

Date de réception: 07/10/2019 **Date d'acceptation:** 07/06/2020
Date de publication: 20/09/2020

La gestion Sectorielle du risque de soins

Cas de « l'hôpital d'Ain Tedles et du chef-lieu » Mostaganem

Sectoral management of the care risk

Case of «Ain Tedles's hospital and the chief place»

Mostaganem

M^r BELMOKHTAR Fodil¹, M^{me} BENCHARRAT Hayet²

¹Université Abdelhamid Ibn Badis (Mostaganem), Doctorant,
Email: belmokhtarfodil@yahoo.fr

² Université Abdelhamid Ibn Badis (Mostaganem), Maître de conférences A, Email: hayat.bencharrat@univ-mosta.dz

Résumé:

Notre travail tend à expliquer la différence qui existe entre une gestion des risques thématifiée sous forme de : (la lutte contre les infections nosocomiales, Les vigilances sanitaires), qui a conduit à la naissance d'un modèle de gestion de risque sectorielle, limité en matière de réduction et de prévention des risques, et un autre modèle de gestion qui analyse le risque et prend en considération à la fois sa nature et les circonstances de son apparition, qui se concrétise dans l'existence d'un service de gestion de risque fédérateur d'informations et d'actions, qui peut atteindre les objectifs de qualité et de sécurités pour le patient.

Cette étude nous a permis de confirmer que la gestion du risque de soins est sectorielle par le fait qu'il n'existe pas de service de gestion de risque qui adopte une approche transversale afin de résoudre tous les problèmes relatifs aux risques actuel ou future.

Mots clés : le risque, la gestion du risque, la gestion sectorielle, l'événement indésirable, la qualité de soin.

Abstract:

Our work tends to explain the difference between a thematic risk management in the form of: (the fight against nosocomial infections, health vigilance), Which led to the creation of a sectoral management model, limited in terms of risk reduction and prevention, and another management model that analyses the risk and takes into account both its nature and the circumstances of its occurrence, which is concretized in the existence of a risk management service federating information and actions, can achieve quality and safety goals for the patient. This study allowed us to confirm that the risk management of care is sectoral by the fact that there is no risk management service that adopts a cross-cutting approach to resolve all the problems related to the current risks or future.

Keywords: risk, risk management, sector management, adverse events, quality of care.

Auteur correspondant: Belmokhtar Fodil, belmokhtarfodil@yahoo.fr

I. Introduction:

La sécurité des patients est au cœur des préoccupations quotidiennes des gestionnaires des hôpitaux, des médecins et des soignants.

En général L'activité médicale est caractérisée par un fort degré d'incertitude. Le risque zéro n'existe pas et les erreurs sont indissociables de l'activité humaine.

Dans les structures de santé, beaucoup de procédures, qu'elles soient professionnelles, administratifs ou réglementaires, à comme objectifs de maîtriser les différents types de risques. Ces risques sont appréhendés et classés d'une manière très classique on trouve:(risque incendie, malveillance, risque médicamenteux, et transfusionnel, risque pour le personnel, etc...). Cependant,

cette façon d'appréhendé les différents risques hospitaliers a conduit à une gestion des risques morcelé, sectorielle ; surtout dans nos structures de santé.

Face à la complexité croissante des processus de soins, cette sectorielle façon de concevoir les risques a montré sa limite, donc elle ne peut mettre terme ou réduire la prévention des risques.

D'où la question centrale suivante :

Pour quoi nos établissements de santé gèrent le risque d'une manière sectorielle ?

A l'issue de cette constatation nous avons proposé l'hypothèse suivante :

La gestion sectorielle du risque est peut-être due à l'inexistence d'un service de gestion de risque.

Par ailleurs, il convient de préciser que notre étude a pour objectif de confirmer qu'il n'existe pas un service de gestion de risque qui a la fonction de fédéré tous les informations et tous les efforts afin de résoudre tous les problèmes des événements indésirables actuel ou future. Et que la gestion du risque de soins est sectorielle non pas transversal ce qui la complique énormément.

La méthodologie utilisée dans cette recherche est descriptive et analytique dans le but de donner une explication sur le fait que la gestion des risques est sectorielle non pas globale.

II. Quelques notions sur le risque et le risque hospitalier:

1. Notions de risque et similaires :

Etymologiquement, le mot risque est un mot emprunté à l'italien *risco*. Certains rapprochent le mot risque du latin *resecare*, qui signifie « ce qui coupe », d'autres d'une racine romane *rixicare*, élargissement du latin classique *rixare* « se quereller » qui a produit *rixer*, associant les valeurs de combat à celles de danger¹.

La notion du risque est définie selon l'ANAES, comme « *une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dans l'occurrence est incertaine* »². Selon Déroches et ses collaborateurs, la notion du risque est: « *la caractéristique d'un événement, définie conjointement par sa vraisemblance d'occurrence et la gravité de ses conséquences* »³.

2. Le risque hospitalier :

« *Ce sont des risques encourus par un patient dans un établissement hospitalier et qui peuvent être liés à des défaillances d'organisation, à la non-conformité aux bonnes pratiques professionnelles ou même lié aux patients eux mêmes* »⁴

L'Organisation Mondiale de la Santé s'intéresse à la notion de risque en santé et fait remarquer que, même dans un domaine aussi précis que la santé, il n'existe pas une, mais des définitions du risque en santé.

- Un risque peut correspondre à une éventualité malencontreuse ou à une menace. Par exemple, y a-t-il un risque à circuler en moto ? »⁵
- Un risque peut être considéré comme une conséquence.

Des tendances émergent, depuis quelques années, visant à le comparer au monde industriel, en intégrant tout de même des spécificités. Le client est alors le Patient, les enjeux restent différents, et surtout, le déroulement des activités reste presque exclusivement basé sur l'humain, et non technologique.

D'un point de vue qualitatif, l'objectif des établissements de santé est d'assurer la qualité des soins et la sécurité des patients.

III. la gestion des risques hospitaliers :

1. Définition de la Gestion des risques:

La gestion des risques est « *un processus de prise de dispositions pour diminuer l'occurrence des risques ou de diminuer la gravité des conséquences* »⁶

2. Définition de la Gestion des risques en milieu de santé :

Elle consiste à réduire et prévenir les risques encourus par les patients, les visiteurs, les professionnels de la santé et l'institution⁷, ainsi que leur identification et leur traitement des causes profondes.

3. Les outils de la gestion des risques « Analyse des risques »

3.1 Analyse des risques a posteriori :

Pour mieux comprendre l'analyse du risque on va aborder :

A. Les théories de l'accident :

a. Principe de causalité : Selon Hollnagel : « *la recherche de causes se définit comme l'identification, après le fait, d'un ensemble limité d'aspects de la situation qui sont vus comme des conditions suffisantes et nécessaires pour que l'effet observé se soit produit* »⁸.

b. Théorie de l'a-causalité et la mono-causalité :
C'est le fait que l'accident est dû à une fatalité, au destin. Elle a évolué quelques années plus tard, donnant ainsi naissance à la théorie de la mono-causalité.

c. Théorie multi-causalité : La multi-causalité remet en question l'unicité de la cause et explique que l'accident peut avoir été initié par plusieurs causes.

d. Théorie des dominos : La théorie des dominos, créée en 1931 par Heinrich est un modèle séquentiel et permet de voir l'accident comme une suite de dominos.

B. Les modèles d'accidents :

Il existe plusieurs modèles d'accidents on trouve.

a. Modèle des dominos : Premier modèle d'explication de l'accident, il est issu de la théorie des dominos.

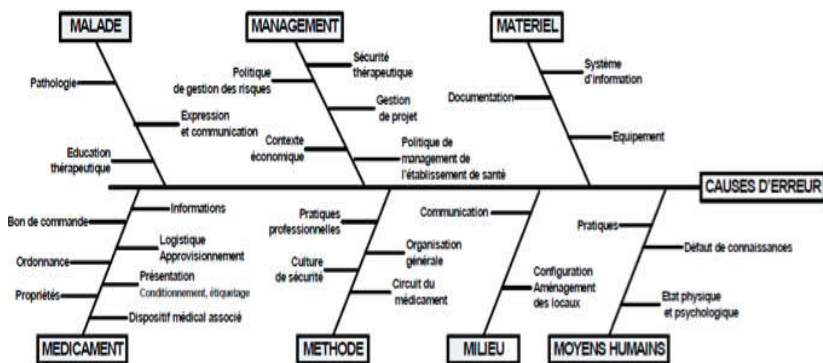
Créé par Heinrich en 1931, il s'agit du premier modèle mettant l'accent sur l'erreur humaine.

b. Diagramme Causes/Effet d'Ishikawa : Il a pour objectif d'identifier l'ensemble des causes potentielles ou réelles, dans ce diagramme ces causes sont hiérarchisées et classées⁹ selon (5M) ou (7M) catégories :

- Matière ;
- Matériel ;
- Méthode ;
- Milieu ;
- Main d'œuvre ;

Aux quels sont parfois ajoutées les deux suivantes :
Management, et Moyens financiers

Figure N° 01 Diagnostiquer des causes - Diagramme des 7M10



Source : Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés (remed). Technical report, 2009, N° 67, P97

c. Modèle d'accident de REASON : Le modèle accident organisationnel développé par Reason en 1990, également appelé « fromage suisse », relève de la théorie épidémiologiste ou organisationnelle¹¹.

Ce modèle soutient la théorie qu'un accident n'est pas une simple erreur humaine, mais est le résultat d'un enchainement

de causes. Il adopte une vision linéaire et statique des causes d'un accident¹².

d. La méthode REMED : La Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés –REMED– est une méthode d'amélioration de la qualité des soins et de prévention du risque iatrogène médicamenteux. Elle permet aux professionnels de s'inscrire dans une dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles.

Autrement dit, le domaine d'application d'une REMED concerne les erreurs médicamenteuses et/ou les dommages observés chez les malades comme conséquences de ces erreurs¹³.

3.2 Analyse des risques a priori :

a. La méthode AMDEC : L'Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité (Méthode AMDEC, Failure Mode and Effects Analysis ou FMEA en anglais) a été créée par l'armée américaine en 1949 en tant que procédure militaire.

b. La méthode APR : L'Analyse Préliminaire des Risques (APR) est une méthode analytique, inductive, « initiée à partir des causes d'une situation à risque pour en déterminer leurs causes »¹⁴.

Le choix de telle ou telle méthode se fera en fonction de l'objectif, du périmètre, des acteurs présents et de leurs compétences et expériences respectives et des contraintes de temps.

Pourquoi combiner une approche a priori et une approche a posteriori ?

La sécurité ne peut pas être garantie en analysant uniquement le passé (approche *a posteriori*). Il est également important

d'identifier des risques potentiels (approche *a priori*) afin de les maîtriser.

IV. Etude pratique dans deux établissements hospitaliers de la wilaya de Mostaganem : l'hôpital d'Ain Tedles et de Mostaganem chef lieu.

1. Echantillonnage, choix de la population et Lieu de recherche :

L'enquête se déroule dans les deux hôpitaux sus cités. Notre échantillon se compose de 17 individus pour chaque hôpital réparti entre directeurs adjoint, médecins présidents des deux conseils médicaux, responsables des services médicaux et responsables des plateaux techniques. On va vérifier les deux variables qui composent l'hypothèse qui sont:

- ✓ L'une aléatoire « l'inexistence d'un service de gestion de risque ».
- ✓ Et l'autre fixe « La gestion sectorielle ».

1-1 Concernant la variable aléatoire :

A. Les questions ouvertes :

Question N° 01 :

Est ce qu'il existe une réglementation concernant la gestion du risque ?

Les sous directeurs des services de santé: Une absence quasi totale d'une réglementation qui gère le risque, à l'exception de l'existence du comité de lutte contre les infections nosocomiales (le CLIN) et qu'il ne se réunit qu'une fois ou deux par mois.

Les sous directeurs des services des finances et des moyens:

De la discussion apparaît qu'ils ne connaissent aucune réglementation qui soit pour réguler ou gérer les différents événements indésirables survenant dans les services de maintenance ou des moyens généraux, sauf une législation très

sévère qui insiste sur la protection des travailleurs du corps technique.

Les sous directeurs des ressources humaines : Pour les responsables des ressources humaines nulle part n'est écrit qu'il faut mettre du personnel dans un service et ce dernier soit responsable de la gestion du risque de soins dans leurs structures.

Les présidents des conseils médicaux : Ils étaient tous d'accord que le seul organisme qui soit réglementaire et qui a le pouvoir de discuter la manière de gérer les événements indésirables c'est le (CLIN).

Analyse : La quasi-totalité des entretenus ont mentionné l'inexistence d'un service de gestion de risque de soins ou autres forme de gestion du risque.

Question N° 02 :

Le Comité de l'hygiène et sécurité (CLIN) remplace-t-il un dispositif de gestion du risque de soins ?

Les sous directeurs des services de santé : Les deux avis concordaient pour dire que le CLIN est un comité qui se réunit une fois par mois et ne peut pas être un réel remplaçant du ce service.

Les sous directeurs des services des finances et des moyens: Le CLIN s'occupe uniquement de l'hygiène et de la sécurité dans toute la structure hospitalière.

Les sous directeurs des ressources humaines : le CLIN s'occupe uniquement de l'hygiène et de la sécurité dans l'établissement.

Les présidents des conseils médicaux : Les membres du CLIN se réunissent tous les jours d'une manière informelle ou à la limite en cas d'un événement indésirable il pourra être considéré comme un organe de gestion de risque.

Analyse : Tout le monde s'accorde pour dire que le CLIN ne remplace pas un dispositif de gestion du risque, sauf le conseil médical.

Question N° 03 :

Est-ce que le directeur de l'établissement a instauré une réglementation qui peut être considérée comme un dispositif de gestion de risque ?

Les sous directeurs des services de santé : l'autorité du directeur ne pouvait pas dresser de telle instruction et si jamais c'est le cas c'est difficile de la réaliser.

Les sous directeurs des services des finances et des moyens: Il n'y a pas ce genre d'instructions, pour la simple raison qu'il n'y a pas un budget alloué à ça.

Les sous directeurs des ressources humaines : La tutelle n'a pas instruit ce type d'instruction.

Les présidents des conseils médicaux : Non ce n'est pas le cas, mais si ça ce produit sa sera une bonne chose puisque tous les praticiens ne demandent que des interlocuteurs pour veiller à la bonne prise en charge de ses événements indésirables.

Analyse : L'ensemble des entretenus confirment qu'ils n'y a pas de réglementations qui soient en mesure de faire fonction de service de gestion de risque.

Question N° 04 :

Qui fait la fonction de gestion de risque de soins dans votre structure ?

Les sous directeurs des services de santé : La fonction de gestion du risque en général et le risque de soins en particulier est géré au cas par cas c.à.d. si l'événement indésirable est d'ordre soins c'est nous la D.S.S mais s'il est d'autres genre par exemple (matériel défectueux ou défaillance) alors c'est le CLIN ou le service concerné.

Les sous directeurs des services des finances et des moyens:

La même réponse que la direction des services de santé.

Les sous-directeurs des ressources humaines : La même réponse que la direction des services de santé.

Les présidents des conseils médicaux : La même réponse que la direction des services de santé.

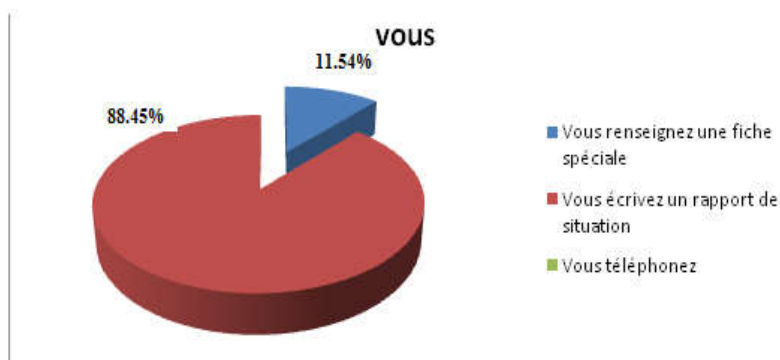
Analyse : 100% des entretenus disent que les responsables des services sanitaires font la fonction de gestionnaire de risque de soins.

B. Les questions fermées :**Question N° 01 :**

Pour déclarer un évènement indésirable : (cocher la bonne réponse)

- Vous renseignez une fiche spéciale
- Vous écrivez un rapport de situation
- Vous téléphonez

Figure N° 02 : la façon de déclaré un évènement indésirable dans un service hospitalier



Source : préparer par les chercheurs en fonction des résultats du questionnaire

Analyse : Plus de 88 % des questionnés disent qu'ils déclarent les évènements indésirables en écrivons un rapport de situation

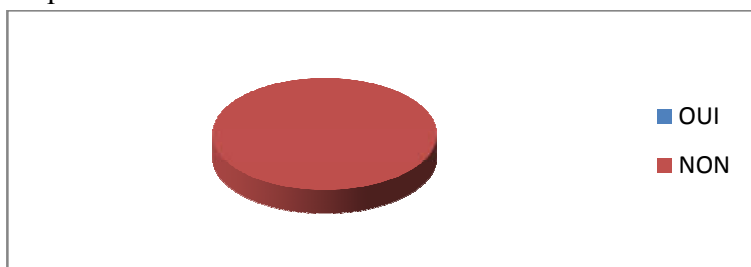
et plus de 11 % disent qu'ils ont des fiches spéciales pour déclarer ces événements. Donc la déclaration n'est pas organisée sous forme de procédures.

Question N° 02

Est-ce qu'il existe un service de gestion des risques dans l'hôpital ?

- NON ☐
- OUI ☐

Figure N° 03 : l'existence ou pas d'un service de gestion des risques :



Source : préparer par les chercheurs en fonction des résultats du questionnaire

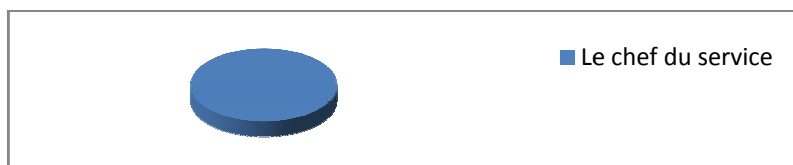
Analyse : 100% de réponses négatives ; tous les interrogés affirment qu'il n'existe pas de service de gestion de risque dans leurs hôpitaux.

Question N° 03

Qui est responsable de la déclaration des événements indésirables à la tutelle ?

- Le chef du service ☐
- L'agent qui a remarqué l'évènement ☐

Figure N° 04 : le responsable de la déclaration des événements indésirables.



Source : préparer par les chercheurs en fonction des résultats du questionnaire

Analyse : 100% disent que le responsable de la déclaration des événements indésirables est les chefs de service.

2. Concernant la variable fixe :

A. Les questions ouvertes :

Question N° 01 :

Est-ce que les services hospitaliers y compris les services du plateau technique se partagent les informations concernant la gestion du risque de soins ?

Les sous directeurs des services de santé : Les chefs de service y compris les services du plateau technique ne se partagent pas l'information en relation avec les événements indésirables sauf dans les réunions du CLIN.

Les sous directeurs des services des finances et des moyens: La même réponse que la direction des services de santé.

Les sous directeurs des ressources humaines : L'information ne circule pas d'une manière très fluide du moment qu'il manque un cadre réglementaire précis.

Les présidents des conseils médicaux : Tous le monde est tenues par le secret professionnel est l'information n'est partage que dans les réunions du CLIN.

Analyse : L'ensemble des entretenus confirment que les responsables des services ne se partagent pas les informations concernant la gestion du risque.

Question N° 02 :

A votre avis est ce que la gestion du risque de soins et sectorielle ?

Les sous directeurs des services de santé : Si en entend par la gestion sectorielle « le fait de se préoccupé individuellement des différents problèmes des risques de soins sans ce concerté avec les collègues responsables des services hospitalier » ; Oui elle est sectorielle.

Les sous directeurs des services des finances et des moyens: L'évènement indésirable génère des frais supplémentaire, et induit des sanctions probables, dans ce sens le partage de l'information entre les responsables des services hospitalier complique les situations. C'est pour cette raison qu'ils préfèrent ne pas la partager d'où on peut dire que la gestion du risque de soins est sectorielle.

Les sous directeurs des ressources humaines : A notre avis oui la gestion du risque de soins est sectorielle.

Les présidents des conseils médicaux : Dans la situation réglementaire actuelle on peut dire oui la gestion du risque de soins est sectorielle.

Analyse : Tous les avis concordent pour dire que la gestion du risque de soins est réellement sectorielle.

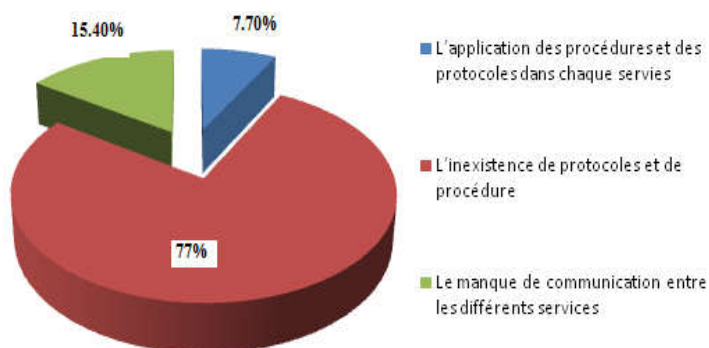
B. Les questions fermées :

Question N° 01 :

La gestion sectorielle du risque de soins signifie pour vous :

- Le non application des procédures et des protocoles dans les services ☐
- L'inexistence de protocoles et de procédures. ☐
- Le manque de communication entre les différents services. ☐

Figure N° 05 : comment le personnel soignant conçoit la gestion sectorielle du risque



Source : préparer par les chercheurs en fonction des résultats du questionnaire

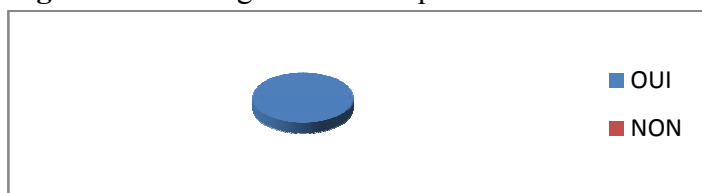
Analyse : plus de 15% des questionnées qualifient une gestion sectorielle du risque par le fait qu'il ya un manque de communication entre les différents services, près de 8% confirment que c'est dû à l'inapplication des procédures et des protocoles dans chaque services et 77% disent qu'il se manifeste par l'inexistence de protocoles et de procédure.

Question N° 02 :

Est ce que la gestion du risque de soins est sectorielle ?

Oui ☐
Non ☐

Figure N° 06 : la gestion du risque de soins est-elle sectorielle



Source : préparer par les chercheurs en fonction des résultats du questionnaire

Analyse: malgré la diversité des opinions sur la définition de la sectorialité de la gestion des risques. L'ensemble de personnes interrogées c.-à-d. 100% confirme quelle est sectorielle

3. Interprétation globale des résultats :

Après avoir analysé les résultats d'enquête sur l'existence ou pas de service de gestion de risque d'une manière formelle ou informelle et sa relation avec la gestion sectorielle du risque de soins, nous allons apporter des tentatives d'interprétation de ces résultats.

Les quatre premières questions posées au cours de l'entretien gravitent autour de l'inexistence d'un service de gestion de risque au sein des deux EPH ; trois questions confirment l'inexistence de ce service mais la quatrième question nous fait apparaître une autre idée, c'est que le service de gestion de risque peut ne pas être conventionnel c'est-à-dire, qu'un autre organe peut remplacer ce service.

Les deux premières questions posées dans le cadre du questionnaire et qui concerne cette variable confirment qu'il n'existe pas de service de gestion de risque, la troisième fait ressortir la différence qui existe entre les service hospitalier et les services du plateau technique et plus particulièrement la pharmacie et le laboratoire ainsi que le centre de transfusion sanguine, ces derniers services sont plus organisés en matière de déclaration des évènements indésirable car son retentissement est sur l'ensemble de l'hôpital.

On peut dire statistiquement qu'il n'existe pas de service de gestion du risque.

Concernant la deuxième variable l'existence d'une gestion sectorielle du risque de soins, on a posé dans l'entretien deux questions pour la vérifier et toute les deux l'on confirmé.

Le même nombre de question ont été posé dans le questionnaire, une d'elle est confirmé par 100% des questionnés et dans la deuxième question une minorité des questionnés ne sait pas la vraie signification de la gestion sectorielle du risque de soins.

Et de là on peut dire que la gestion du risque est sectorielle.

D'où notre hypothèse « la gestion sectorielle du risque est peut-être due à l'inexistence d'un service de gestion de risque. » est vérifiée.

V. CONCLUSION :

Prenant acte du rôle de la gestion des risques dans l'atteinte des objectifs de sécurités et de qualités liées au développement organisationnels, ce travail vise plus spécifiquement à déterminer si les risques dans le domaine de la santé sont bien maîtrisés, d'abord par l'adoption d'un processus de gestion des risques qui se n'appuient non pas sur la sectorisation mais sur la globalisation de sa gestion.

La gestion des risques dans nos établissements de soins nécessite une approche systémique, transversale et pluridisciplinaire accordant une importance primordiale à la maîtrise de l'organisation, à la responsabilisation de chaque acteur intervenant dans le processus de soin comme acteur principal de la sécurité. La prise en considération de la complexité du système de production de soins permet de dépasser une approche purement réglementaire et normative de la sécurité, vers une approche qui conduit à intégrer la sécurité aux objectifs de gestion de l'établissement.

Notre étude nous a permis on outre de confirmer ce qui suit:

- Il n'existe pas un service de gestion de risque qui a la fonction de fédéré tous les informations et tous les efforts afin de résoudre tous les problèmes des évènements indésirables actuel ou future.

- Que la gestion du risque de soins est sectorielle non pas transversal ce qui la complique énormément.

I. Référence et Bibliographie :

¹ Alain. Rey & autres, Dictionnaire historique de la langue française, le Robert, 1^{ème} édition Paris, France, Mars 2006, p251

² Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Paris, 2004, P131.

³ Desroches A, & autres, Dictionnaire d'analyse et de gestion des risques, Collection Management et Informatique, Lavoisier, Paris, 2006, P497.

⁴ Idem, p498

⁵ Organisation Mondiale de la Santé, Réduire les risques et promouvoir une vie saine, Technical report, Genève, Suisse, 2002, P 47

⁶ Desroches A, & autres, opcit, p501

⁷ F. Vialla, la métamorphose annoncée du système de santé ? Revue Médicale de l'Assurance Maladie, Vol 33, N° 4, Paris, 2002, p21

⁸ http://www.ilo.org/safework_bookshelf/french?content&nd=857170638, consulté le 26avr2018

⁹ HAS, haute autorité de santé ,Principes généraux d'analyse d'un événement indésirable associé aux soins, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-04/guide_gdr_pages65a220.pdf/fiche21.pdf, p10, consulté le 09sept2018

¹⁰ Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC). Revue des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs associés (remed). Technical report, 2009, N° 67, P97

¹¹ HAS, haute autorité de santé, opcit, p18

¹² idem, p20

¹³ Risques, Qualité, Sécurité, Pharmactuel Revue, Vol. 43 N° 2
Avril - Mai - Juin 2010, <http://www.pharmactuel.com/sommaires%5C201002rqs.pdf>, p23, consulté le 21avr2018

¹⁴ Brigitte HAYAT, Sécurisation du circuit des chimiothérapies en établissement hospitalier : Application à la production des médicaments anticancéreux, thèse de doctorat, Ecole Centrale des Arts et Manufactures « Ecole Centrale Paris », Paris, Juillet 2007, p154