

La cartographie des risques un outil de gestion des risques en milieu hospitalier

(Cas Centre Hospitalier Provincial Prince Moulay El Hassan de Nouaceur)

Risk mapping, a risk management tool in hospitals

(Case of Prince Moulay El Hassan Provincial Hospital in Nouaceur)

CHAABITA Rachid

Enseignant chercheur,

Faculté des Sciences Juridiques Economiques et Sociales Ain Chock

Université Hassan II de Casablanca, Maroc

Directeur du Laboratoire Actuariat, Criminalité Financière et Migration Internationale

chaabita@gmail.com

ELALAOUI Hicham

Doctorant

Faculté des Sciences Juridiques Economiques et Sociales Ain Chock

Université Hassan II de Casablanca, Maroc

Laboratoire Actuariat Criminalité Financière et Migration Internationale

h.alaouitt@gmail.com

Date de soumission : 07/02/2021

Date d'acceptation : 14/03/2021

Digital Object Identifier (DOI) : <https://doi.org/10.5281/zenodo.4610513>

Pour citer cet article :

CHAABITA R. & ELALAOUI H. (2021), « La cartographie des risques un outil de gestion des risques en milieu hospitalier (Cas Centre Hospitalier Provincial Prince Moulay El Hassan de Nouaceur) », Revue Française d'Economie et de Gestion « Volume 2 : numéro 3 » pp : 53 – 70.

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons

Attribution License 4.0 International License



Résumé

La présente étude a été menée afin d'élaborer une cartographie des risques associés aux soins au sein du Centre Hospitalier Provincial Prince Héritier Moulay El Hassan de Nouaceur, en montrant son rôle dans la bonne gestion des risques en milieu hospitalier. L'approche combinée a été retenue par rapport à Bottom-up, Top Down, et le Benchmarking, car elle semble plus cohérente avec la méthode de collecte de données adoptée, cette approche permet ainsi d'avoir une base assez complète des données recherchées de l'établissement.

Les risques ne concernent pas uniquement le patient et son entourage mais également le personnel, les équipements et les locaux.

Par conséquent, cet article s'ouvre sur des recommandations et des suggestions de tous les intervenants à savoir le personnel soignant, les administratifs et les patients sur les différents aspects de la gestion des risques associés aux soins.

Mots clés : Risques; Hôpital; Soins; Cartographie des Risques; Gestion des Risques.

Abstract:

The present study was carried in order to elaborate a cartography of risks associated to care in the provincial hospital center, Prince Heritier Moulay El Hassan at Nouaceur and its role in the efficient management of risks in hospital. The combined approach was adopted from the Bottom-up, Top down and Benchmarking, because it seems more coherent with the method adopted to collect the data, this approach allows to have a very complete data base needed by the establishment.

The risks do not concern only the patient and his entourage but also the staff, the equipment and premises.

This article is therefore discussing some recommendations and suggestions of all those who intervene, nursing staff, administrators and patients on the different aspects of management of risks associated to the care.

Keywords: Risks; Hospital; Care; Cartography of Risks; Management of Risks.

Introduction

La notion du risque¹ est devenue une notion incontournable de toute activité humaine, surtout dans un domaine complexe et en constante évolution comme celui de la santé. En fait, « notre société est paradoxale : de moins en moins dangereuse, mais de plus en plus risquée », Beck, F., & Peretti-Watel, P. (2001).

Le risque hospitalier « est une situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine, dans un établissement de santé, ces conséquences sont ceux dont la survenue perturbe la réalisation de ses missions premières : assurer des soins de qualité aux personnes en toute sécurité »².

La prise en compte des risques dans les établissements hospitaliers 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 est perpétuellement présente. Les risques ne concernent pas uniquement le patient et son entourage (infections nosocomiales, complications, chutes, erreurs de diagnostic, erreurs dans l'administration des médicaments,...) mais également le personnel, les équipements et les locaux (risques professionnels et environnementaux, panne, détérioration des équipements, défaillance, inondations de locaux...).

En effet, pour vivre avec le risque, les établissements hospitaliers doivent mettre en place une démarche d'identification et de gestion des risques, qui vise à réduire à un niveau acceptable les risques qui peuvent affecter négativement leur activité, en particulier les risques d'événements indésirables associés aux soins, tout en s'appuyant sur de nouveaux outils telle la cartographie des risques.

La conception de la cartographie des risques est donc une étape incontournable pour pouvoir gérer les risques.

La finalité de la présente étude est d'identifier et de traiter les risques associés aux soins au sein des établissements hospitaliers Marocains Cas du CHPMYH par l'élaboration d'une cartographie des risques associés aux soins au niveau de l'hôpital Marocain.

La conception de la cartographie des risques associés aux soins permet de fiabiliser le processus de gestion de ces risques, et aide à la prise de décision. Aussi l'acceptabilité du risque associé

¹ La notion de risque fait donc l'objet de plusieurs définitions voisines. En effet dans le présent article nous nous limiterons à concevoir *le risque comme étant une* situation non souhaitée ayant des conséquences négatives (Gravité) résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine (Probabilité).

² DHOS, Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé, 2004, p. 3.

au soin est liée à la fréquence, à la gravité et à la qualité de dispositif de maîtrise de ce risque. En effet la gestion de risque vise à concilier la prise de risque avec la maîtrise de danger qui l'accompagne et donc à rendre le risque acceptable (David Naudin et Catherine Hiolle). C'est « Une démarche essentielle pour améliorer la qualité et la sécurité des soins en établissement de santé »³.

Problématique de recherche

Dans quelle mesure l'élaboration d'une cartographie des risques associés aux soins est indispensable pour une gestion globale des risques en milieu hospitalier ?

Plan de travail

Afin de répondre aux objectifs, la présente étude a été élaborée en quatre volets :

Le premier sur les approches théoriques de gestion des risques et de cartographie des risques

Le second volet qui traite la Présentation du milieu et de la méthodologie de l'étude

Le troisième volet décrit une analyse descriptive des résultats des questionnaires utilisés dans cette étude afin de recueillir les avis des participants.

Le quatrième volet sera utilisé afin de présenter la cartographie des risques associés aux soins du CHPMYH.

1) Approches théoriques de gestion des risques et de cartographie des risques hospitaliers

L'importance et la complexité que revêt la gestion des risques ont suscité des réflexions et beaucoup d'interrogations chez les experts et professionnels du management. Des auteurs comme Patrick Jaulent (2009), Dr David Hillson (2009), entre autres se sont penchés sur la question du risque hospitalier.

Dans son article intitulé « Management des risques : concepts de base »⁴, Patrick Jaulent a évoqué la typologie des gestions du risque, et estime qu'il y a quatre types :

- La gestion Autruche : Ignorer les risques hospitaliers.
- La gestion Orienté Karma : elle prévoit les pires scénarios et anticipe les conséquences.
- La gestion Volontariste : la fuite devant les risques.
- La gestion Visionnaire : favorise le processus normal d'analyse du risque

(Identification, caractérisation, hiérarchisation et évaluation)

³ <https://www.has-sante.fr>, 2012-04/guide_gdr_pages65a22

⁴Patrick JAULENT, 2009 *Management des risques concepts de base*.

Actuellement la gestion des risques dans les établissements de santé, s'insère de plus en plus dans les pratiques de ses dirigeants en raison de l'évolution du cadre réglementaire depuis la survenue des événements indésirables ayant gravement affecté la sécurité, la rentabilité, la performance et la continuité de ces établissements.

Selon Renard .J (2003). « Il existe de nombreuses démarches d'élaboration de cartographies qui varient en fonction de l'activité exercée, même si quelques constances existent partout ». Ainsi, les démarches et les techniques utilisées sont en fonction des objectifs recherchés, et que les différentes approches en termes de cartographie des risques sont les suivantes : Bottom-up, Top Down, Combinée et le Benchmarking.

2) Présentation du milieu et de la méthodologie de l'étude

Nous avons choisie de mener cette étude au niveau du CHPMYH pour les raisons suivantes : l'engagement formel et le besoin manifesté par la direction de l'hôpital à vivre cette expérience et l'expérience cumulée de la direction par sa participation à toutes les éditions du concours qualité et du programme d'accréditation hospitalière initié par la Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires.

L'hôpital emploie 94 personnes dont 27 médecins, 57 infirmiers, 02 ambulanciers et 08 fonctionnaires administratifs.

Cette étude de cas, est une étude descriptive exploratoire mixte de type recherche action qui vise à élaborer une cartographie des risques liés aux soins au niveau du CHPMYH, tout en accompagnant cette cartographie d'une analyse pragmatique des risques associés aux soins. Nous avons exploité de manière rétrospective, une base de données des risques enregistrés, en plus d'un questionnaire administré au près de l'ensemble du personnel de l'hôpital.

3) Traitement préalable des résultats de l'enquête

Nous avons administré 94 questionnaires, mais avec un taux de réponse de 81 %. Déjà on remarque que les infirmiers sont deux fois plus nombreux que les médecins soit respectivement 64 % et 29% et que presque les $\frac{3}{4}$ des participants sont des femmes soit (68 %).

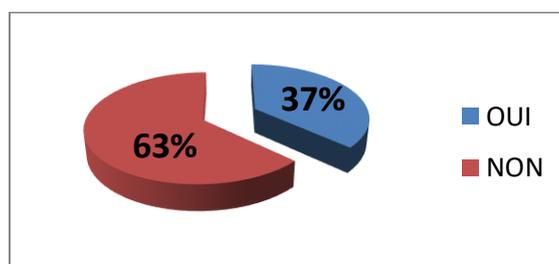
Par ailleurs, on constate que 83 % des enquêtés ont une expérience de plus de 5 ans ce qui donne un aspect relativement expérimenté de notre échantillon.

Tableau 1 : Répartition des participants selon leurs Caractéristiques personnelles

Caractéristiques personnelles	Catégories	Nombre	Pourcentage
Profil	Médecin	19	25%
	Infirmier	49	64%
	Autre	8	11%
	Total	76	100%
Genre	Masculin	24	32%
	Féminin	52	68%
	total	76	100%
Expérience	-5 ans	13	17%
	5-10 ans	21	28%
	+ de 10 ans	42	55%
	Total	76	100%

Source : Auteurs

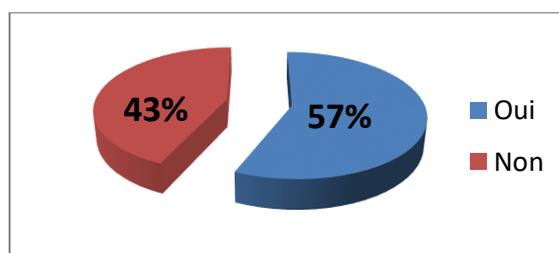
Figure 1 : Formation en gestion des risques



Source : Auteurs

La majorité des répondants (63%) nous ont affirmé ne pas avoir reçu une formation en matière de gestion des risques et que les conséquences de ce manque expliquent le nombre élevé d'évènements indésirables.

Figure 2 : Sensibilisation en gestion des risques

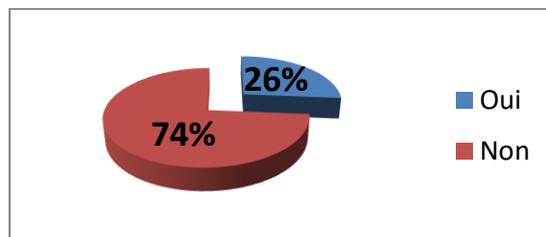


Source : Auteurs

On remarque une quasi égalité des réponses concernant cette question. Cela s'explique par le fait que la sensibilisation reçue par le personnel ayant répondu « oui » provient essentiellement de leur formation de base et non de leur formation continue.

Néanmoins, ce taux de non sensibilisation qui s'élève à 43% doit inciter la direction du CHPMYH à organiser des séances de formation continue et des campagnes de sensibilisation afin de remédier à cette faiblesse.

Figure 3 : La désignation de gestionnaire de risque dans l'établissement

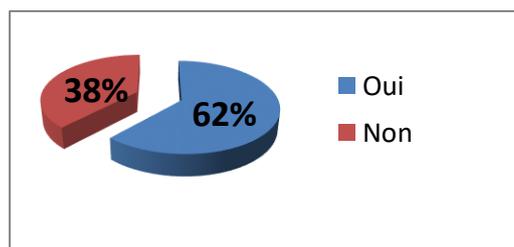


Source : Auteurs

La majorité des répondants (74%) nié la désignation d'un gestionnaire de risque, tandis qu'une minorité a affirmé sa présence.

Selon l'enquête, il s'est avéré qu'aucun gestionnaire de risques n'a été désigné et qu'il existe une confusion au sein du personnel entre le poste du médecin chargé de la médecine de travail et du poste de gestionnaire de risques.

Figure 4 : La mise en place d'un système de signalement des événements indésirables

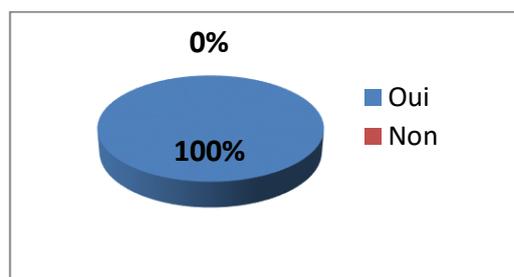


Source : Auteurs

62% des répondants ont affirmé être au courant de l'existence d'un système de signalement des événements indésirables contre 38%.

Cela s'explique par un manque de sensibilisation de l'ensemble du personnel de l'hôpital engendrée par un manque de communication et l'absence de séances de formation et de sensibilisation.

Figure 5 : Le rôle de l'instauration d'une démarche de gestion des risques



Source : Auteurs

La totalité des répondants sont favorable à l'idée d'instaurer une démarche de gestion de risques au sein de l'hôpital dans la mesure où cela améliorerait le niveau de sécurité du personnel et des patients.

4) Présentation de la cartographie des risques associés aux soins du CHPMYH.

Pour être cohérent avec notre démarche, nous avons retenu l'approche combinée qu'est la combinaison des deux approches Bottom-Up et Top-Down. Une cartographie établie à travers cette approche correspond à l'identification et la description d'une façon structurée des risques existants, définie autour de trois dimensions : l'occurrence des événements, les conséquences de l'événement et leur prise en charge.

Nous présentons ci-dessous un extrait de la liste des risques associés aux soins exhaustifs, leur fréquence, gravité et leur criticité.

Ces risques ont été collectés et identifiés au sein du CHPMYH. La fréquence et la gravité sont estimées par les professionnels de l'établissement, or la criticité est calculée.

Tableau 2 : Quelques risques associés aux soins recensés

Lieu de survenu	Risque N°	Description du risque	Fréquence	Gravité	Criticité
Service du bloc opératoire	R56	infection nosocomiale	3	2	6
	R57	projection aux yeux d'un produit de désinfection	2	1	2
	R76	oubli de prémédication pour geste de cataracte	3	3	9
	R78	panne d'autoclave	2	3	6

	R92	défaut d'éclairage au cours d'une intervention chirurgicale	2	2	4
	R98	panne d'autoclave pour stérilisation du matériel	3	2	6
Service de centre du diagnostic	R17	traumatisme dû à un paravent	2	1	2
	R20	chute (fracture de l'épaule)	2	3	6
	R74	Chute	3	3	9
	R75	panne du microscope ophtalmique	3	1	3
	R89	encombrement et accrochage de la population, bruit et climat de tension	3	2	6
Service d' hospitalisation	R7	AES	2	2	4
	R22	infection nosocomiale	2	3	6
	R23	erreur de diagnostic	2	3	6
	R61	pique d'aiguille	3	2	6
	R65	erreur du site chirurgical	1	1	1
	R69	Chute	3	2	6
	R70	plaie et perte du sang	2	2	4
	R94	non-respect des heures de visite	3	1	3
	R88	rupture de stock de contrôle plasma	2	2	4
	R91	défaut du réglage du réfrigérateur	2	2	4
	R97	dysfonctionnement du climatiseur de la salle de chimie	2	1	2
Service maternité	R11	erreur de diagnostic	2	3	6
	R14	Hémorragie	2	3	6
	R38	erreur de diagnostic	2	3	6
	R39	traitement inapproprié	2	3	6
	R96	rupture de l'anti D	3	2	6
Service de pharmacie	R8	fracture de poignet	2	2	4
Service de radiologie	R81	table télécommandée ne fonctionne pas	2	1	2

Service dentaire	R77	pas d'aspiration	3	4	12
Service des urgences	R12	perte de conscience	2	3	6
	R13	choc et perte de conscience	2	3	6
	R62	erreur du site chirurgical	1	3	3
	R68	chute de bouteille d'oxygène sur un patient	2	2	4
	R84	manque d'ambulancier pour transfert	3	3	9
	R90	tentative d'agression et de vol des casiers	2	1	2

Source : Auteurs

Après avoir recensé les risques et les évaluer en termes de fréquence et gravité. C'est le temps de déterminer et d'apprécier le niveau de chaque risque, ce qui va nous permettre de faire leur hiérarchisation.

Tableau 3 : Détermination du niveau des risques associés aux soins

Probabilité du risque		Très probable	R15/R49. AES	R93. Saignement	
		Probable	R44. AES R58. Coupure d'électricité R73. Piqure par aiguille R75. Panne du microscope ophtalmique R83. Pas de numéro d'entrée dans les bons des patients hospitalisés R94. Non-respect des heures de visite R95. Non qualité des soins suite à l'accompagnement des patients par plus de 3 personnes	R72. Contamination aérienne par la tuberculose R31. Piqure par matériel tranchant R56/R43. Infection nosocomiale R60/R61. Piqure d'aiguille R66. Lésion par lame tranchante R98. Panne d'autoclave pour stérilisation du matériel R21. Allergie médicamenteuse R89. Encombrement et accrochage de la population, bruit et climat de tension R64/R63. Piqure par seringue R93. Non-respect de l'équipe de garde par un mari R96. Rupture de l'anti D R4/R18/R59/R69. Chute R5/R9/R19/R24/R41/R42/R5. AES	R46. Grossesse monofoetale persuadée gémellaire R52/R53. Retard d'approvisionnement du sang R71. Panne du respirateur d'anesthésie R74. Chute R76. Oubli de prémédication pour gestion de cataracte R84. Manque d'ambulanciers pour transfert du patient R80. Douleur post-opératoire R90. Hématomes
Peu probable	R2. AES R17. Traumatisme dû à un paravent R29/R30. Chute R57. Projection aux yeux d'un produit de désinfection R81. Table télécommandée ne fonctionne pas R87. Retard d'approvisionnement d'hémoglobine glyquée R97. Dysfonctionnement du climatiseur de la salle de chimie	R3/R10/R28/R68. Chute R6. R86. Coupure d'électricité R7. AES R8. Fracture de poignet R32/ R67. Brulure Electric R45. Piqure par aiguille de suture R51. Projection de sang sur visage R70. Plaie et perte du sang R82. Résultats non fiables de l'automate de chimie R85. Rupture du consommable pour bilan d'hémostase R88. Rupture de stock de contrôle plasma R91. Défaut du réglage du réfrigérateur R92. Défaut d'éclairage au cours d'une intervention chirurgicale R96. Rupture de l'anti D	R11/ R23/ R38. Erreur de diagnostic R12. Perte de conscience R13. Choc et perte de conscience R14. Hémorragie R16/R50. AES R20. Chute (fracture de l'épaule) R22. Infection nosocomiale R25. AES/VIH R34. Projection de sang sur visage R39. Traitement inapproprié R47/ R48. Coupure d'électricité R78. Panne d'autoclave R79. Monitoring foetal ne s'allume pas.	R26. Chute R36. Erreur de diagnostic R35/R37. AES R54. Retard d'approvisionnement du sang	
Improbable	R27/R65. Erreur du site chirurgical		R1. Chute R62. Erreur du site chirurgical	R40. Erreur de diagnostic	
		Faible	Moyenne	Grave	Très grave
Gravité du risque					

Source : Auteurs

Avec la matrice utilisée, nous avons pu classer les risques selon 4 niveaux qui sont : Niveau très fort, niveau fort, niveau moyen, niveau faible.

Tableau 4 : Échelle d'appréciation du niveau de maîtrise des risques

Cote	Dispositif de maîtrise du risque	Description
4	Maitrisé	ne nécessitant pas un traitement complémentaire
3	Acceptable	Mesures perfectibles (efficacité liée au comportement)
2	Insuffisant	des mesures insuffisantes (consignes)
1	Faible/inexistant	mesures de prévention inexistantes ou peu appropriées

Source : Auteurs

La cartographie des risques associés aux soins du CHPMYH selon les données de l'enquête a permis de définir la priorité d'action pour gérer les risques, d'analyser des résultats et enfin de formuler des recommandations aux responsables de l'établissement.

Tableau 5: Cartographie des risques associés aux soins

Dispositif de maîtrise du risque	Inexistant/Faible	R2/R44. AES R30. Chute R62. Erreur du site chirurgical R75. Panne du microscope ophtalmique	R7/R16/R25/ R41/R42/ R50/R55. AES R28/R68. Chute R70. Plaie et perte du sang R11/R23/R38. Erreur de diagnostic R56. Infection nosocomiale R78. Panne d'autoclave R39 Traitement inapproprié	R15/R33/R49. AES R26. Chute R36. Hémorragie R52/R53. Retard d'approvisionnement du sang	R77. Pas d'aspiration
	Insuffisant	R1. Chute R17. Traumatisme dû à un paravent R27/R65. Erreur du site chirurgical R81. Table télécommandée ne fonctionne pas R95. Non qualité de soins	R3. Chute R5/R19/R24. AES R6 /R47/R48. Coupure d'électricité R8. Fracture de poignet R22. Infection nosocomiale R31. Piqure par matériel tranchant R40. Erreur de diagnostic R51. Projection de sang sur visage R60/R61. Piqure d'aiguille R69. Chute R72. Contamination aérienne par la tuberculose R79. Monitoring foetal ne s'allume pas R82. Résultat non fiable de l'automate de chimie R92. Défaut d'éclairage au cours d'intervention chirurgicale R98. Panne d'autoclave pour stérilisation du matériel de soins	R35/R37. AES R71. Panne de respirateur d'anesthésie R74. Chute R76. Oubli de prémédication pour gestion de cataracte R84. Manque d'ambulanciers pour transfert du patient	R93. Saignement
	Acceptable	R73. Piqure par aiguille R83. Pas de numéro d'entrée dans les bons des patients hospitalisés. R87. Retard d'approvisionnement d'hémoglobine glyquée R94. Non-respect des heures de visite R97. Dysfonctionnement de climatiseur de la salle de chimie	R63/R64. Piqure par seringue R66. Lésion par lame tranchante R85. Rupture de consommables pour bilan d'hémostase R96. Rupture de l'anti D R80. Douleur post-opératoire R90. Hématomes	R54. Retard d'approvisionnement du sang	
	Maîtrisé	R29. Chute R57. Projection aux yeux d'un produit de désinfection	R4. Chute R9. AES R12. Perte de conscience R13. Choc & perte de conscience R14. Hémorragie R21. Allergie médicamenteuse R43. Infection nosocomiale R45. Piqure par aiguille de suture R67. Brulure	R46. Grossesse mono-foetale persuadée gémellaire R58. Coupure d'électricité	
		Faible	Moyen	Elevé	Très élevé
		Niveau du risque			

Source : Auteurs

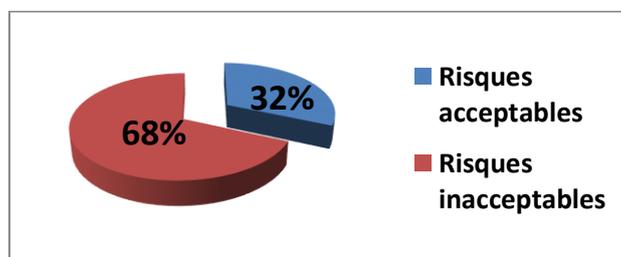
L'analyse de la cartographie nous a permis de définir des niveaux d'action suite à la mise en rapport du niveau des risques avec les dispositifs de contrôle.

Risque à traiter	Les deux premières priorités d'action combinant un niveau de risque « Très élevé » et une qualité du dispositif de maîtrise « inexistant » ou « insuffisants » appellent à faire des actions immédiates et de définir des dispositifs de contrôle adéquats.
Risque à surveiller	Le troisième niveau de priorité d'actions qui se caractérise par un niveau de risque « élevé » mais en même temps des dispositifs de maîtrise « appropriés » ou « acceptables », nécessite un suivi régulier du risque,
Risque	Le cinquième et dernier niveau de priorité d'action qui combine des risques « faibles » et des mesures de contrôle « insuffisants » ou « inexistant », demande de voir s'il est nécessaire de renforcer les dispositifs existants ou pas ; afin de les atténuer d'avantage.
Risque sous contrôle	Pour ce qui est du quatrième niveau de priorité d'action présentant un niveau de risque « faible » et du dispositif de maîtrise « appropriés » ou « acceptables », un maintien des dispositifs de contrôle s'impose.

Source : Auteurs

Le diagramme cartographie nous a permis aussi de caractériser les risques associés aux soins acceptables de ceux considérés inacceptables.

Figure 5 : Représentation graphique des niveaux des risques

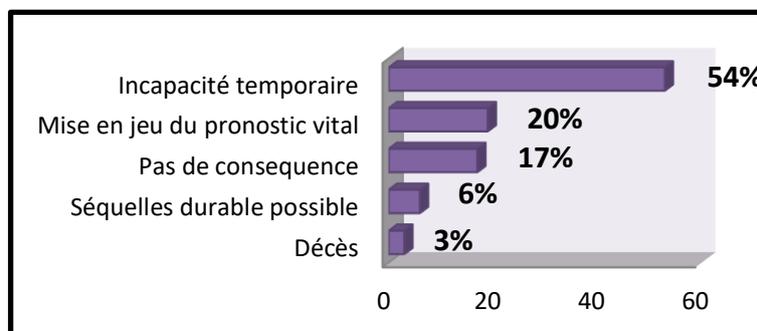


Source : Auteurs

La figure ci-dessus montre que **32%** des risques sont acceptables en l'état, **68 %** nécessitent un suivi voir un traitement.

Toujours à travers la cartographie, nous pouvons aussi faire une répartition des risques par leurs conséquences.

Figure 6 : Répartition des conséquences probables des risques identifiés



Source : Auteurs

Ce graphique montre que 54% des risques peuvent conduire à des incapacités temporaires, 20% peuvent engagés le pronostic vital des patients et que 3% des évènements peuvent conduire à la mort.

5) Recommandations et définition des actions de maîtrise des risques

Pour une gestion efficace et efficiente du risque, nous proposons les suggestions suivantes relatives au management et à l'organisation de l'hôpital :

- La désignation d'un gestionnaire de risque au sein de l'hôpital pour déclencher une démarche de gestion des risques.
- Les responsables doivent mettre à la disposition de tout le personnel, des procédures administratives de gestion en les retraçant dans un document unique (manuel de procédure).
- Le gestionnaire des risques fera des contrôles et des suivis de recommandations associées à la gestion des risques, et ceci pour le respect des procédures.

Quel que soit les propositions d'actions en réduction des risques retenus, leurs réussites est conditionnées par leurs prises en compte par le top management (La direction de l'hôpital) et les équipes opérationnelles.

Les actions à mettre en œuvre sont : la formation, la sensibilisation, la supervision, la réduction de la charge de travail et le développement des protocoles et des procédures.

Le tableau suivant résume et regroupe les différentes solutions par type de risque les plus fréquents, qui ont été retenus :

Tableau 6 : Solutions retenus selon les types de risques

Type de risque	Solutions proposées
Chute	Adoption et respect des bonnes pratiques : Respect et transmission des consignes de sécurité.
Infection	Adoption et respect des bonnes pratiques pour lutter contre les infections nosocomiales (stérilisation, Lavage des mains, désinfection), Formation continue.
Piqure par aiguille	Travailler avec double gants, ne pas recapuchonner l'aiguille et être plus vigilant.
Saignement	Encadrement du personnel, Gestion du stress, Formation continue.
Accident d'Exposition au Sang	Porter des moyens de protection (masques, visière,...), formation continue.
Erreur de diagnostic	Recours aux personnels expérimentés pour effectuer les diagnostics, application d'une loi stricte pour les fautes médicales, formation continue.
Traitement inapproprié	Usage rationnel des médicaments, la règle des 5 B : Administrer le Bon médicament au Bon patient, au Bon moment à la Bonne dose sur la bonne voie.
Erreurs de dosage des médicaments	Importance de la traçabilité et de la transmission des consignes (Prescription médicale), Former le personnel en techniques de dosage et de dilution des médicaments

Source : Auteurs

Le suivi doit être assuré par le responsable qualité et gestion des risques, ce poste n'est pas encore bien désigné au sein de l'hôpital, il est donc nécessaire de nommer un gestionnaire de risques pour réussir le suivi. Le gestionnaire de risque doit assurer l'évaluation et le suivi des risques via des réunions de bilan, des indicateurs et des rapports d'activités.

Conclusion :

Les exigences dans le domaine de la gestion des risques généralement, et dans celui de la gestion des risques hospitaliers en particulier, se sont renforcées et ont évolué passant d'une approche axée sur le respect de la réglementation dans les différents secteurs d'activité à une

approche globale des risques visant à appréhender l'ensemble des risques de l'établissement pour établir des priorités d'action.

Dans ce sens, le travail effectué, consistait à dresser une représentation de la cartographie des risques associés aux soins du CHPMYH et d'atteindre les objectifs spécifiques :

- détecter la majeure partie des risques associés au système de soins.
- évaluer de manière correcte les risques par l'utilisation de la méthode qualitative basée sur l'appréciation de la probabilité et de l'impact.
- faire la sélection des risques les plus importants avec la présentation de la cartographie des risques que nous avons adoptés.

Ainsi, les recommandations formulées pourront permettre d'une part au CHPMYH d'améliorer de manière générale sa gestion administrative et organisationnelle, d'autre part de mettre en place des actions correctives nécessaires d'améliorer dans tous les processus liés à la gestion du système étudié afin de redresser la barre et atteindre les objectifs fixés. Le risque hospitalier est étroitement lié à la notion de qualité. Gérer la qualité, c'est gérer les risques. L'évaluation des risques est la première étape de l'amélioration de la qualité, qu'il s'agisse du repérage des processus défectueux ou des non-conformités aux référentiels.

Néanmoins, dans quelle mesure une gestion des risques efficace et efficiente moyennant des outils notamment la cartographie des risques, peut contribuer à la bonne qualité et sécurité de soins ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et articles :

Beck, F., & Peretti-Watel, P. (2001), L'heroïne entre répression et réduction des risques: comment sont perçues les politiques publiques? Sociétés contemporaines, (1), 133-158.

Courtot, H (1998), « La gestion des risques dans les projets », Economica, Paris.

EYTAN, Ellenberg AP-HP (2004), "Le management des risques à l'hôpital, une approche organisationnelle", gestions hospitalières,

Hillson D. (2009). 811. Fundamentals of project management-Managing Risk in Projects (Fundamentals of Project Management).

JAULENT P. (2009) Management des risques concepts de base

MATTE (2003), Un outil de gestion : la cartographie des risques de la régie des ventes du Québec, Revue Française d'Audit Interne.

MOULAIRE M.(2007), La cartographie des risques, un outil de management des risques en établissement de santé, Risques & Qualité, Volume IV, n°4, 221-228, Décembre .

NAUDIN D., HUET E., HIOLLE C., & PERUZZA E. (2011), Soins infirmiers et gestion des risques-Qualité des soins, évaluation des: pratiques-Soins éducat. Elsevier Health Sciences.

RENARD J. (2003), L'audit interne ce qui fait débat, Editions MAXIMA, Paris, P.267.

Thèses :

PRUD'HOMME, A.M (2014) : « Le Développement Professionnel Continu : un outil d'amélioration des pratiques des professionnels de santé ».

KAHLA-TOUIL, I.B. (2011) « Gestion des risques et aide à la décision dans la chaîne logistique hospitalière ».

MATHIEU GIREME. (2011) : « La formalisation du processus de management des risques à travers l'élaboration d'une cartographie des risques mémoire de professionnalisation ».

BENKIRANE, R.R. (2009). « Incidence of Adverse Drug Events and Medication Errors in Intensive Care Units: A Prospective Multicenter Study».

T'KOUTI, S. (2013) : « élaboration d'une cartographie des risques d'un système hospitalier »,

Sites internet :

<http://www.has-sante.fr> (2012-04/guide_gdr_pages 65 à 22)

<http://www.drees.sante.gouv.fr> (5 mai 2001)