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participant de l'INAS</li> <li>• le responsable de l'unité de qualité et gestion des projets</li> </ul>	3 <sup>ème</sup> semaine d'Avril 2008
Organisation du signalement systématique des événements indésirables. Pour consolider le dispositif la mise en place d'indicateurs de mesure (fréquence de survenue et criticité) à été instauré ;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participant de l'INAS</li> <li>• le responsable de l'unité de qualité et gestion des projets</li> </ul>	3 <sup>ème</sup> semaine d'Avril 2008
Formation du personnel des services sur la démarche de gestion des risques et la méthode de remplissage de la fiche d'incident.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participant de l'INAS</li> <li>• Responsable de la formation continu au niveau du pôle des soins infirmiers</li> </ul>	3 <sup>ème</sup> semaine d'Avril 2008
Suivi et accompagnement du projet (visite des services)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participant de l'INAS</li> <li>• le responsable de l'unité de qualité et gestion des projets</li> </ul>	Avril - Mai
Présentation des résultats à l'équipe de direction de l'hôpital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participant de l'INAS</li> </ul>	Mai

NB : Référents des vigilances sanitaires : hémovigilance (le médecin biologiste), la pharmacovigilance (pharmacien), la matériovigilance (ingénieur biomédicale)

## Etape 2 : analyse de l'existant

Le point de départ des activités opérationnelles du projet sur le terrain était de faire un état des lieux concernant les actions et les processus instaurés dans l'Hôpital en matière de gestion des risques sanitaires.

Les services visités pour analyser la situation de la gestion des risques au niveau de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal sont : le Centre Régional de Transfusion Sanguine, la Pharmacie de l'Hôpital, le service de la Maintenance, le service de la Santé au Travail et le service d'Hygiène Hospitalière et de Lutte Contre les Infections Nosocomiales.

Le but de cette étape de l'étude est de prendre connaissance des procédures utilisées et de la manière dont sont gérés les risques au niveau de l'Hôpital. Voir si les textes réglementaires et les normes en matière de sécurité sanitaire sont-ils respectés ? Les dispositifs de vigilances sont-ils opérationnels ? Les points faibles, les points forts de l'établissement en matière de sécurité ont-ils été repérés ? Quels sont les projets déjà réalisés ou en cours de réalisation dans le domaine de la gestion des risques ?

Ainsi, cette étape nous a permis de déceler les dysfonctionnements et les lacunes existantes dans le processus de gestion des risques. Etape essentielle et nécessaire pour explorer les opportunités en faveur de notre démarche et les moyens pour corriger les failles existantes.

Les résultats de cette étape se résument ainsi : Il n'existe pas de démarche structurée de gestion des risques au niveau de l'Hôpital Provincial de Béni Mellal et Les dispositifs de vigilances réglementés ne sont pas opérationnels, malgré la nomination de référents pour l'hémovigilance, pour la pharmacovigilance et la matériovigilance.

L'absence de structures, commissions et comité dédiés à des risques spécifiques : comité de lutte contre les infections nosocomiales, comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance, commission du médicament et des dispositifs

médicaux stériles, commission locale de surveillance des gaz médicaux, comité de l'eau, comité de radioprotection et conseil de bloc opératoire.

### **Etape 3 : Développement et conception d'une fiche de signalement pour le recueil des événements indésirables à l'Hôpital**

Nous avons élaboré une fiche de signalement pour le recueil des événements indésirables à l'Hôpital avec items à cocher (*voir annexe IV*). En se basant sur les principes suivants :

- développer une fiche d'incident acceptable, simple, facile à remplir, contenant des informations facilement exploitables ;
- faire participer tous les acteurs concernés par la gestion des risques à l'Hôpital (équipe transversale) ;
- communiquer d'une façon permanente avec le personnel (consentement) ;
- ne pas engendrer une charge de travail supplémentaire lourde pour le personnel ;
- inclure les informations sur tous les domaines de gestion des risques à l'Hôpital.

Ces fiches de signalement des événements indésirables ont inclus les vigilances réglementées dans la démarche de gestion des risques.

Après une série de propositions, nous sommes parvenus à un consensus avec l'équipe de travail pour l'adoption d'une fiche unique de signalement des événements indésirables avec items à cocher.

### **Etape 4 : Finalisation et validation de la fiche de signalement des événements indésirables par l'équipe de projet**

La fiche de signalement conçue pour le recueil des événements indésirables à l'Hôpital a été validée en deux étapes. A l'intérieure de l'équipe de projet dans

une première phase (*voir annexe n° V*) et avec la direction de l'Hôpital en deuxième phase avant l'implantation.

L'implication du personnel des services et unité de soins concernés par l'implantation du projet et la communication continue au cours des étapes du projet ont permis d'obtenir facilement leur approbation et leur consentement sur la forme et le contenu de La fiche de signalement des événements indésirables élaborée. Pour élargir le consensus obtenu des séances d'informations ont été aussi organisées pour le personnel de garde.

### **Etape 5 : Elaboration d'une procédure de gestion et de suivi des événements indésirables**

Nous avons élaboré une procédure de gestion et de suivi des événements indésirables (*voir annexe VI*). Elle a défini l'objet et le domaine d'application de signalement des événements indésirables, les responsabilités, les documents de référence, les définitions des différents concepts, le contenu, la transmission de la fiche d'événements insérables, la déclaration au correspondant « vigilance » et l'évaluation.

### **Etape 6 : Implantation de la fiche de signalement des événements indésirables par l'équipe de projet**

La fiche de signalement des événements indésirables, accompagnée d'un mode d'emploi, validée par l'équipe de projet, et la procédure de gestion et de suivi des événements indésirables, ont fait l'objet d'une présentation au personnel de l'Hôpital.

La fiche de signalement a été disponible en quantité suffisante dans toutes les unités et services de soins. Il a été également possible de se la procurer auprès du gestionnaire des risques.

La procédure de gestion et de suivi des événements indésirables a été affichée au niveau de tous les centres d'activités de l'Hôpital.

L'implantation a débuté en mois de Mai 2008. Pour cela, tout survenu d'un événement indésirable doit être notifié et déclaré (*voir annexe VII*).

### **✚ Etape 7 : Organisation du signalement des événements indésirables pour consolider le dispositif par la mise en place d'indicateurs de mesure (fréquence de survenue, gravité et criticité) ;**

L'organisation du signalement des événements indésirables a été effectuée sur la fiche d'événements indésirables. La collecte a été éventuellement réalisée grâce à une boîte aux lettres spécifiques intitulé « gestion des risques » qui est située à l'entrée de la direction de l'hôpital. Le responsable de gestion des risques est chargé de la consulter d'une manière régulière. Nous avons recommandé de déposer la fiche dans la boîte aux lettres « gestion des risques » pour une raison de rapidité.

Un système d'information en gestion des risques s'est avéré indispensable, pour recueillir les données, les traiter et transmettre l'information relative aux risques, pour simplifier la gestion des événements indésirables et assurer une traçabilité continue de l'information indispensable depuis le constat de l'anomalie jusqu'à son traitement.

Nous avons proposé à titre d'expérimentation des tableaux de bord permettant, un suivi de la fréquence, de la gravité et du nombre d'événements indésirables signalés. (*Voir annexe VIII*)

### **✚ Etape 8 : Formation du personnel des services et unités de soins sur la démarche de gestion des risques et la méthode de remplissage de la fiche de signalement des événements indésirables.**

Pour assurer la réussite du projet et l'adhésion de l'ensemble du personnel à la gestion globale des risques et sa participation à la démarche, nous avons élaboré un plan de communication sur la démarche de gestion des risques pour la sensibilisation des acteurs (*voir annexe IX*). Ce plan de communication a visé à, expliquer l'importance des enjeux, faire connaître le concept de risque et les différents types d'événements indésirables, inscrire la préoccupation de sécurité des patients et des personnels dans la pratique quotidienne de chacun, donner

confiance aux professionnels en évitant la confusion entre l'erreur, source d'apprentissage et d'amélioration des pratiques, et la faute, associée à la peur de la sanction. Nous avons aussi abordé les objectifs et les règles de confidentialités du système de signalement des événements indésirables mis en place. Et enfin, former les acteurs sur la procédure de gestion et de suivi des événements indésirables et sur les méthodes de remplissage et d'utilisation de fiches d'incidents implantés.

La formation a été réalisée en collaboration avec l'unité de la formation continue du pôle des soins infirmiers. Au cours des séances de formation réalisées, nous avons distribué au personnel infirmier des modèles de fiches d'incidents pré-remplis par des exemples fictifs pour servir de référence sur le terrain.

### **Etape 9 : Suivi et accompagnement**

Pendant le début de l'implantation, un suivi quotidien de l'opération a été fait pour accompagner les utilisateurs de la fiche de signalement, pouvoir corriger les erreurs et appréhender les difficultés qui peuvent avoir lieu. Le but de l'opération d'accompagnement est aussi de prendre connaissance des contraintes à la faisabilité de l'intervention sur le terrain.

Cette étape, nous a permis également de sensibiliser les utilisateurs aux avantages du changement, de continuer la communication et d'atténuer les réticences au changement. Nous avons tenu également à assurer le suivi et l'accompagnement des équipes de garde de la nuit et des après midi par des passages réguliers aux services durant la première semaine d'implantation.

Les activités réalisées au cours du suivi et de l'accompagnement de l'implantation sont la communication, la sensibilisation, l'information et la distribution de modèles. Les objectifs visés sont l'obtention d'une meilleure acceptation et adhésion du personnel à l'intervention.

## **8. RESULTATS :**

Comme nous l'avons mentionné plus haut, l'inexistence de démarche structurée de gestion des risques globale et intégrée au niveau de l'Hôpital de Béni Mellal et Les dispositifs de vigilances réglementés ne sont pas opérationnels, malgré la nomination de référents pour l'hémovigilance, la pharmacovigilance, la matériovigilance et l'infectiovigilance.

Donc, l'implantation d'une démarche structurée de gestion des risques globale et intégrée à l'Hôpital s'est avérée nécessaire.

Cette démarche vise à mettre en place au sein de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal un système opérationnel comprenant l'ensemble des moyens humains, matériels, informationnels, financiers et des moyens de communication en vue de contribuer au renforcement de la sécurité des personnes et des biens au sein de l'Hôpital.

### **8.1 Création d'une unité de gestion des risques :**

#### **✚ Création d'une structure :**

Cette nouvelle structure s'est basée sur la structure existante de l'amélioration continue de la qualité. Ainsi, le changement d'appellation « unité de l'amélioration continue de la qualité et gestion des risques » au lieu « unité de l'amélioration continue de la qualité » s'est avéré important pour stimuler une implantation d'une démarche de gestion des risques globale et intégré à l'Hôpital.

Dans le cadre de la construction des locaux administratifs de la direction, le local est réaménagé, le matériel bureautique est attribué à cette structure. Mais, On note l'absence de matériel téléphonique dans cette unité.

#### **✚ Nomination d'un gestionnaire de risque :**

Nomination du responsable de la qualité comme gestionnaire de risque. Il est directement rattaché à la direction. Le profil a été choisi après concertation avec la direction de l'Hôpital, qui s'est orientée vers un professionnel de santé ayant une expérience d'encadrement en gestion. C'est un cadre de santé de grade administrateur, qui a déjà exercé en tant qu'infirmier anesthésiste au niveau du

bloc opératoire. Ces compétences spécifiques qui ont été requises pour occuper cette nouvelle fonction : c'est un lauréat de l'Institut National d'Administration Sanitaire et qui a un savoir-faire en la matière.

## **8.2 Recueil des événements indésirables :**

### **✚ Mise en place du système de signalement centralisé des événements indésirables à l'aide d'une fiche unique :**

Nous avons élaboré une fiche de signalement des événements indésirables en concertation avec l'équipe de travail. Elle a été validée le 17 / 04 / 2008 et diffusée à l'ensemble des secteurs d'activités de l'Hôpital. Toutes ces fiches de signalement des événements indésirables sont accompagnées d'un mode d'emploi.

### **✚ Organisation du signalement des événements indésirables**

Un circuit de déclaration est formalisé. Il y a eu centralisation des fiches de signalement. La transmission a été effectuée le plus souvent par le déclarant lui-même à l'unité centralisatrice. La collecte a été éventuellement réalisée grâce à une boîte aux lettres spécifiques que le responsable de gestion des risques s'est chargé de les récupérer régulièrement.

Un aspect sensible du signalement des événements indésirables est la possibilité de déclarer de manière anonyme ou non. Parmi les participants à la finalisation et la validation de la fiche de signalement des événements indésirables, 30 sur 40, proposent l'anonymat.

Un accusé de réception ou une réponse est systématiquement adressé à la personne déclarante, indiquant les suites données à son signalement et les personnes auxquelles ce signalement a été transmis, pour action ou pour une information. C'est la première étape du retour d'information (feed-back).

### **✚ Le système d'information pour la gestion des risques :**

La démarche adoptée par l'Hôpital Provincial de Beni Mellal s'est focalisée sur le système de surveillance des événements indésirables, nous avons alors établi des tableaux de bord permettant un suivi de la fréquence, de la gravité et du nombre d'événements indésirables signalés; par catégorie de personnel déclarant; ainsi

que, du type de signalement par secteur d'activités. Ces tableaux de bord sont encore au stade d'expérimentation et susceptibles d'évoluer.

### **8.3 Information du personnel :**

Elaboration d'un document d'information sur la procédure de gestion et de suivi des événements indésirables, sur lequel figure le circuit. Ce document a été diffusé à l'ensemble du personnel au cours de séances d'information, sous forme de communication orale sur la démarche de gestion des risques, l'intérêt et le dépoulement de la fiche de signalement.

### **8.4 Mise en œuvre de la démarche de gestion des risques à l'Hôpital Provincial de Beni Mellal :**

La démarche de gestion des risques sera inscrite dans le projet d'établissement. Elle est mise en œuvre et sera opérationnelle par l'Hôpital.

### **8.5 Résultat de la collecte des fiches de signalement :**

Le processus étant à ses début, il n'a pas été possible d'avoir assez de fiches de signalement pour pouvoir présenter quelques résultats.

## 9. DISCUSSION :

Une démarche de gestion intégrée des risques sanitaires a été initiée dans l'hôpital de Béni Mellal. Cette initiation porte sur la mise en place d'un système de signalement des événements indésirables au niveau de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal. Ce procédé de signalement se fait au moyen d'une fiche de signalement standardisé et dont le recueil est effectué grâce à des boîtes aux lettres destinées à cet effet. La fiche de signalement est unique.

La première caractéristique qui marque cette démarche de gestion des risques, c'est qu'elle privilégie trois axes, relativement classiques d'une démarche de gestion des risques :

1. Le premier porte sur la construction d'un cadre de réflexion, de conception et d'action (la création de structure)
2. Le second concerne la mise en place d'un système de surveillance des événements indésirables
3. Le troisième intéresse la campagne d'information qui s'est déroulée au sein de l'établissement.

Cela tend à démontrer le caractère opérationnel de cette démarche car il semble respecter quelques dimensions clefs de la conception d'une démarche de gestion des risques. En effet, sept étapes sont fréquemment citées, notamment par les industriels, comme étant des étapes nécessaires (2):

1. l'identification des risques (a priori : événements redoutés, a posteriori : événements réalisés)
2. leur quantification (mesure des probabilités et des conséquences, par exemple : fréquence et gravité)
3. leur hiérarchisation
4. l'élaboration des réponses
5. leur mise en œuvre
6. l'évaluation des résultats pour le retour d'expérience

## 7. l'analyse du système et son éventuelle adaptation sur la base des résultats

Ainsi, notre démarche de mise en place d'une surveillance des événements indésirables et la création d'une structure au niveau de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal pour animer la démarche de gestion des risques, sont apparues comme fondamentales pour répondre aux quatre premières étapes.

La mise en place d'un système de signalement des événements indésirables, pour inventorier les risques à l'Hôpital, nécessite beaucoup de temps mais contribue à sensibiliser chacun au risque, à responsabiliser celui qui déclare et à améliorer la transparence et la visibilité sur le fonctionnement réel de l'établissement (7).

Cette mise en place doit également être accompagnée d'une stratégie de communication axée sur des actions de formation et d'information, en fonction des moyens dont dispose l'Hôpital, pour d'une part éviter les malentendus en faisant connaître ce qu'est et ce que n'est pas la démarche dans l'optique de favoriser la banalisation de l'acte de signalement.

Cette stratégie doit, ce qui est fondamental, éviter toute confusion dans les termes employés afin qu'ils soient compris de la même façon pour tous. Pierre Anhoury et Gérard Viens n'hésitaient pas à écrire dès 1994, c'est-à-dire au tout début de la réflexion dans ce domaine en France, que « les médecins vivent les programmes de gestion des risques comme une inspection, les infirmières comme des évaluations de leurs pratiques professionnelles, les directeurs comme un moyen de limiter les pertes financières et de respecter les directives ». <sup>4</sup>

Il ressort de cela, qu'un plan de communication adaptée au sein de l'Hôpital doit donc éviter cet écueil, permettre un accueil favorable du dispositif de signalement des événements indésirables et éliminer les craintes des personnels médicaux et non médicaux.

Le contenu de ce plan de communication, doit souligner que les actions à mener ne visent aucunement la recherche de faute, ni d'erreurs, mais recherche la

---

<sup>4</sup>Pierre ANHOURY, Gérard VIENS, La gestion des risques à l'hôpital. Page, 636.

centralisation de données devant permettre une amélioration de la qualité des soins, de la sécurité au travail voire une amélioration des conditions de travail elles-mêmes. Une explication pertinente de la démarche de gestion des risques doit convaincre également le personnel que le fait de remplir cette fiche n'est pas un travail supplémentaire car il y aura un retour positif sur l'investissement en temps consacré par celui ou celle qui remplit le document.

Une fiche d'événement indésirable n'est rien en soi ; elle participe seulement à une démarche globale dans laquelle chacun des éléments fera vivre le système. A ce niveau, la suite donnée à cette participation du personnel sera décisive.

Les fiches de signalement doivent montrer à quiconque remarque, est témoin ou victime, d'un événement indésirable, d'en faire état auprès du service ou du responsable de la gestion des risques. L'objectif explicite de l'utilisation de telles fiches est la déclaration exhaustive des dysfonctionnements pouvant porter atteinte à l'organisation afin d'y apporter des solutions prévenant leur répétition. On contribue ainsi à consolider le mur porteur de la gestion des risques qu'est l'identification des risques.

Ces fiches de signalement sont l'atout majeur du développement d'une gestion des risques partagée par tous, de l'agent hospitalier au Directeur de l'Hôpital. Cependant, leur degré d'utilisation dépend du niveau de développement de la culture positive de l'erreur. Pour rendre La culture hospitalière tout à fait prête à son implantation, cela nécessite une adaptation de la mentalité des acteurs institutionnels, sur laquelle seule la communication et l'information pourront agir. Mettre en place des fiches de signalement sans faire le travail de sensibilisation préalable est vouée à l'échec (17).

De plus, cet outil constitue une démarche *a posteriori*, alors que la gestion des risques ne trouve toute sa puissance et son efficacité que grâce à une analyse *a priori* des incidents et situations dangereuses. Il est nécessaire d'approfondir les outils qui permettent l'anticipation des problèmes et de ne développer les outils d'analyse et de recueil *a posteriori* que dans le cadre de la définition d'indicateurs ou de pistes de travail. L'utilisation de ces deux outils est évidemment louable.

Cependant, il peut paraître paradoxal de mettre en place des outils avant de définir un réel programme de gestion des risques qui est, entre autres, chargé de définir comment s'organise l'identification des risques et quels sont les outils applicables aux situations à risques rencontrées (22).

Faut-il anonymiser les déclarations ? Ces fiches peuvent être confidentielles mais l'anonymat n'est pas souhaitable. Ce débat a été tranché lors de la réunion de la finalisation et la validation de la fiche de signalement des événements indésirables. Nous avons adopté la stratégie facultative quant à la possibilité de déclarer de façon anonyme. Nous avons accepté cette possibilité à des fins pédagogiques, de manière à encourager toute personne témoin d'un événement indésirable à le déclarer. Pour autant, L'anonymat des déclarations a deux inconvénients : l'enquête auprès du déclarant est impossible et l'anonymat peut encourager la délation.

L'information, tant des personnels que des patients et des visiteurs, est également déterminante pour la surveillance des événements indésirables mais aussi pour acquiescer l'adhésion de tous les acteurs à la démarche et pouvoir ainsi mettre en œuvre les réponses adaptées. Ainsi, cela contribue aux cinq premières étapes de la démarche (12).

La création d'une structure dévolue à la gestion des risques dans l'Hôpital Provincial de Beni Mellal s'est accompagnée de la nécessité de désigner un coordonnateur. Une nouvelle fonction, celle de « gestionnaire de risque » associée à la démarche qualité sous la nomination de « responsable qualité et gestion des risques » est émergente. Il est rattaché à la direction de l'Hôpital. Son statut ou sa fonction n'a pas été précisée à travers ce travail (22).

Le gestionnaire du risque n'est pas responsable de la résolution des dysfonctionnements rencontrés ni des vulnérabilités avérées. Cependant, il est de son devoir d'en alerter la direction et de veiller, en concertation avec les personnes ressources, à proposer des solutions.

Comme l'Hôpital est en phase d'élaboration de son projet d'établissement 2008 – 2010, cette situation a représenté une opportunité pour faire valider la stratégie de

gestion des risques par le comité de pilotage. Un volet « gestion des risques » sera intégré dans le projet d'établissement. De ce fait, une dimension institutionnelle sera conférée à la gestion des risques.

De plus une évaluation est programmée par l'équipe de l'Hôpital en octobre 2008. Cette évaluation apportera sûrement des informations sur la viabilité et la pérennité de l'intervention.

### **Les conditions de réussite :**

La sécurité est un processus d'amélioration continue auquel tout le monde peut contribuer (20).

Pour être pérenne, la démarche de gestion du risque doit obligatoirement bénéficier de l'adhésion du personnel et disposer de l'engagement et du soutien inconditionnel du directeur de l'Hôpital dont le rôle d'impulsion est le garant de la pérennité de cette démarche.

La création d'une cellule de gestion des risques avec la nomination d'un responsable de cette activité de gestion des risques va mobiliser les acteurs autour de ce processus fédérateur.

L'implantation de cette démarche au sein de l'Hôpital, nécessite qu'elle soit connue et reconnue et que des professionnels soient formés. Il faut consacrer un certain temps pour former l'ensemble du personnel à cette démarche de signalement, à leur expliquer pourquoi et comment. Il faut assurer la confidentialité des données. Les choses doivent être clairement identifiées. Il faut avoir une définition précise de la stratégie corrective, savoir qui propose les mesures correctives, qui décide de leur mise en œuvre et qui évalue leur efficacité (13).

Il faut des moyens matériels essentiellement informatiques pour faire un choix car on est très vite submergé par le nombre de signalement. Il faut traiter en premier les signalements qui mettent en jeu la sécurité des patients.

Il faut inscrire la démarche dans le projet d'établissement, afin de lui conférer une dimension institutionnelle.

### **Les obstacles à la réussite :**

La peur d'être sanctionné, a été le premier obstacle. Pour cela, le Directeur de l'Hôpital s'est engagé très clairement sur le fait qu'il n'y aura pas de sanctions suite à un signalement.

La peur d'être considéré comme un délateur, constitue également un obstacle avec la perception d'être mal vu par ses collègues, ce qui peut perturber les relations professionnelles. La fiche de signalement n'est pas là pour accuser quelqu'un mais plutôt pour améliorer la sécurité du personnel, des patients et du visiteur. C'est pour cela qu'elle ne doit jamais être anonyme, cela faciliterait la délation.

Faire adhérer l'ensemble du personnel afin qu'il perçoit l'intérêt de la démarche et son impact sur la sécurité dans l'établissement et les conditions de travail et que ce n'est pas un gadget de l'administration hospitalière pour occuper le personnel. Cela repose donc sur la l'information initiale conforté par la rétro-information, car chaque fiche de signalement doit avoir une réponse. La cellule de gestion des risques et le comité de pilotage se doivent de faire un rapport annuel distribué à l'ensemble du personnel.

### **Limites et faiblesses de l'étude :**

Il ne faut pas sous estimer la complexité de ce projet qui s'inscrit dans la durée. Car le changement porte principalement sur l'adoption par les professionnels de santé de règles de bonne pratique.

La gestion des risques à l'Hôpital est une affaire très difficile qui nécessite en premier l'engagement et le soutien de la direction avec un rôle d'impulsion du Directeur de l'Hôpital (19).

La réticence de certains médecins concernant la déclaration des événements indésirables peut être occasionnée par la crainte de poursuite juridique. Il serait judicieux d'aborder un tel sujet d'abord par des entretiens directs avec tous les acteurs concernés. Des efforts de sensibilisation et de communication doivent être entrepris pour faire accepter la logique de gestion des risques.

La mise en place du signalement des événements indésirables a été critiquée par

sa considération comme décourageante par son ampleur, son côté paperassier impropre à une exploitation rapide, la charge de travail, une explication pertinente de la démarche doit convaincre le personnel que le fait de remplir cette fiche n'est pas un travail supplémentaire.

L'adoption de la stratégie facultative quant à la possibilité de déclarer de façon anonyme.

Le système d'information est peu développé.

Les vigilances réglementées au niveau de l'Hôpital de Beni Mellal sont jeunes et souffrent d'un faible niveau d'activité. Il fallait donc trouver le moyen de les dynamiser.

#### **Applicabilité et Utilité pour la pratique :**

Cette étude permettra au programme de gestion des risques à être développé par l'Hôpital, les accidents ou leurs conséquences seront limités, la sinistralité sera améliorée, les conditions de travail seront améliorées, la culture de gestion des risques à l'Hôpital sera créée, les différents acteurs seront responsabilisés et les mentalités se feront évoluer.

## 10. RECOMMANDATIONS POUR L'ACTION :

La gestion du risque dans un hôpital ne pourra pas être implantée, si les mentalités ne sont pas modifiées, pour que la loi du silence devant tout accident ou incident ne soit plus la règle. Il est donc nécessaire que chaque service commence à faire de la gestion du risque. Le but étant d'identifier les causes évitables. **Dans une première phase-** les médecins, les soignants et les cadres se rejoignent pour parler de la sécurité des malades et ils font en sorte d'améliorer cette sécurité. **La deuxième phase-** lorsque les gens ont pris l'habitude de parler de ce qui se passe dans leur service, il faut leur suggérer de mettre en place des indicateurs. Enfin, **la troisième phase-** Il faut, à partir d'un recueil régulier des données, analyser pour voir si les dysfonctionnements constatés sont liés aux patients ou à l'organisation. Tout cela permet, de façon relativement neutre, sans mettre personne en cause, d'identifier le dysfonctionnement sur lequel il va falloir agir.

Mettre en place une coordination des vigilances réglementées, sous partie de la gestion des risques, permet avant tout d'avoir une vision globale des événements indésirables relevés par les vigilances réglementaires et d'en assurer le suivi efficace (22).

Conférer une dimension globale et centralisée à la démarche de gestion des risques de l'Hôpital de Beni Mellal.

L'engagement et le soutien de la direction avec un rôle d'impulsion du Directeur, l'adhésion des responsables de tous les secteurs d'activités (médicaux, paramédicaux et non soignants) et plus largement de l'ensemble des professionnels, assurent la pérennité de la démarche de gestion des risques.

Définir une méthodologie pour analyser les signalements des événements indésirables, évaluer leur degré de gravité, préparer des propositions d'actions correctrices.

S'approprier les méthodes et outils par les équipes est une des conditions de succès de l'implantation de la démarche de gestion des risques dans l'Hôpital. Aussi, il ne s'agit pas de se focaliser sur un seule méthode ou un seul outil mais de

combiner les approches a posteriori et a priori et de privilégier, dans un premier temps, les méthodes et outils simples déjà utilisés dans la démarche d'amélioration continue de la qualité (7).

Mettre en place des indicateurs de suivi et le tableau de bord, pour évaluer les actions mises en place. Une formation méthodologique est indispensable pour l'utilisation d'indicateurs.

Communiquer régulièrement à la fin de chaque trimestre, les résultats de suivi, les tableaux de bord afin de ne pas démobiliser les acteurs de terrain. Chaque centre d'activités doit recevoir les tableaux de bord sur la situation de l'ensemble de l'Hôpital.

Informatiser l'outil de recueil.

Consolider les effectifs destinés à la gestion des risques est également nécessaire, car une gestion des risques ne peut se passer des personnes spécialisées dans cette approche et qualifiées pour mettre en place des outils et une méthodologie.

Développer la communication, l'information et la formation en gestion des risques. La veille active nécessaire à la phase d'identification des risques peut être ressentie comme une surveillance (au mauvais sens du terme) par le personnel des établissements de soins. Les responsables de service peuvent y voir un jugement de leur activité et le signalement des événements indésirables être appréhendé comme de la délation. Tout ceci nécessite un éclaircissement précis sur les objectifs de la gestion des risques afin d'annihiler des sentiments de peur. La communication interne devra donc être une des premières actions de gestion des risques à mettre en place. De même, il faut mettre l'accent sur l'importance de la formation en gestion des risques. Des professionnels doivent être formés à cette matière qui requiert des compétences spécifiques. Des formations en gestion des risques sont proposées par l'Institut du management des risques de Bordeaux, par l'École Centrale de Paris, l'Université Dauphine et l'Université de Toulouse, en ce qui concerne la France. Cependant, la gestion des risques existe depuis longtemps aux États-Unis et des formations américaines reconnues internationalement sont disponibles. Il s'agit en particulier de la formation ARM

(Associated Risk Manager) qui reste la formation la plus spécifique en gestion des risques et qui semble être indispensable, selon les gestionnaires de risques en poste, à la pratique de la gestion des risques.

Des modules de gestion des risques approfondis sont nécessaires dans la formation initiale comme continue des cadres hospitaliers.

Faire venir des intervenants extérieurs, spécialistes et professionnels hospitaliers qui ont mis en place une gestion des risques pour promouvoir la démarche auprès de l'équipe de direction et de l'encadrement médical et soignant.

Réaliser une cartographie des risques propres à l'établissement et décider des actions prioritaires à mettre en place, en termes de prévention et de correction.

Créer un comité de vigilance des risques.

Engagement précis du Ministère de la Santé concernant la gestion des risques dans l'Hôpital. La Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires doit afficher clairement sa volonté de valoriser les Hôpitaux mettant en place des démarches qualité et risques.

## **CONCLUSION :**

La démarche de gestion du risque s'avère indispensable dans l'Hôpital, pour assurer la sécurité et la qualité des soins. C'est une démarche collective qui nécessite l'adhésion de tout le personnel. La gestion des risques à l'Hôpital passe nécessairement par la mise en œuvre d'un système de signalement des événements indésirables pour inventorier les risques à l'Hôpital.

Dans ce sens le projet d'intervention mis en œuvre a eu pour objectif d'élaborer et d'implanter une démarche de gestion des risques au niveau de l'Hôpital provincial de Beni Mellal. En parallèle, l'ensemble du personnel a bénéficié des activités de sensibilisation sur l'importance et les enjeux de la démarche.

Il ressort des résultats de cette démarche, la création d'une unité et la nomination d'un responsable de gestion des risques, la mise en place d'un processus de signalement centralisé de tous les événements indésirables à l'aide d'une fiche unique. Ces résultats positifs montrent que la stratégie d'implantation adoptée a donné ses fruits, à savoir, le travail d'équipe, la participation, la communication, la formation, le suivi et l'accompagnement. De plus, une évaluation est programmée par l'équipe de l'Hôpital en Octobre 2008. Cette évaluation apportera des informations sur la viabilité de l'intervention.

Outre l'implantation d'une démarche de gestion des risques à l'Hôpital Provincial de Beni Mellal, les avantages et effets positifs récoltés de l'intervention sont : le travail d'équipe, la gestion d'un projet de changement au sein de l'Hôpital et l'opportunité de rendre opérationnel les dispositifs des vigilances réglementés existant à l'Hôpital, à savoir l'hémovigilance, la pharmacovigilance et la matériovigilance.

Notre étude a montré que la réussite d'implantation de cette démarche doit être consolidée et appuyée par des actions nécessaires à la pérennité des avantages réalisés, tels que : i) engager la direction avec un soutien et un rôle d'impulsion du Directeur, ii) conférer à la démarche une dimension institutionnelle, par l'implication des instances de l'établissement et l'inscription de la démarche dans le projet d'établissement de l'Hôpital, iii) mobiliser le personnel de l'Hôpital pour

adhérer à la démarche par la sensibilisation, la communication, la formation, le développement des compétences des professionnels et l'utilisation de méthodes et outils validés, iv) impliquer le personnel médical, v) exploiter les fiches de signalement des événements indésirables et construire les tableaux de bord avec rétro information systématique à l'ensemble du personnel , vi) mesurer, suivre et accompagner le processus notamment pour sensibiliser les utilisateurs aux avantages du changement, de continuer la communication et d'atténuer les réticences au changement.

## REFERENCES

### OUVRAGES :

1. Agence National d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *Principes méthodologiques pour la gestion des risques en établissement de santé*, Paris, conseil scientifique de l'ANAES, Janvier 2003. [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr).
2. BARTHELEMY, Bernard. et Philippe COURREGES. *Gestion des risques*, les éditions d'organisation, 2004. 471 pages.
3. DERENNE, Odile. et François, PONCHON. *L'usager et le monde hospitalier, 50 fiches pour comprendre*, 3<sup>ème</sup> éditions, éditions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2005. 216 pages.
4. *La coordination des vigilances à l'Hôpital*. Coordination Professeur Dominique Grimaud. Préface de Bernard Kouchner, Conférences des présidents de CME et des directeurs généraux de CHU, séminaire des 19 et 20 Janvier 2001 Nice, éditions de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2001. 101 p.
5. *LICENCE for AS / NZS 4360 : 2004 Risk management*, licensee : IRCA PTY LTD, 8 octobre 2004.
6. *Programme de gestion des risques. Guide d'élaboration et de gestion dans les services*, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Direction de la Qualité, Mars 1993,
7. *Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé*, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. Sous direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé, Mars 2004. 127 p.
8. RAYMOND, Jean-Louis. et Nicole JEZEQUEL. *Risques et vigilances sanitaires, Organisation et coordination dans les établissements de santé*, les études hospitalières, éd, 2002, 327 pages.

## ARTICLES :

9. ANDRAUD, Evelyne et al. "Gestion des risques : l'hôpital résiste en 5 dimensions", *Techniques hospitalières*, 2004/01-02, n° 683, p. 39-43.
10. ANHOURY, Pierre et Bertrand, SCHNEIDER. "Mettre en place une politique globale de gestion des risques hospitaliers. De l'approche fragmentaire au tableau de bord du directeur général", *gestions hospitalières*, 2003/01, n° 422, p. 31-37.
11. ANNE Castot. "La pharmacovigilance", QUALIBIO 2000 : 5<sup>ème</sup> Assise Nationale, *Techniques hospitalières*, n° 652, décembre 2000.
12. CAVALIER, Monique et al. "L'information au service du projet de gestion des risques", *Techniques hospitalières*, 2004/07-08, n° 686, p. 69-74.
13. CHRISTIAN, Sicot. "De la difficultés de création d'une cellule de gestion de risques dans un centre hospitalier", *gestions hospitalières*, 2003/01, n° 422, p. 71-72.
14. DAB, William et al. "Les enjeux de santé publique de la gestion des risques et des crises", *gestions hospitalières*, 2004/10, n° 439, p. 612-614.
15. DARMON Marie-José et Jean-François, QUARANTA. "Vigilance des soins et gestion des risques : un enjeu pour un établissement de santé. La hiérarchisation des risques, une aide à la décision", *gestions hospitalières*, 2004/01, 2003/10/16-17, n° 432, p. 59-61,
16. DEFORGES, Jean Claude. "Management de la gestion des risques", Assistance publique Hôpitaux de Marseille, *Revue hospitalière de France*, 2007/9/10, n° 518, p. 21-23,
17. DUMAY, Marie-Françoise. "Gestion des risques techniques et de soins, la déclaration d'événement indésirables : un outil de management de la qualité et des risques", *Techniques hospitalières*, n° 653, janvier- février 2001. Page, 39-40.

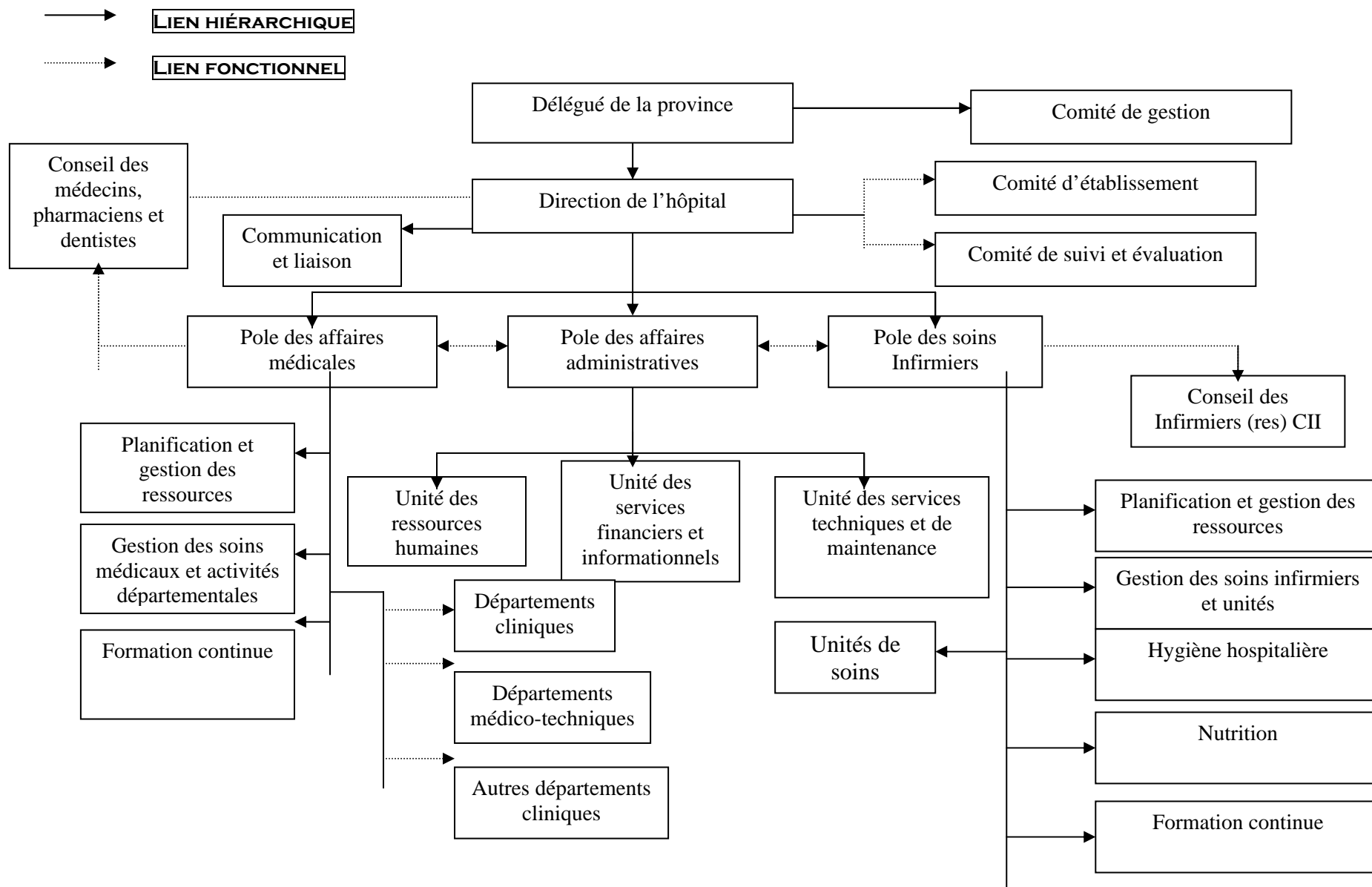
18. EVELYNE, Andraud et al. "Gestion des risques : l'hôpital résiste en 5 dimensions", *Techniques hospitalières*, n° 683, janvier- février 2004. Page, 39-43.
19. EYTAN, Ellenberg et al. "Gestion des risques", *gestions hospitalières*, 2004/01, n° 432, p. 25-52,
20. EYTAN, Ellenberg (AP-HP). "Le management des risques à l'hôpital, une approche organisationnelle", *gestions hospitalières*, 2004/01, n° 432, p. 25-28.
21. FARGE BROYART et Anne et Claude, ROLLAND. "Politique nationale de gestion des risques en établissement de santé", *gestions hospitalières*, 2004/11, n° 440, p. 711-714.
22. FRANK Soury et al. "Gestion des risques : une fonction nouvelle à l'hôpital", *gestions hospitalières*, 2002 / 11. n° 671, p. 45-48
23. GERARD Janvier et Fialon, PIERRE. "La gestion des risques à l'hôpital", *Techniques hospitalières*, n° 652, décembre 2000, p. 45-48.
24. GOGUET, Michel, 2001, "La gestion des risques à l'hôpital : une nécessité", [http://www.anasys.org/article.php3?id\\_article=15](http://www.anasys.org/article.php3?id_article=15)
25. JANVIER Gérard, BERTRAND BARAT, Josseline et Pierre FIALON. "La gestion des risques à l'hôpital", *Techniques hospitalières*, 2002/11, n° 671, p. 45-48
26. JARSALE, Audren et Decobeck, LEWEURS., "Mise en oeuvre des méthodes de sûreté de fonctionnement et de maîtrise des risques : l'hôpital de Tourcoing", *gestions hospitalières*, 2001/01, n° 402, p. 50-56.
27. JUDITH, A. et Napier, "les réactions américaines au développement du contentieux de la négligence médicale", *Revue Hospitalière de France*, novembre - décembre 1997, n 6, p. 866.

- 28.**LAYADI, Virginie. “L'aide au développement de la gestion de la qualité et des risques. Un exemple de structure inter hospitalière en Creuse”, *gestions hospitalières*, 2002/11, n° 420, p. 715-721.
- 29.**MICHELLE Dionne. “Le système québécois d’assurance des hôpitaux autour de la gestion des risques”, *Revue Hospitalière de France*, novembre - décembre 1997, n 6, p. 869
- 30.**MONIQUE Cavalier et al. “L’information au service du projet de gestion des risques”, *Techniques hospitalières*, n° 686, Juillet-août 2004, Page 69-74.
- 31.**MOUNIC, Vincent. “ La gestion des risques dans la deuxième procédure d'accréditation”, *gestions hospitalières*, 2005/05, n° 446, p. 325-327.
- 32.**PATRICK Toubon. “La gestion des risques dans les établissements de santé”, QUALIBIO 2000 : 5<sup>ème</sup> Assise Nationale, *Techniques hospitalières*, n° 652, décembre 2000.
- 33.**QUENON. J-L et R. GAUTIER. “Maîtrise des risques et vigilances. Du risque à la gestion des risques”, QUALIBIO 2000 : 5<sup>ème</sup> Assise Nationale, *Techniques hospitalières*, n° 652, décembre 2000.
- 34.**SOURY, Franck, CARIA, Aude et Christian, RYBAK. “Gestion des risques : une fonction nouvelle à l'hôpital”, *gestions hospitalières*, 2001/11, n° 410, p. 722-726.

## **LISTE DES ANNEXES**

- Annexe I** : Organigramme d'étape de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal.
- Annexe II** : Questionnaire destiné au Directeur de l'Hôpital
- Annexe III** : Lettre de nomination pour l'équipe de projet
- Annexe IV** : La fiche de signalement d'un événement indésirable
- Annexe V** : Procès verbal de la réunion de validation
- Annexe VI** : Procédure de gestion et de suivi des événements indésirables
- Annexe VII** : Note d'information par le Directeur à l'ensemble du personnel de l'Hôpital Provincial
- Annexe VIII** : Proposition de tableaux de bord expérimental mis au point par l'équipe de travail
- Annexe IX** : Plan de communication

### Annexe I : L'organigramme d'étape de l'Hôpital Provincial de Beni Mellal



## **Annexe II : QUESTIONS AU DIRECTEUR DE L'HOPITAL<sup>1</sup>**

### **Politique globale de gestion des risques**

Avez-vous, dans votre hôpital, un plan global et coordonné de gestion des risques, qui couvre les soins, la logistique, les bâtiments, les ressources humaines ?

Quels en sont les liens ?

Ce programme global s'exprime-t-il à travers un tableau de bord ?

### **Gestion des risques en rapport avec la délivrance des soins**

Votre approche de la gestion des risques liés aux activités de soins est-elle limitée aux risques réglementés (infections nosocomiales, pharmacovigilance, hémovigilance, radioprotection, médecine du travail) ou est-elle élargie aux risques rencontrés dans toutes les composantes du soin et de la relation au malade (erreurs au décours du diagnostic ou du traitement, erreurs dans un soin infirmier, refus de traitement, sorties contre avis médical, chutes des patients...) ?

### **Un responsable de la gestion des risques**

Avez-vous nommé ou clairement identifié la personne responsable de votre programme de gestion des risques ?

Quels sont sa formation et son profil ?

Cette personne s'appuie-t-elle sur un comité qui réunit les différents responsables des risques réglementés ?

Quels en sont les membres ?

### **Gestion des réclamations**

Combien de réclamations recevez-vous par an ?

Avez-vous une approche organisée de la gestion des réclamations ?

La gestion des réclamations renvoie-t-elle à une procédure de conciliation, de médiation entre les patients ou les familles mécontents et le personnel de l'hôpital ?

### **La formation à la gestion des risques**

---

<sup>1</sup> Pierre ANHOURY, Bertrand SHEINDER, mettre en place une politique globale de gestion des risques hospitaliers, de l'approche fragmentaire au tableau de bord du directeur général. Gestions hospitalières, Janvier 2003, page 31-37.

Avez-vous envoyé des membres de votre personnel à des stages de formation à la gestion des risques ?

Si oui, disposez-vous d'une personne formée dans chaque département médical ?

Les médecins sont-ils impliqués dans ces programmes de formation ?

### **Les sources d'information sur la gestion des risques**

Disposez-vous d'un système rendant compte d'événements ou d'incidents ?

Ce système de signalement est-il manuel (papier) ou informatisé ?

Ce système est-il centré sur une famille de risques, par exemple la délivrance de soins, ou est-il plus large ?

Précisez les catégories de risques couvertes par le système de signalement diffusé dans les services ?

Quelles sont les autres sources de renseignement sur les risques encourus (audits spécifiques, enquêtes ponctuelles, statistiques...) ?

### **Vos initiatives pour gérer les risques**

Décrivez les initiatives que vous avez prises dans votre hôpital concernant la gestion des risques :

- ✓ des soins de santé, les procédures de soins, le contrôle des infections, la pharmacie, le circuit du médicament, la formation continue des médecins et des infirmières, la radioprotection, l'hémovigilance, la matériovigilance...;
- ✓ des procédures en cas d'incendie (sécurité, procédures d'évacuation...);
- ✓ du contrôle des équipements et de la maintenance des appareils médicaux (préventifs et curatifs);
- ✓ de la gestion financière (contrôle du budget, pertes, recouvrement des créances,...);
- ✓ des ressources humaines (arrivées, départs, références, incidents ou accidents professionnels);
- ✓ dans le domaine des catastrophes (quand un accident important survient dans l'environnement de l'hôpital);
- ✓ dans tout autre domaine (précisez)

### **Annexe III**

**MINISTERE DE LA SANTE**

**Béni Mellal, le :**

**Centre Hospitalier Provincial**

**Béni Mellal**

**Le directeur du Centre Hospitalier  
Provincial de Béni Mellal**

**A**

**M. (Mme) :**

**Objet :** Désignation de l'équipe du projet : « gestion des risques à l'hôpital ».

Dans le cadre de la mise en place d'une démarche de gestion des risques à l'hôpital régional de Béni Mellal, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance—que vous êtes désigné membre de l'équipe du projet su mentionné.

L'équipe a pour mission de :

- identifier les moyens et procédures pour la mise en place d'une structure et d'une organisation d'analyse systématique des vulnérabilités, dans l'optique de prévenir et de réduire les risques dans l'hôpital
- finaliser et valider la fiche de déclaration d'incident par l'équipe de projet

Je compte sur votre engagement et votre participation active pour la réussite de ce projet.

Signé : Le directeur du CHP

## Annexe IV

<b>Centre Hospitalier Provincial de Beni Mellal</b>	<b>Fiche de signalement d'un événement indésirable</b> A remplir par le témoin de l'événement A déposer dans la boîte aux lettres de « la cellule qualité/gestion des risques »	<b>Date d'application Le:</b>
---	---	---------------------------------------

Signalement d'un  incident  risque d'incident  
 Événement déjà survenu à votre connaissance :  Oui  non  je ne sais pas

PERSONNE DECLARANTE <sup>1</sup> (facultative)		
Nom :	service/ unité :	Téléphone :
Prénom :	fonction :	
Votre responsable a été informé <sup>2</sup> le : ___/___/___		
DATE / HEURE / LIEU DE SURVENUE DE L'EVENEMENT <sup>3</sup>		
Date : ___/___/___	<input type="checkbox"/> je ne sais pas	Heure (environ) : ___/___ lieu :
Présence d'un témoin :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> je ne sais pas
EVENEMENT CONCERNE <sup>4</sup>		
<input type="checkbox"/> Un membre du personnel	<input type="checkbox"/> Un patient	<input type="checkbox"/> Un membre extérieure à l'hôpital
Nom / Prénom:		unité/service :
<input type="checkbox"/> Un domaine médical <sup>5</sup>		
<input type="checkbox"/> Un domaine logistique <sup>6</sup>		

CIRCONSTANCES ET DESCRIPTION DES FAITS <sup>7</sup>	DESCRIPTION DES CONSEQUENCES IMMEDIATES & MESURES PRISES IMMEDIATEMENT <sup>8</sup> :
	Concernant les <u>VIGILANCES</u> informer immédiatement le correspondant
	SELON VOUS, ACTIONS CORRECTIVES A METTRE EN ŒUVRE :

L'événement est lié à (Sélectionner la (ou les) case(s) qui décrit (vent) le mieux la situation)<sup>7</sup>

Vigilances sanitaires			
<b>Hémovigilance</b> <input type="checkbox"/> Accident d'exposition au sang (AES) <input type="checkbox"/> incident transfusionnel <input type="checkbox"/> autres	<b>Pharmacovigilance</b> <input type="checkbox"/> effet indésirable d'un médicament <input type="checkbox"/> défaut de qualité du dispositif médical stérile <input type="checkbox"/> défaut d'approvisionnement <input type="checkbox"/> défaut de sécurisation de stockage ou de conservation d'un médicament ou d'un dispositif stérile <input type="checkbox"/> erreur d'administration d'un médicament <input type="checkbox"/> erreur de prescription d'un médicament <input type="checkbox"/> autres	<b>Matérovigilance</b> <input type="checkbox"/> dispositif médical défaillant <input type="checkbox"/> dispositif médical non disponible, incomplet ou inadapté <input type="checkbox"/> autres	<b>Risque infectieux ou infection nosocomiale</b> Infection nosocomiale, critères de signalement : <input type="checkbox"/> suspicion d'épidémie <input type="checkbox"/> infection liée à l'environnement <input type="checkbox"/> infection liée au matériel <input type="checkbox"/> infection liée à l'hygiène <input type="checkbox"/> non déclaration d'un patient contagieux <input type="checkbox"/> non isolement d'un patient infecté
Autres événements indésirables			
<b>Logistiques</b> <input type="checkbox"/> défaut d'approvisionnement (matériel, médicament, linge...) <input type="checkbox"/> entretien des locaux <input type="checkbox"/> linge <input type="checkbox"/> problème lié au transport des personnes <input type="checkbox"/> problème lié aux transferts sanitaires <input type="checkbox"/> courrier, circuit des documents <input type="checkbox"/> problème lié au repas/ restauration <input type="checkbox"/> matériel non médical défectueux ou inadapté <input type="checkbox"/> dysfonctionnement des moyens de communications <input type="checkbox"/> autres	<b>Sécurité des personnes et biens</b> <input type="checkbox"/> chute <input type="checkbox"/> piqûre <input type="checkbox"/> coupure <input type="checkbox"/> brûlure <input type="checkbox"/> blessure <input type="checkbox"/> morsure <input type="checkbox"/> projections liquides biologiques (caustiques / radioactifs) <input type="checkbox"/> contact liquide biologique <input type="checkbox"/> fugue / patient égaré <input type="checkbox"/> vol / disparition d'objet <input type="checkbox"/> conflit <input type="checkbox"/> réclamation <input type="checkbox"/> violence verbale / menace <input type="checkbox"/> manque d'information au patient <input type="checkbox"/> défaut de transmission <input type="checkbox"/> respect de l'intimité <input type="checkbox"/> agression physique ou sexuelle <input type="checkbox"/> maltraitance <input type="checkbox"/> tentative de suicide/suicide <input type="checkbox"/> dégradation de matériel / locaux <input type="checkbox"/> sortie contre avis médical <input type="checkbox"/> autres	<b>Services techniques</b> <input type="checkbox"/> électricité <input type="checkbox"/> eau (fuite d'eau ou canalisation) <input type="checkbox"/> étanchéité <input type="checkbox"/> gaz (hors gaz médicaux) <input type="checkbox"/> maintenance préventive <input type="checkbox"/> maintenance curative <input type="checkbox"/> déchets (erreur dans le tri...) <input type="checkbox"/> chauffage/climatisation/ventilation <input type="checkbox"/> inondation <input type="checkbox"/> détérioration équipement non médical <input type="checkbox"/> non respect des consignes de sécurité par une entreprise extérieure <input type="checkbox"/> non disponibilité du personnel technique	<b>Procédures diagnostiques et thérapeutiques</b> <input type="checkbox"/> retard dans la prise en charge d'un patient <input type="checkbox"/> non réalisation d'un soin <input type="checkbox"/> retard dans la réalisation d'un soin <input type="checkbox"/> report imprévu (examen, traitement) <input type="checkbox"/> oubli d'un test, d'un examen ou d'une préparation <input type="checkbox"/> bon de demande d'examen absent ou incomplètement renseigné <input type="checkbox"/> étiquetage incorrect <input type="checkbox"/> volume insuffisant d'un prélèvement <input type="checkbox"/> retard dans la transmission des résultats <input type="checkbox"/> prélèvement non réalisé <input type="checkbox"/> anomalie d'acheminement <input type="checkbox"/> non-conformité de la demande d'examen RX <input type="checkbox"/> Absence de renseignement <input type="checkbox"/> non respect d'un protocole de soins <input type="checkbox"/> erreur d'interprétation (dosage, examen...)
<b>Sécurité</b> <input type="checkbox"/> électrique <input type="checkbox"/> ascenseurs <input type="checkbox"/> incendie <input type="checkbox"/> inondation <input type="checkbox"/> risque sur la voie publique <input type="checkbox"/> fluides médicaux <input type="checkbox"/> malveillance <input type="checkbox"/> autres :		<b>Système d'information</b> <input type="checkbox"/> erreur d'identité du patient <input type="checkbox"/> dossier patient introuvable <input type="checkbox"/> absence ou perte d'éléments du dossier <input type="checkbox"/> observations insuffisantes ou manquantes <input type="checkbox"/> transmission incomplète du dossier entre services <input type="checkbox"/> problème d'accès aux données du patient <input type="checkbox"/> erreur d'orientation des patients à l'entrée <input type="checkbox"/> problème informatique	<b>radioprotection</b> <input type="checkbox"/> défaut d'application des mesures de protection <input type="checkbox"/> défaut de stockage ou d'élimination de matière radioactive <input type="checkbox"/> perte d'une source radioactive

<b>Accusé de réception (ne rien remplir : partie réservée au responsable qualité/gestion des risques)</b>			
Votre signalement d'un événement indésirable a été reçu le :		et a été analysé le :	
Copie de la fiche transmise à / le :		analysée par la cellule opérationnelle de la GDR le :	
<b>Conséquence du signalement :</b>			
<input type="checkbox"/> rédaction et diffusion d'une procédure/ protocole/ d'un document	<input type="checkbox"/> intervention auprès des équipes	<input type="checkbox"/> déclaration des vigilances sanitaires	<input type="checkbox"/> aucune action possible dans l'immédiat
<input type="checkbox"/> réorganisation		<input type="checkbox"/> création d'un groupe de travail	<input type="checkbox"/> autres :
<b>Réponse apportée au déclarant le :</b>			

## Utilisation de la fiche

### Qu'est ce qu'un évènement indésirable ?

Un accident, incident, risque d'incident ou dysfonctionnement qui survient au Centre Hospitalier et qui révèle un défaut dans l'organisation ou dans le fonctionnement, entraînant ou non des conséquences dommageables pour les patients/résidents, visiteurs, personnels ou pour les biens du Centre Hospitalier.

### Pourquoi renseigner cette fiche de signalement des évènements indésirables ?

Le recueil de ces fiches permet d'identifier, d'analyser et de traiter les risques liés à notre activité afin de les réduire au maximum. Le responsable qualité /gestion des risques en assure le recueil, le suivi et le traitement, qui sont analysées par la Cellule opérationnelle de gestion des risques pour déterminer les actions d'amélioration à mettre en place.

**Pour les vigilances sanitaires :** pour tout incident ou risque d'accident grave concernant les vigilances, la procédure est inchangée. Le correspondant doit impérativement être prévenu par téléphone : **Hémovigilance** - Mme X poste ou biologiste de garde, **Pharmacovigilance** - M. X poste ou Mme X, **Matéiovigilance** - Mme X poste ou M. X, **Infectiovigilance (infection nosocomiale et risque infectieux)** - M. X poste ou biologiste de garde.

### MODE D'EMPLOI :

#### <sup>1</sup>PERSONNE DECLARANTE :

**Tout le personnel de jour comme de nuit quelque soit sa catégorie professionnel peut et doit signaler un évènement indésirable.**

Tout personnel témoin ou acteur d'un incident ou d'un risque d'incident doit s'identifier afin de pouvoir être joint pour des renseignements complémentaires. Le déclarant ne fait l'objet d'aucune sanction du fait du signalement ([ceci a fait l'objet d'un engagement de la direction de l'hôpital afin d'augmenter l'adhésion du personnel au projet](#)) ; la fiche est anonymisée par le responsable qualité / gestion des risques avant analyse.

#### <sup>2</sup>VOTRE RESPONSABLE A ETE INFORME LE :

Pour la bonne marche du service, votre responsable doit être informé de l'incident survenu.

#### <sup>3</sup>DATE/ HEURE / LIEU DE L'EVENEMENT :

Ces indications doivent être aussi précises que possible (pour l'heure, une fourchette peut être proposée). Le lieu à indiquer est celui où l'incident a eu lieu. Si une ou plusieurs personnes étaient présentes au moment de l'incident, leurs identités peuvent être utile à l'analyse de l'évènement signalé.

#### <sup>4</sup>L'EVENEMENT CONCERNE :

Cette rubrique permet d'identifier rapidement la personne (« victime ») concernée par l'évènement indésirable. S'il s'agit d'un patient, son étiquette d'identification peut être collée. Tout matériel ou médicament faisant l'objet d'un incident doit être conservé pour pouvoir être renvoyé au fournisseur.

<sup>5</sup>**DOMAINES MEDICAUX :** (vigilances réglementaires, domaine nosocomial, domaine des actes thérapeutiques, domaine des actes diagnostiques, domaine de l'information du patient...)

<sup>6</sup>**DOMAINES LOGISTIQUES :** (domaine technique, domaine de l'informatique, domaine de la vie hospitalière, domaine des transports, domaine des actes de malveillance)

#### <sup>7</sup>CIRCONSTANCES ET DESCRIPTION DES FAITS :

Ce cadre permet de décrire de façon précise et objective l'évènement signalé. Cette description doit se limiter aux faits constatés.

**Selon les cas, joindre les déclarations spécifiques, en les agrafant à la fiche de signalement.**

#### <sup>8</sup>DESCRIPTION DES CONSEQUENCES IMMEDIATES & MESURES PRISES IMMEDIATEMENT :

Ce cadre permet d'identifier les conséquences de l'évènement indésirable, telles que vous pouvez les constater immédiatement après la survenue de l'incident. Elle permet également de décrire les moyens que vous avez mis en oeuvre pour palier cet incident.

#### <sup>7</sup>L'EVENEMENT EST LIÉ A (SELECTIONNER LA (OU LES) CASE(S) QUI DECRIT (VENT) LE MIEUX LA SITUATION)

## **Annexe V**

**MINISTERE DE LA SANTE**

**Béni Mellal, le :**

**Délégation médicale de Beni Mellal**

**Centre Hospitalier Provincial**

**Béni Mellal**

### **Le Directeur du Centre Hospitalier Provincial de Béni Mellal**

**A**

**M. (Mme) :**

**Objet** : Réunion de l'équipe du projet : « gestion des risques à l'hôpital ».

Dans le cadre de la mise en place d'une démarche de gestion des risques à l'hôpital provincial de Béni Mellal, permettez moi de vous inviter à la réunion qui se tiendra le jeudi 17 / 04 / 2008 à 10 h 30 mn à la salle de réunion de la délégation.

Ordre du jour :

- valider la fiche de déclaration d'incident par l'équipe de projet
- discuter sur les modalités d'implantation de cet outil.

Signé : Le directeur du CHP

## **ANNEXE V**

### **P.V. DE REUNION**

**Date** : 17/04/2008 à 10h 30mn

**Lieu de réunion:** Salle de réunion de la délégation médicale.

#### **Présents à la réunion :**

- Le Directeur de CHR
- Le responsable du projet
- Le Chef du pole des Affaires Médicales
- Le représentant du pole SI
- Le Chef de l'Unité des Ressources Humaines
- Les responsables de la qualité et de la communication
- Les médecins chefs des services de laboratoire, des soins intensifs et du centre de transfusion
- Les infirmiers chefs de tous les services du C.H.P.  
Voir liste de présence ci-joint

#### **Ordre du jour :**

Validation de la fiche de déclaration d'incident par l'équipe du projet.  
Discussion des modalités d'implantation de cette fiche.

#### **Déroulement de la réunion:**

Après le mot de bienvenue , Monsieur le Directeur du CHR a expliqué l'objet de la réunion et l'ordre du jour ainsi que la pertinence du projet.

Mr le responsable du projet Dr CHAFIQ a exposé le projet de l'étude "gestion des risques"

Après étude exhaustive et discussion, la fiche de signalement d'un événement est validée après avoir subie certaines modifications par la présence.

Ensuite la discussion est ouverte sur les modalités de son implantation

#### **Décisions prises :**

- La fiche est validée après modification
- La procédure d'implantation doit être élaborée;
- Elaboration d'un plan de communication.



Dr. BERRAHAL MAHMOUD



**ANNEXE V**

Réunion de l'équipe du projet : « Gestion des risques à l'hôpital »

Béni Mellal, le 17 avril 2008

Feuille de présence

Nom et Prénom	Fonction	Service	Emarpement
KHARROUCHI Yassin	Inf chef	HEMOMANALYSE	
BANAROU HANOU		Centre de diagnostic	
ADIDI Noureddine	chef de l'unité de l'hygiène	Hygiène hospitalière	
AZZAMI ABBAS	Enfermeur chef	PHAT	
SERIOU Ahmed	I. M	B. O. C	
ELGARNOUJIBOUIN Inf. ch		ORL	
NAEMT Nour	Responsable	Unité de consultation	
KORRI Ghislain	chef de service	CHP	
JAMMI Kellou	Inf. chef	Pediatrie	
D <sup>r</sup> Guedda - A	pediatre chef	Pediatrie en ambulatoire	
CHARIF ELHAMMAM Inf. chef		N <sup>o</sup> du jour	
AZZAN	SS gestion des soins	SSI	
D <sup>r</sup> ELISSAGA	nc/urg SAM	urg	
DR FADILIZ	Medecin CHORP	CHORP	
D <sup>r</sup> SAHAROUZ	Diabétologue	SSI	
D <sup>r</sup> Jectine	Inf. chef	flit	
MAHMOUD	Biogén. médicale		
FARID M <sup>o</sup>	chef URH	URH CHP	
ALIBET Jafar	CHORP		

FACI...



## Annexe VI

Centre  
Hospitalier  
Provincial de  
Beni Mellal

<b>Qualité, Gestion des Risques et Sécurité</b>		<i>Procédure n° QUA 1</i>
<i>Responsable : Brahim OUASSIT</i>	<i>Approbateur : Mahmoud BERRAHAL</i>	<i>Version : 1</i> <i>Mise à jour :</i> <i>Date de création 25 /04 /2008</i>
<i>Fonction : Gestionnaire de risques Unité Qualité, Gestion des Risques et Sécurité</i>	<i>Fonction : Directeur du Centre hospitalier provincial de Beni Mellal</i>	
<i>Signature</i>	<i>Signature</i>	<i>Liste de diffusion :</i> <i>Tout le personnel</i>
<b>PROCEDURE DE GESTION ET DE SUIVI DES EVENEMENTS INDESIRABLES</b>		

### 1- Objet et domaine d'application

Le signalement des événements indésirables concerne :

- La sécurité des patients, des visiteurs et du personnel ;
- La qualité des soins ;
- La prévention des plaintes et du contentieux.

Le signalement protège les patients et l'institution et permet la mise en œuvre d'une démarche de prévention des risques.

Le signalement ne doit pas être confondu avec :

- Un moyen de délation ;
- Un moyen de contrôle ou de sanction.

Cette procédure s'applique à tous les incidents, risques d'incidents ou accidents qui surviennent à l'hôpital, qu'ils concernent les patients et leur entourage, les personnels, les visiteurs, la vie hospitalière ou la sécurité des biens.

### 2- Responsabilités

La responsabilité de la politique de gestion des risques est placée sous l'autorité du Directeur de l'établissement.

L'unité de la Qualité, de la Gestion des Risques et de la Sécurité assure l'organisation et la mise en place de cette politique et propose la démarche de prévention des risques.

Le gestionnaire de risques assure le recueil, le suivi et le traitement des fiches d'événements indésirables qui sont analysées par une cellule pluridisciplinaire.

Chaque personne de l'établissement signale à l'aide de la fiche d'événements indésirables tout incident, risque d'incident ou accident dont il est témoin et qui révèle un défaut dans l'organisation ou le fonctionnement de l'hôpital, qu'il ait eu des conséquences dommageables ou pas.

## PROCEDURE DE GESTION ET DE SUIVI DES EVENEMENTS INDESIRABLES

### 3- documents de référence

Manuel d'accréditation des établissements hospitaliers au Maroc :  
Santé et sécurité au travail,  
Sécurité générale,  
Système de Management et de Garantie de la Qualité.

### 4- Définitions

**Gestion des risques :** Processus organisé permettant d'identifier, d'analyser et de maîtriser les dysfonctionnements qui ont causé ou auraient pu causer des dommages aux patients, visiteurs, personnel, à leurs biens ou à ceux de l'établissement.

**Evénements indésirables :** Accident, incident ou dysfonctionnement dont les conséquences sont ou auraient pu être dommageables, qui révèle un état de risque, d'insécurité ou de non-qualité, pour les patients, les professionnels ou les visiteurs, les biens.

**Risque :** Probabilité de survenue d'un problème défini, dans un contexte spécifié.

### 5- Contenu

#### 5-1 Documents nécessaires

Le signalement doit être effectué sur la fiche d'événements indésirables. Cette fiche est disponible dans tous les services.

Il est également possible de se la procurer auprès du gestionnaire de risques.

#### 5-2 Suivi et traitement des fiches

L'unité de la Qualité, de la Gestion des Risques et de la Sécurité réceptionne et enregistre les fiches qui lui sont transmises, elle les communique aux personnes concernées en fonction des responsabilités (gestionnaire de risques, référents qualité ou responsable de service). et travaille en concertation avec eux sur les réponses à apporter. Un double de la fiche d'événements indésirables est transmis au chef du service concerné par l'incident.

La cellule de gestion des risques analyse périodiquement les fiches reçues.

L'unité de la Qualité, de la Gestion des Risques et de la Sécurité effectue un retour d'informations périodique et une exploitation statistique de ces fiches.

## PROCEDURE DE GESTION ET DE SUIVI DES EVENEMENTS INDESIRABLES

Elle distingue :

- Les événements pouvant mener à des contentieux qui sont transmis au chef du pôle des affaires administratives et économiques pour traitement.
- Les autres événements qui sont traités avec les responsables concernés :
  - Liés à des questions de sécurité ;
  - Evénements récurrents et non solutionnés ;
  - Ayant déjà donné lieu à des actions correctives.

### 5-3 Confidentialité

L'unité de la Qualité, de la Gestion des Risques et de la Sécurité assure une totale confidentialité aux personnes déclarantes ou mentionnées dans ces fiches.

### 5-4 Programme d'actions préventives et correctives

A partir de l'analyse des événements signalés, l'équipe de direction propose et priorise des actions permettant de corriger les dysfonctionnements et de prévenir la réalisation du risque.

## 6- Transmission de la fiche d'évènements indésirables

La fiche de signalement des événements indésirables doit être transmise dans les plus brefs délais afin que les actions permettant de corriger l'événement décrit soient mises en œuvre rapidement.

Moyen de transmission :

- Une boîte aux lettres intitulée « gestion des risques » est située au niveau de l'entrée de la direction de l'hôpital.
- Par courrier interne (destinataire : Gestion des Risques, unité de la Qualité, de la Gestion des Risques et de la Sécurité).

Il est recommandé de déposer la fiche dans la boîte aux lettres « gestion des risques » pour une raison de rapidité.

## PROCEDURE DE GESTION ET DE SUIVI DES EVENEMENTS INDESIRABLES

### 7- Déclaration au correspondant vigilance

Dans le cas où l'événement est lié à une vigilance, en plus de la déclaration sur la fiche de signalement des événements indésirables. La procédure reste inchangée : le correspondant local de la vigilance concernée est informé au moyen des fiches spécifiques, éventuellement par téléphone s'il s'agit d'un problème grave ou nécessitant une intervention rapide du correspondant vigilance.

Les coordonnées des correspondants des différentes vigilances sont les suivantes :

VIGILANCE	TEL	CODE	E-MAIL	FAX
HEMOVIGILANCE				
PHARMAOVIGILANCE				
MATERIOVIGILANCE				
INFECTIOVIGILANCE				

### 8- Evaluation

Le responsable de la cellule qualité devrait présenter un bilan annuel sur les incidents déclarés par catégorie et les mesures prises.

L'exploitation statistique des fiches permet un suivi et une analyse :

- De l'évolution du nombre d'événements signalés ;
- Des causes à l'origine des événements observés ;
- Du nombre et du type de signalements par rapport aux autres données disponibles (questionnaires de sortie, plaintes, enquêtes de satisfaction).



## ANNEXE VII

Béni-Mellal, le 21/05/2008

0664  
28 MAI 2008

### NOTE D'INFORMATION

Dans le cadre d'amélioration de la qualité des soins et services, j'ai le plaisir d'informer tout le personnel de l'hôpital que nous allons instaurer une démarche « gestion des risques » au niveau des différents services hospitaliers. Cette démarche consiste à la déclaration de tous les événements indésirables selon la fiche modèle ci jointe et qui est disponible chez les infirmiers chefs des services. Une fois la fiche de déclaration remplie, elle sera adressée à Mr. OUASSIT Brahim, responsable de la cellule qualité. Un procédurier vous sera adressé pour mieux expliciter la fiche.

Ministère de la Santé  
Le Médecin  
Directeur  
Centre Hospitalier Régional  
Signé :  
CARREZ MAMMOUD  
Le Directeur du Centre Hospitalier  
Régional de Beni Mellal

#### Ampliations :

- Mr le Délégué du Ministère de la Santé à la Province de Beni Mellal pour information
- Les membres de l'équipe de Direction
- Diffusion générale
- Affichage
- Archive



### Annexe VIII

#### EXEMPLE DE TABLEAU DE BORD EXPERIMENTAL MIS AU POINT PAR L'EQUIPE DE TRAVAIL

<b>Événement indésirable</b>	<b>Gravité</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Criticité</b>
<b>chute</b>			
<b>Panne d'ascenseur</b>			
<b>Coupure téléphonique</b>			
.....			



• **Annexe IX : PLAN DE COMMUNICATION**

**PROJET** : GESTION DES RISQUES À L'HÔPITAL  
BÉNI MELLAL

**RESPONSABLE** : Dr Khalid CHAFIQ participant à l'INAS  
Dr BERRAHAL, Directeur de l'Hôpital,

**OBJECTIF GÉNÉRAL** : Contribuer au renforcement de la sécurité des personnes et des biens au sein de l'hôpital par la mise en place d'une démarche systématique de prévention et de réduction des risques.

CLIENTÈLE CIBLE	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIVITÉS DE COMMUNICATION / MOYENS	RESSOURCES ET ESTIMATION DES COÛTS	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS	ÉCHÉANCIER	MÉCANISMES D'ÉVALUATION
Équipe de direction	<p>Expliciter la démarche de gestion des risques à l'hôpital</p> <p>Connaître le plan opérationnel de mise en œuvre incluant les étapes, les processus de la démarche de gestion des risques et les échéanciers</p> <p>Amener la collaboration active dans la réalisation des activités de l'organisation du signalement des événements indésirables</p>	Présentation au comité de direction		M. Berrahal, directeur M. CHAFIQ, INAS	Le 02 / 04 / 2008	Les chefs de services ont pris connaissance de la démarche et adhèrent au plan

• **Annexe IX : PLAN DE COMMUNICATION**

**PROJET** : GESTION DES RISQUES À L'HÔPITAL  
BÉNI MELLAL

**RESPONSABLE** : Dr Khalid CHAFIQ participant à l'INAS  
Dr BERRAHAL, Directeur de l'Hôpital,

**OBJECTIF GÉNÉRAL** : Contribuer au renforcement de la sécurité des personnes et des biens au sein de l'hôpital par la mise en place d'une démarche systématique de prévention et de réduction des risques.

CLIENTÈLE CIBLE	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIVITÉS DE COMMUNICATION / MOYENS	RESSOURCES ET ESTIMATION DES COÛTS	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS	ÉCHÉANCIER	MÉCANISMES D'ÉVALUATION
L'ensemble des gestionnaires ➤ Médecins chefs ➤ Infirmiers chefs ➤ Chefs unités administratives	<p>Connaître la gestion des risques à l'hôpital</p> <p>Connaître le plan opérationnel de mise en œuvre incluant les étapes, les processus de la démarche de gestion des risques et les échéanciers</p> <p>Comprendre les impacts dans leur service</p> <p>Collaborer à l'implantation de la fiche de signalement des événements indésirables</p>	<p>Rencontre en petits groupes et présentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Historique et expériences étrangères dans la gestion des risques à l'hôpital</li> <li>➤ Définition et concepts de base en gestion des risques</li> <li>➤ Les domaines de la gestion des risques</li> <li>➤ La typologie de la gestion des risques</li> <li>➤ La démarche de gestion des risques</li> <li>➤ La fiche de signalement avec items à cocher</li> </ul>		M. CHAFIQ, INAS Responsable de la qualité Responsable de la communication	Le 17 / 04 / 2008	# de gestionnaires rencontrés  (liste des présences)

• **Annexe IX : PLAN DE COMMUNICATION**

**PROJET** : GESTION DES RISQUES À L'HÔPITAL  
BÉNI MELLAL

**RESPONSABLE** : Dr Khalid CHAFIQ participant à l'INAS  
Dr BERRAHAL, Directeur de l'Hôpital,

**OBJECTIF GÉNÉRAL** : Contribuer au renforcement de la sécurité des personnes et des biens au sein de l'hôpital par la mise en place d'une démarche systématique de prévention et de réduction des risques.

CLIENTÈLE CIBLE	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIVITÉS DE COMMUNICATION / MOYENS	RESSOURCES ET ESTIMATION DES COÛTS	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS	ÉCHÉANCIER	MÉCANISMES D'ÉVALUATION
Le CMDP (CMC)	<p>Connaître la gestion des risques à l'hôpital</p> <p>Connaître le plan opérationnel de mise en œuvre incluant les étapes, les processus de la démarche de gestion des risques et les échéanciers</p> <p>Collaborer à l'implantation de la fiche de signalement des événements indésirables</p>	Présentation à la rencontre de la CMC		Dr Berrahal, directeur Dr. CHAFIQ, INAS Dr OUSSAGA, responsable du pôle des affaires médicales Responsable de la qualité Responsable de la communication	Le 21 / 04 / 2008	# de médecins présents à la rencontre

• **Annexe IX : PLAN DE COMMUNICATION**

**PROJET** : GESTION DES RISQUES À L'HÔPITAL  
BÉNI MELLAL

**RESPONSABLE** : Dr Khalid CHAFIQ participant à l'INAS  
Dr BERRAHAL, Directeur de l'Hôpital,

**OBJECTIF GÉNÉRAL** : Contribuer au renforcement de la sécurité des personnes et des biens au sein de l'hôpital par la mise en place d'une démarche systématique de prévention et de réduction des risques.

CLIENTÈLE CIBLE	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIVITÉS DE COMMUNICATION / MOYENS	RESSOURCES ET ESTIMATION DES COÛTS	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS	ÉCHÉANCIER	MÉCANISMES D'ÉVALUATION
L'ensemble du personnel : ➤ Médecins ➤ Infirmiers ➤ Administratifs et de soutien	<p>Connaître la gestion des risques à l'hôpital</p> <p>Connaître le plan opérationnel de mise en œuvre incluant les étapes, les processus de la démarche de gestion des risques et les échéanciers</p> <p>Comprendre les impacts dans leur service</p> <p>Collaborer à l'implantation de la fiche de signalement des événements indésirables</p>	<p>Rencontres en petits groupes avec l'ensemble du personnel</p> <p>Présentation des objectifs du projet et des avantages pour la clientèle et pour le personnel</p> <p>Affichage de la procédure de la gestion des risques à l'hôpital</p>		<p>Dr Berrahal, directeur</p> <p>Dr OUSSAGA, responsable du pôle des affaires médicales</p> <p>M. Naimi, chef PSI</p> <p>M. Kamal, chef PAA</p> <p>M. Farid, chef RH</p> <p>Responsable de la qualité</p> <p>Responsable de la communication</p>	Durant le mois de Mai.	# personnes présentes (liste des présences)

• **Annexe IX : PLAN DE COMMUNICATION**

**PROJET** : GESTION DES RISQUES À L'HÔPITAL  
BÉNI MELLAL

**RESPONSABLE** : Dr Khalid CHAFIQ participant à l'INAS  
Dr BERRAHAL, Directeur de l'Hôpital,

**OBJECTIF GÉNÉRAL** : Contribuer au renforcement de la sécurité des personnes et des biens au sein de l'hôpital par la mise en place d'une démarche systématique de prévention et de réduction des risques.

CLIENTÈLE CIBLE	OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	ACTIVITÉS DE COMMUNICATION / MOYENS	RESSOURCES ET ESTIMATION DES COÛTS	PARTAGE DES RESPONSABILITÉS	ÉCHÉANCIER	MÉCANISMES D'ÉVALUATION
Les syndicats	Assurer l'adhésion du syndicat tout au long de la mise en œuvre de la fiche de signalement des événements indésirables	Rencontres périodiques		Dr Berrahal, directeur et équipe de direction M. CHAFIQ, INAS Responsable de la qualité Responsable de la communication		# de rencontres
Le personnel du l'hôpital	Procédure gestion et de suivi des événements indésirables	Réunion en petit groupe et Affichage		Dr Berrahal, directeur et équipe de direction M. CHAFIQ, INAS Responsable de la qualité Responsable de la communication	Durant le mois de Mai.	Affichage dans tous les centres de responsabilité
Équipe de travail	Présentation des résultats	Présentation au comité de travail		Dr Berrahal, directeur et équipe de direction M. CHAFIQ, INAS Responsable de la qualité Responsable de la communication	Fin Mai	# personnes présentes Liste de présence