

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique



Ecole Supérieure de Management – Tlemcen

Département : Management

Spécialité : Management des Services de Santé

Mémoire de Fin d'Etudes

En vue de l'obtention du diplôme de Master académique

Thème

**La CONTRIBUTION DE LA GESTION
DES RISQUES DANS
L'AMELIORATION DE LA QUALITE**

Présenté par :

NESRINE BELGAT

Soutenu le : 18/07/2019

Devant le jury composé de :

| Nom et Prénom | Grade | Qualité |
|-------------------|-------|------------|
| 1 Chakroun Meriem | DR | Présidente |
| 2 Rahali Souad | DR | Encadreur |
| 3 Chenini Moussa | DR | Examineur |

Année universitaire : 2018 / 2019

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail A :

Mes chers parents, que nulle dédicace ne puisse exprimer mes sincères sentiments pour leur patience illimitée, leur encouragement, leur aide, en témoignage de mon profond amour et respect pour leurs grands sacrifices. Mes chers frères Rochdi et Nassim, et ma chère sœur Sabrina pour leur amour et soutien qu'ils trouvent ici l'expression de ma haute gratitude.

A ma chère nièce qui illumine ma vie.

Mes chers amis et toute ma famille.

Et tous ceux que j'aime.

NESRINEBELGAT

Remerciements

Je remercie avant tout «Allah » le tout puissant de m'avoir donné le courage et la volonté et m'avoir guidé vers la lumière du savoir.

Je voudrais tout d'abord adresser toute ma gratitude à l'encadreur de mon mémoire, Madame Souad Rahali, pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion.

Je tiens à remercier sincèrement Ma tutrice Mme Chabni « professeur » qui a bien voulu m'accueillir au sein de son service et a mis à ma disposition les documents nécessaires, son aide précieuse et ses conseils tout au long de ma période de stage.

J'exprime aussi mes vifs remerciements à tout le personnel.

J'adresse un remerciement particulier à ma copine de chambre Meriem pour son soutien indéfectible.

Des remerciements vont également à tous mes professeurs de l'Ecole du management .

| | |
|--|------------|
| Introduction générale | 01 |
| Chapitre 1 :Le management des risque | |
| Introduction | 05 |
| Section01 :Le risque, concept et définition | 06 |
| Section 02 :Le management des risques | 14 |
| Section 3 :Gestion des risques hospitaliers | 24 |
| Conclusion | 34 |
| Chapitre2 : La qualité et le management de qualité..... | 35 |
| Introduction | 35 |
| Section1 : Généralités sur la qualité | 36 |
| Section2 : Le système du management de qualité | 46 |
| Section 3 :Le contexte de la Qualité en Santé | 54 |
| Conclusion | 61 |
| Chapitre 3 : La relation entre la gestion de risque et la qualité du soin : étude empirique | |
| Introduction | 62 |
| Section 1 :: présentation de l'organisme d'accueil | 63 |
| Section 2 :Le déroulement de l'enquête | 67 |
| Section 3 :Dépouillement traitement et analyse des résultats des questionnaires:..... | 75 |
| Conclusion | 108 |
| Conclusion Générale | 109 |

Liste des figures :

| N° due figure | Intitulé | Page |
|---------------|---|------|
| Figure 1.1 | la matrice de criticité | 10 |
| Figure 1.2 | le référentiel management des risques COSO II | 17 |
| Figure 1.3 | Démarche de la maitrise des risques | 24 |
| Figure N°1.4 | Diagramme d'Ishikawa | 30 |
| Figure N° 2-1 | les quatre étapes d'évolution de la qualité | 41 |
| Figure N° 2.2 | Le rapport entre qualité/différentiation | 44 |
| Figure N° 2.3 | Les cinq étapes du processus de certification | 50 |
| Figure N° 3-1 | Localisation du centre hospitalo-universitaire à la ville de Tlemcen (Google Maps, 2019 | 64 |
| Figure N° 3.2 | diagramme d'Ishikawa | 81 |
| Figure N°3.3 | Q1 | 76 |
| Figure N°3.4 | Q2 | 76 |
| Figure N°3.5 | Q3 | 77 |
| Figure N°3.6 | Q4 | 77 |
| Figure N°3.7 | Q5 | 78 |
| Figure N°3.8 | Q6 | 78 |
| Figure N°3.9 | Q7 | 79 |
| Figure N°3.10 | Q8 | 79 |
| Figure N°3.11 | Q9 | 80 |
| Figure N°3.12 | Q10 | 80 |
| Figure N°3.13 | Q11 | 80 |
| Figure N°3.14 | Q12 | 84 |
| Figure N°3.3 | Genre | 84 |

| | | |
|---------------|----------------------|----|
| Figure N°3.3 | Age | 85 |
| Figure N°3.3 | Fonction actuelle | 86 |
| Figure N°2.12 | Niveau d'instruction | 86 |

Liste des tableaux :

| N° du tableau | Intitulé | page |
|----------------------|--|-------------|
| Tableau N° 1.1 | Echelle de fréquence des événements indésirables | 09 |
| Tableau N° 1.2 | Echelle de gravité | 09 |
| Tableau N° 1.3 | Des exemples selon la classification des risques | 11 |
| Tableau N° 1.4 | Exemple de synthèse de l'application de l'AMDEC à un processus | 30 |
| Tableau N° 2.1 | Les différentes étapes d'évolution de la qualité. | 39 |
| Tableau N° 2-2 | comparaison entre la norme ISO : 9001 et ISO 9004 | 54 |
| Tableau N° 3-1 | Personnel du CHUT | 65 |
| Tableau N° 3.2 | les services du CHUT | 66 |
| Tableau N° 3.3 | matrice de criticité retenue par le groupe de travail | 70 |
| Tableau N° 3.4 | classes de criticité calculé retenue par le groupe de travail | 71 |
| Tableau N° 3.5 | Check-list de conformité des méthodes | 76 |
| Tableau N° 3.6 | check-lists de conformité du personnel | 77 |
| Tableau N° 3.7 | Check -lists de conformité du matériel | 78 |
| Tableau N° 3.8 | check-lists de conformité de la prise en charge du patient | 79 |
| Tableau N° 3.9 | check-lists de conformité du milieu | 80 |
| Tableau N° 3.10 | Classification du risque selon la valeur de sa criticité | 81 |
| Tableau N° 3.11 | Analyses des dangers et estimation des taux de risque | 82 |

| | | |
|-----------------|----------------|----|
| Tableau N°3.12 | Alpha cronbach | 84 |
| Tableau N° 3-13 | Q1 | 84 |
| Tableau N°3.14 | Q2 | 84 |
| Tableau N°3.15 | Q3 | 85 |
| Tableau N°3.16 | Q4 | 85 |
| Tableau N°3.17 | Q5 | 86 |
| Tableau N°3.18 | Q6 | 86 |
| Tableau N°3.19 | Q7 | 87 |
| Tableau N°3.20 | Q8 | 87 |
| Tableau N°3.21 | Q9 | 88 |
| Tableau N°3.22 | Q10 | 88 |
| Tableau N°3.23 | Q11 | 89 |
| Tableau N°3.24 | Q12 | 89 |
| Tableau N°3.25 | Q13 | 90 |
| Tableau N°3.26 | Q14 | 90 |
| Tableau N°3.27 | Q15 | 91 |
| Tableau N°3.28 | Q16 | 91 |

| | | |
|-----------------|---|-----|
| Tableau N°3.29 | Q17 | 92 |
| Tableau N° 3-30 | Q18 | 92 |
| Tableau N°3.31 | Q19 | 93 |
| Tableau N°3.32 | Q20 | 93 |
| Tableau N°3.33 | Q21 | 94 |
| Tableau N°3.34 | Q22 | 94 |
| Tableau N°3.35 | Q23 | 95 |
| Tableau N°3.36 | Q24 | 95 |
| Tableau N°3.37 | Genre | 96 |
| Tableau N°3.38 | Age | 96 |
| Tableau N°3.39 | Fonction actuelle | 97 |
| Tableau N°3.40 | Régression linéaire simple de l'impact de gestion de risque sur l'amélioration de qualité de soin | 97 |
| Tableau N°3.41 | Corrélation entre les items du questionnaire | 99 |
| Tableau N°3.42 | alpha cronbach | 99 |
| Tableau N°3.43 | Q1 | 100 |
| Tableau N°3.44 | Q2 | 100 |
| Tableau N°3.45 | Q3 | 101 |

| | | |
|-----------------|----------------------|-----|
| Tableau N°3.46 | Q4 | 101 |
| Tableau N° 3-47 | Q5 | 102 |
| Tableau N°3.48 | Q6 | 102 |
| Tableau N°3.49 | Q7 | 103 |
| Tableau N°3.50 | Q8 | 103 |
| Tableau N°3.51 | Q9 | 104 |
| Tableau N°3.52 | Q10 | 104 |
| Tableau N°3.53 | Q11 | 105 |
| Tableau N°3.54 | Q12 | 105 |
| Tableau N°3.55 | Genre | 106 |
| Tableau N°3.56 | Age | 106 |
| Tableau N°3.57 | Fonction actuelle | 107 |
| Tableau N°3.58 | Niveau d'instruction | 107 |

Liste des abréviations

| Abréviations | Significations |
|---------------------|---|
| AFNOR | Association Française de Normalisation |
| ISO | International Standard Organisation |
| AMDEC | Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leurs Criticité |
| AMDE | Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets |
| OMS | Organisation Mondial de la Santé |
| HAZOP | Hazard and operabilitydes danger |
| CHU | Centre Hospitalaux Universitaire |
| APR | Analyse Préliminaire des Risques |
| COSO | Enterprise Risk Management Framework" |
| EIE | Événement Indésirable Evitable |
| HAS | Haute Autorité de Sécurité |
| NASA | L'administration national de l'aéronotique et de l'espace |
| PDCA | Plan, Do, Check, Act |
| ANAES | Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé |
| SMQ | Système Management Qualité |
| EPH | Etablissement Publique Hospitalier |

Introduction

Les organisations font face à de nombreux risques lorsqu'elles travaillent, le risque auxquelles elles sont le plus exposées est l'incertitude.

Le principal défi de la direction reste à ce jour de déterminer l'ampleur des crises, ainsi que la taille de l'incertitude tolérée lui permettant d'atteindre ses objectifs stratégiques établis à l'avance.

La gestion des risques permet à la direction d'identifier les risques et les difficultés à venir en utilisant les moyens et les méthodes adéquates comme mesure de prévention.

La notion du risque a d'abord vu le jour dans le secteur privé, plus précisément dans le domaine de la bourse et de la banque, elle est ensuite apparue dans le secteur public en vue d'améliorer la qualité du service mis en place en développant des méthodes et des systèmes de gestion des risques, notamment dans les établissements hospitaliers où le risque reste accrue d'où l'impact considérable qu'il a sur la santé humaine et les dommages colossaux et irréversibles qu'il peut engendrer.

La gestion des risques hospitalière a fait l'objet de beaucoup d'attention, en particulier ces dernières années de par les erreurs médicales commises mais aussi les infections contractées en milieu hospitalier. En effet les interventions en matière de santé ont pour but de profiter aux patients mais elles peuvent aussi leur nuire. La sécurité des patients et les erreurs liées aux soins de santé sont devenues d'importants sujets de préoccupation, une bonne gestion des risques vise forcément à identifier les risques potentiels et à les analyser pour mettre en place une démarche adéquate pour minimiser ces risques liés aux soins. Ces erreurs entraînent des pertes et coûts considérables, une bonne gestion des risques vise forcément à identifier les risques potentiels et à les analyser pour mettre en place une démarche adéquate pour les minimiser.

La qualité et la sécurité des soins sont au centre des actions mises en œuvre par les pouvoirs publics, ce qui amène les établissements de santé à renforcer leurs actions en matière de gestion de risques, en effet les surdosages de médicament, erreur de diagnostic, infections postopératoire, dysfonctionnements d'appareils d'analyse ou de traitement ce sont autant de causes pouvant entraîner des complications voir des décès.

L'amélioration de la qualité des soins est devenue l'une des priorités des établissements hospitaliers, à cet effet nous nous sommes tracés pour objectif l'analyse de la contribution de la gestion des risques dans la qualité des soins au sein du centre hospitalier universitaire, en effet le CHU essaie de mettre en place de gestion de risques pour sécuriser les soins et satisfaire les patients.

Le choix du thème n'était pas fortuit son actualité, son importance au sein de l'hôpital ainsi que l'adéquation de notre thème de recherche avec notre spécialité et la volonté d'acquérir des connaissances dans ce domaine sont les raisons principales qui nous en poussé à choisir ce thème.

Pour mieux cerner ce sujet nous avons choisi la problématique suivante :

« Quel est l'impact de la gestion des risques dans l'amélioration de la qualité des soins ? »

De cette problématique, des sous-questions surgissent, à savoir

- La gestion des risques influe-t-elle sur la qualité des soins ?
- La gestion des risques permet-elle la réduction de la non qualité et la sécurité des patients ?
- La gestion des risques contribue-t-elle à l'amélioration de la qualité des soins ?

Nos hypothèses se présentent ainsi :

- La non qualité provient d'une défaillance dans le processus de gestion des risques.
- La gestion des risques améliore la qualité des soins.
- Après la réalisation d'une gestion des risques la satisfaction des patients a augmenté.

Afin de répondre au mieux à notre problématique ainsi qu'aux différentes sous questions, nous allons opter pour une méthode descriptive et analytique qui nous a semblé être la plus appropriée à notre sujet.

A cet effet nous avons utilisé différentes techniques de collecte d'informations comme la Consultation et l'analyse de différents documents (livres, thèses, documents remis par L'hôpital et enfin une enquête par le biais d'un questionnaire destiné au personnel soignant ainsi qu'aux responsables de l'hôpital.

➤ **Les études précédentes :**

Afin d'appuyer la pertinence de l'étude, on tient de présenter certain travaux qui ont abordé une thématique sur la gestion des risques et la qualité des soins.

1.L'étude de (Kamel AJMI,2009) mémoire de master en développement spécialité santé international université Senghour d'Alexendrie sous le titre : « les perspectives de l'introduction d'une culture de sécurité des soins en Tunisie basé sur la qualité et la gestion de risques » Etude de cas de l'hôpital de Tunisie. L'objectif recherché par cette étude est d'avoir une image claire sur l'application des méthodes de gestion de risques en adaptant les recommandations de l'organisation mondiale de la santé (oms) et de la haute autorité de santé.

2. L'étude de (Laichaoui Rahil,2015) mémoire de master en management et entrepreneuriat école des hautes études commerciales d'Alger sous le titre : « la contribution du management de la qualité à la maîtrise des risques liés aux dispositifs médicaux ».Etude de cas entreprise SOCOTHYDE, objectif de l'étude mettre en relief le management de la qualité et la maîtrise des risques plus particulièrement les risques qui sont liés à la fabrication des dispositifs médicaux qui touche la santé humaine, identifier les risques qui peuvent apparaître lors de la fabrication des DM afin de fournir un produit conforme avec ce qui est demandé et par la suite assurer la sécurité des soins.

3.L'étude de (Ayade Mohamed, 2012) mémoire de master en mangement de la santé à l'école national de mangement de la santé Alger sous le titre : « la gestion des risques dans les établissements de santé ».Etude de cas établissement public hospitalier Boufarik. L'objectif de l'étude déterminer l'ensemble des risques auxquels est confronter l'EPH pour pouvoir les classer afin de mieux les maîtriser et garantir la sécurité des patients.

4.L'etude de (OulfaBeghou, 2012) mémoire de master en gestion commerciale université Laarbi Ben MhidiKhanchla sous le titre : « la gestion des risques et son impact sur la qualité des services hospitaliers ». Etude de cas établissement public hospitalier Ali Boushaba .L'objectif de l'étude définir la gestion des risques au sein des EPH, connaître les différents risques auxquels sont exposés les patients, déterminer les stratégies pour réduire le risque et améliorer la qualité des services hospitaliers.

5.L'etude de (NahedMatarid, 2016) mémoire de master en mangement université JilaliNaama : « la qualité des services de santé en établissement hospitalier »L'objectif de l'étude évaluer la qualité des services de santé en milieu hospitalier .

Pour ce faire, nous avons subdivisé notre travail en trois principaux chapitres :

Le premier chapitre portera sur le management des risques. Nous allons présenter d'abord des généralités sur le risque et la gestion des risques à travers les définitions, l'évolution, les différents types de risques et les objectifs de la gestion des risques.

Le deuxième chapitre portera sur le management de la qualité, à travers ce chapitre nous allons aborder dans la première section les généralités sur la qualité , la deuxième section sera consacrée au système du management de la qualité y compris la normalisation et la certification, quant à la troisième section elle sera consacrer à la qualité hospitalière.

Le troisième chapitre sera consacré à l'étude du cas pratique, intitulé la relation entre la gestion des risques et la qualité des soins interne. Dans la première section, nous allons

présenter notre organisme d'accueil. La deuxième section sera consacrée à la méthodologie de recherche choisie et dans la troisième section nous allons nous pencher sur l'analyse des résultats des méthodes utilisées.

Chapitre I

Le management des risques

Introduction

Le risque fait partie intégrante de la vie quotidienne, les organisations et les entreprises essaient d'y faire face en développant et utilisant les méthodes adéquates pour le réduire, cependant le risque zéro n'existe pas et il est impossible à atteindre.

Dans ce chapitre nous allons aborder dans la première section les définitions et notions du risque, dans la deuxième section le management des risques, dans la troisième la gestion des risques hospitaliers.

Section 1 : le risque, concept et définitions

1.1 Evolution du concept :

Le risque est inhérent à l'entreprise et constitue même son essence. Historiquement, Au XVII^e siècle les philosophes et les moralistes englobaient le risque dans la notion de prudence.

La notion de risque a été introduite dès que les probabilités ont été développées au XVIII^e siècle .Le progrès scientifique et le développement technologique ont accru les risques liés au développement industriel et humain cette ère a vu la naissance de la notion de gestion des risques. Les organisations ont développé des méthodes et des moyens pour faire face à l'irréparable.

Les années 1990 marquent le début d'un rapprochement des aspects qualité, sécurité,Santé et protection de l'environnement. Enfin l'avènement de l'ère de la mondialisation associé à l'émergence d'une société d'information entraine l'entreprise dans un environnement instable et mouvant source de risques nouveaux.

1.2 Définition du risque

Avant de passer à la maîtrise des risques, il faut d'abord cerner la notion du « risque » et les différentes définitions qu'on peut trouver :

1.3 La définition scientifique

La définition scientifique du risque inclut une double dimension : celle des aléas et celle des pertes, toutes deux probabilisées. En conséquence, un risque se caractérise par deux composantes : le niveau de danger (probabilité d'occurrence d'un événement donné et intensité de l'aléa), et la gravité des effets ou des conséquences de l'événement supposé pouvoir affecter les enjeux.

1.2.2 La définition managériale

Le risque est défini comme étant « toute incertitude ou alea que le groupe doit anticiper, comprendre et gérer pour protéger ses actifs corporels et incorporels, et atteindre les objectifs fixés dans le cadre de sa stratégie ».¹

Il est associé à toute activité humaines et se situe donc à des nombreux niveaux de l'entreprise. La première distinction faite parmi les types de risque, dont ils peuvent être classés en deux catégories : les risques purs qui sont accidentels et les risques spéculatifs qui sont volontaires.

¹MARMUSE (C) et MONTAIGNE (X), « *management du risque* », édition Vuibert entreprise, 1989, p 12

1.2.2.1 Les risques spéculatifs

Toutefois, un risque peut être associé à des événements qui peuvent avoir des conséquences financières négatives ou positives. Dès lors, certains risques sont acceptables si en comparaison avec des pertes possibles, les chances de profit apparaissent élevées.

D'après Knight et Keynes, les risques spéculatifs ne sont pas évaluables. Ils représentent une incertitude car ils ne sont pas déterministes. Ils sont inhérents au choix de l'entreprise d'après la théorie du risque de Knight: investir dans une entreprise, que produire, en quelle quantité, à quel prix, spéculé sur le taux de change, investir à la bourse. Ce sont des risques entrepreneuriaux et financiers. Ils sont stratégiques parce que leur maîtrise fonde les performances de l'entreprise et justifie ainsi la rente qu'elle peut dégager.

1.2.2.2 Les risques purs

Certes, un risque peut être associé à des événements qui ne peuvent avoir que des conséquences négatives. On est soumis malgré soi à ce risque. Il s'agit du risque pur ou opérationnel, inhérent à l'activité de l'entreprise mais surtout à un événement extérieur soudain. Ce risque se manifeste uniquement par un sinistre et ne peut en aucun cas être la contrepartie d'une possibilité d'un gain. Ils sont non voulus mais accidentels (risques Industriels), politique (risques de nationalisation), financier (défaillance d'un client), social (grève)...

1.2.3 Définitions selon quelque auteur

Nous donnons quelques définitions de la notion «**Risque** » selon quelques auteurs : La première définition proposée par le dictionnaire ROBERT qui définit le risque comme suit :

La deuxième est celle de Larousse qui le définit comme une « Possibilité, probabilité d'un fait, d'un événement considéré comme un mal ou un dommage. Danger,

Inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé»². Plus simplement le risque peut être défini, comme un danger susceptible de se produire avec une probabilité et une gravité donnée. Il constitue l'ensemble des facteurs qui peuvent causer des dommages physiques ou psychiques plus ou moins grave pour le malade à cause d'évènements indésirables, imprévisibles et intercurrents.

² Dictionnaire encyclopédie économique, paris, 2012

1.3 Les concepts voisins du Risque

Il faut bien distinguer entre la notion du risque et les concepts voisins tel que :

1.3.1 Situation Dangereuse

Dite aussi menaçante est l'état d'un système en présence de danger ou de menace, situation dans laquelle des personnes ou des biens sont exposés à un ou à plusieurs phénomènes dangereux

- Exemple : Un véhicule conduit par un conducteur inexpérimenté peut être considéré comme une situation dangereuse.

1.3.2 Phénomène dangereux

Où danger est potentiel de nuisances en termes de dommages ou préjudices, aux personnes, aux biens et/ou à l'environnement, un danger peut être un objet, un phénomène ou un processus.

- Exemple : Le phénomène dangereux dans l'exemple précédent est le conducteur inexpérimenté.³

1.3.3 L'accident

Correspond à la concrétisation du risque par l'occurrence de pertes humaines ou matérielles ou de dommages. Suivant la gravité des pertes et des dommages, on parlera d'accident mineur à accident catastrophique⁴.

1.3.4 Dommage

Blessure physique ou atteinte à la santé des personnes, ou atteinte aux biens ou à l'environnement⁵.

1.4 La cartographie des risques

Les entreprises doivent faire face à une multitude de risques, la cartographie des risques s'impose alors comme le meilleur moyen pour effectuer une bonne gestion des risques. Synthétique, visuelle et très explicite, la cartographie des risques permet lors de sa conception, puis de son utilisation, de donner une impulsion sans précédent au management des risques des entreprises. Mettre en place une telle démarche présuppose une réflexion en amont sur la méthode et l'approche à utiliser. La cartographie des risques est classé les risques par ordre d'importance les vulnérabilités, ensuite analyser les situations à risque.

Elle s'appuie sur des variables importantes :

³ TERFAYA (N), *démarche qualité dans l'entreprise et analyse des risques*, édition HOUMA, Alger, 2004, p31

⁴ Idem

⁵ NF EN ISO 14792, édition afnor, 2009, p1

1.4.1 La fréquence Est une mesure d'occurrence, exprimée en nombre de fois qu'un événement se produit dans un temps donné. 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)

Tableau 1: échelle de fréquence des événements indésirables

| Valeur F | Probabilité d'apparition du risque |
|----------|------------------------------------|
| 1 | Jamais |
| 2 | Rare |
| 3 | Occasionnel |
| 4 | Probable |
| 5 | Fréquent |

Source : Elaboré par nous même

1.4.2 La gravité

Il s'agit du niveau de gravité de ses conséquences, voire les impacts dommageables (ou positifs) qu'il peut avoir sur le respect des objectifs de coût, de délai et de qualité

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

Tableau 2: Echelle de gravité

| Valeur G | Critère |
|----------|--|
| 1 | Sans conséquence : n'influence pas la santé humaine. |
| 2 | Mineur : conséquence pas trop grave. |
| 3 | Critique : influence sur la santé humaine et nécessite une intervention. |
| 4 | Catastrophique. |

Source : Elaboré par nous -même

A partir des deux variables précédentes (la gravité et la fréquence) nous calculons une donnée significative :

1.4.2.1 La criticité du risque

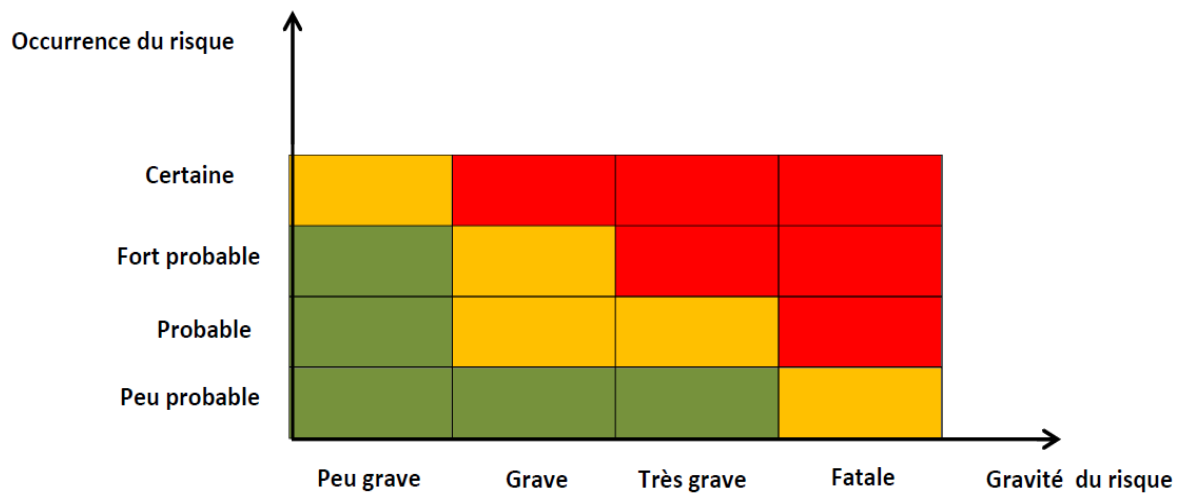
Qui est égale à une synthèse de la gravité et de la probabilité d'apparition du risque, C'est une grandeur à deux dimensions obtenue par la combinaison de la gravité et de la fréquence de l'événement redouté (souvent c'est leur produit). $C = F * G$.⁶

1.4.2.2 La Matrice de la criticité

Les risques identifiés sont ensuite placés dans la matrice de criticité (Figure.) selon leur gravité et leur probabilité d'occurrence. la matrice fait apparaitre trois zones de risques.

- la première zone est en bas de la matrice Les risques situés dans cette zone sont peu critiques.
- deuxième zone (diagonale centrale de la matrice). Les risques ont une criticité qui nécessite leur prise en compte obligatoire avec la définition d'action par leur traitement.
- La zone de risque extrême (le haut de la matrice). Les risques listés dans cette zone doivent faire l'objet d'une attention très importante.⁷

Figure 1 : la matrice de criticité



Source : T'KOUTI (S), opcit, p13

⁶ BERROUANE (B) , « Contribution à la conception des systèmes d'information : une approche d'aide à la conception des systèmes d'information sécurisés », Mémoire de Magister en informatique, INI, Alger.2006

⁷ T'KOUTI (S), « Elaboration d'une cartographie des risque dans un système hospitalier », magister en génie Industrie, Laboratoire d'Automatique et Productique, université de Batna, 2013, p12

1.4.3 Classification des risques

La cartographie des risques se décline généralement sur quatre (4) grandes catégories⁸:

1.4.3.1 Les risques de fréquence faible et de gravité faible

Ce sont des risques qui se produisent rarement, leurs conséquences sont faibles et limités même s'ils se réalisent. Ce risque ne pose aucun problème pour l'entreprise, elle peut donc envivre avec sans soucier. Ces risques sont appelés « Risque mineurs ».

1.4.3.2 Les risques de fréquence faible et de gravité élevée

Ce sont des risques qui se réalisent rarement mais effet sont significatifs. En raison de leur faible fréquence, l'entreprise ne peut pas prévoir et anticiper leur survenance. Ces risques sont catastrophiques pour la firme, des risques est appelé « Risques catastrophique ».

1.4.3.3 Les risques de fréquence élevée et de gravité faible

Ces risques se réalisent souvent avec une conséquence faible. Il est facile à l'entreprise de les prévoir et même parfois les maîtriser.

1.4.3.4 Les risques de fréquence élevée et de gravité élevée

Ces risques se produisent de façon régulière dont l'effet est très significatif, et dans ce cas-là, .

Tableau 3: Des exemples selon la classification des risques

| | Fréquence faible | Fréquence élevée |
|----------------|-----------------------------|---------------------------|
| Gravité faible | Risques mineurs (1) | Risques opérationnels (3) |
| Gravité élevée | Risques catastrophiques (2) | Évitement (4) |

Source : DESROCHES (A), LEROY (A), VALLE (F), « *La gestion des risque : principes et pratiques* », édition Lavoisier, paris, 2003/2007, p65

1.5 Typologies des Risques

Tous ces risques, quel que soit la taille de l'entreprise, son complexité, son secteur économique ou industriel, peuvent être classés par nature et origine comme suit:⁹

1.5.1 Risques financiers

Le risque financier est celui qui paraît le plus évident, dans la mesure où tout dommage s'accompagne en principe d'une perte et d'une réparation. Il se définit comme l'événement aléatoire pouvant avoir un impact sur le résultat de l'entreprise et pouvant affecter son patrimoine. Le risque financier est un risque initial pouvant entraîner à son tour l'occurrence d'autres risques :

⁸ DESROCHES (A), LEROY (A), VALLE (F), « *La gestion des risque : principes et pratiques* », édition Lavoisier, paris, 2003/2007, pp 65-66

⁹ GUENNOUN(M), TALBI(A), « *management des risques et sécurité industrielle*», Thèse de doctorat, Laboratoire de Productique, Énergétique et Développement Durable, Ecole Supérieure de Technologie, Fès, p4

Parmi les risques liés au risque financier, on trouve :

1.5.1.1 Risque de crédit

- Risque de défaillance (default risk).
- Risque de dégradation de la valeur de la créance.

1.5.1.2 Risque de marché

- Risque de taux d'intérêt.
- Risque de change.

1.5.1.3 Risque de liquidité

Le risque de liquidité peut s'analyser en tant que risque d'exploitation, endettement mal maîtrisé ou BFR très important

1.5.2 Les risques stratégiques

Risque lié aux choix stratégique d'une firme pour s'adapter à son environnement concurrentiel. Les choix stratégiques doivent respecter les attentes des actionnaires et des clients, assurer la croissance des revenus et l'amélioration de la qualité de ces services et produits.

Exemples :

- Mauvaise acquisition, échec marketing, ruptures technologiques, préférence des clients au paysage compétitif.

Chocs externes : épidémie, terrorisme.

1.5.3 Les risques environnementaux

Les risques environnementaux sont généralement liés aux périls naturels (tels que les incendies, tremblement de terres, inondations, humidité, sécheresse etc.) Que l'entreprise pourrait supporter. Ce genre de risques ne dépend pas directement de l'action de l'homme.

Mais face au développement du domaine de la responsabilité sociale, l'entreprise doit tenir compte également des risques d'atteinte à l'environnement.

Exemples :

- ✓ Atteinte à l'environnement.
- ✓ Impact négatif des activités sur l'environnement écologique (émission de déchets et effluents etc.).
- ✓ Mauvaise utilisation des ressources naturelles (eau, sol, énergie etc.).

1.5.4 Les risques humains et psychosociaux

Recouvrent les risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés:

- ✓ Risques de maladies.
- ✓ Risques d'accident accru.
- ✓ Absences répétées du personnel et arrêts de travail.

1.5.5 Les risques technologiques

Les risques technologiques : d'origine anthropique, ils regroupent les risques industriels, nucléaires, biologiques, ruptures de barrage... etc.

Les risques de transports collectifs (personnes, matières dangereuses) sont aussi considérés comme des risques technologiques.

❖ **Risques biologiques et les infections** ayant pour origine les micro-organismes pathogènes rencontrés en milieu industriel.

❖ **Risques chimiques :**

Sont les dangers que représentent un produit par ses propriétés chimiques, par ses conditions d'utilisation ou par sa valeur limite d'exposition professionnelle.

- ✓ Risques d'intoxication accidentelle ou chroniques
- ✓ Risques d'incendies ou explosions

❖ **Risques physiques :**

- ✓ Risques dus aux vibrations mécaniques transmises par les solides et les liquides.
- ✓ Risques électriques,...
- ✓ Risques de chocs, risques d'écrasement, Risques d'entraînement, de coupure, piqûre.

1.6 Les sources et origines des risques

Les risques proviennent de deux sources différentes, ces sources peuvent être soit :

- de l'extérieur de l'entreprise ou autrement dit risques exogènes.
- ou bien de l'intérieur de l'entreprise on parle alors de risques endogènes.

Les risques exogènes sont les risques liés à un changement dans l'environnement de l'entreprise (changement politique, économiques, technologiques, sociologiques) qui sont susceptibles d'exercer une influence négative sur les objectifs et les stratégies de l'entreprise.

Les risques endogènes peuvent provenir soit des processus, soit d'une information engestion.

Les risques liés aux processus surviennent lorsque ces derniers ne sont pas performants.

Après avoir connu l'origine des risques, les dirigeants peuvent trouver des méthodes et des outils qui leur permettent de les minimiser, de mieux les contrôler et de se protéger des différentes conséquences qui affectent le fonctionnement et la sûreté de l'entreprise.

Section 2 : Le management des risques

2.1 Définition du management des risques

Le COSO 2, "Enterprise Risk Management Framework" est aujourd'hui le cadre de référence de la gestion des risques, COSO est l'acronyme abrégé de Committee Of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission, une initiative commune de cinq organisations privées créée en 1992. Le comité a pour objectif de devenir leader dans le développement de cadres de référence et de conseils dans les domaines du contrôle interne, du management des risques en entreprise et de la dissuasion des fraudes.

Selon cette référence, le management de risques est défini comme suit :

« Le management des risques est un processus mis en œuvre par le conseil d'administration, la direction générale, le management et l'ensemble des collaborateurs de l'organisation. Il est pris en compte dans l'élaboration de la stratégie ainsi que dans toutes les activités de l'organisation. Il est conçu pour identifier les événements potentiels susceptibles d'affecter l'organisation et pour gérer les risques dans les limites de son appétence pour le risque. Il vise à fournir une assurance raisonnable quant à l'atteinte des objectifs de l'organisation. »¹⁰

Autrement dit c'est un processus par lequel les organisations traitent méthodiquement les risques qui s'attachent à leurs activités et recherchent ainsi des bénéfices durables dans le cadre de ces activités, considérées individuellement ou bien dans leur ensemble. La gestion du risque est centrée sur l'identification et le traitement des risques. Elle a pour objectif d'ajouter le maximum de valeur durable à chaque activité de l'organisation. Elle mobilise la compréhension des aléas positifs ou négatifs qui dérivent de tous les facteurs qui peuvent affecter l'organisation.

Le concept de management des risques constitue ainsi un état d'esprit au service de l'action managériale de l'entreprise. Il est intégré même dans la conception de la formation de la stratégie de l'activité (business).

¹⁰<http://www.coso.org> Consulté le 30/04/2019

Parmi les caractéristiques fondamentales qui régissent le management des risques dans son approche stratégique et moderne, on souligne ce qui suit :

- Un processus dynamique, permanent et interactif
- Il nécessite une vision globale, transversale et systématique de l'ensemble des parties constituant l'organisation
- Il constitue un acte déterminant dans la stratégie corporate et business de l'entreprise
- Il concerne l'ensemble des parties prenantes constituant le système d'organisation de l'entreprise.

2.2 Objectifs du management des risques

Toute organisation détermine ses objectifs stratégiques dans le cadre de sa mission et de sa vision, conçoit une stratégie et décline les objectifs qui en découlent à tous les niveaux pertinents de l'entité. Le cadre de management des risques a pour objectif d'aider l'organisation à atteindre ses objectifs qu'il regroupe en 4 grandes catégories, à savoir¹¹ :

- Les objectifs stratégiques : objectifs servant la mission de l'organisation.
- Les objectifs opérationnels : objectifs visant l'utilisation efficace et efficiente des ressources.
- Les objectifs de reporting : objectifs liés à la fiabilité du reporting.
- Les objectifs de conformité : objectifs de conformité aux lois et aux réglementations en vigueur.

2.3 Le Dispositif du management des risques

Dans son optique de bonne maîtrise des activités, le COSO 2 retient huit éléments essentiels et jugés nécessaires pour une bonne maîtrise des activités à savoir¹²:

2.3.1 Environnement interne

L'environnement interne englobe la culture et l'esprit de l'organisation. Il structure la façon dont les risques sont appréhendés et pris en compte par l'ensemble des collaborateurs de l'entité, et plus particulièrement la conception du management et son appétence pour le risque, l'intégrité et les valeurs éthiques, et l'environnement dans lequel l'organisation opère.

L'environnement interne est le fondement structurel sur lequel s'appuient tous les autres éléments du dispositif de management des risques.

¹¹ IFACI et Price Waterhouse coopères, « *le management des risques de l'entreprise : cadre de référence et technique d'application* », Edition d'organisation, paris, 2005, p 5

¹² YAICH (A), « *Le cadre de mangement des risques* », In revue comptable et financier, N°85, 2009

Dans ce sens, l'environnement interne exerce une Influence sur :

- la façon dont les stratégies et les objectifs sont définis,
- la façon dont les activités sont structurées et les risques identifiés, évalués et gérés,
- la conception et le fonctionnement des activités de contrôle, les systèmes d'information et de communication,
- et le suivi des opérations.

2.3.2 Fixation des objectifs

La détermination des objectifs est un facteur essentiel de réussite de chaque organisation.

C'est par rapport aux objectifs que l'organisation identifie les risques qui peuvent influencer, justement, sa stratégie

Selon COSO 2, Les objectifs doivent avoir été préalablement définis pour que le management puisse identifier les événements potentiels susceptibles d'en affecter la réalisation.

En définissant des objectifs au niveau global de l'organisation et au niveau plus détaillé des activités, une entité peut identifier les facteurs clés de succès, à savoir les éléments indispensables à l'atteinte des objectifs. Ces facteurs clés de succès existent au niveau d'une organisation, d'une unité, d'une fonction, d'un département ou d'un individu.

Le management des risques permet de s'assurer que la direction a mis en place un processus de fixation des objectifs et que ces derniers sont en ligne avec la mission de l'entité ainsi qu'avec son appétence pour le risque

2.3.3 Identification des événements

Les événements internes et externes susceptibles d'affecter l'atteinte des objectifs d'une organisation doivent être identifiés en faisant la distinction entre risques et opportunités.

Les opportunités sont prises en compte lors de l'élaboration de la stratégie ou au cours du processus de fixation des objectifs.

L'importance de l'identification de tous les événements ne justifie que le cadre de management des risques en fait un élément autonome qui doit être réalisé de façon indépendante des autres éléments de management des risques et de recommander d'éviter particulièrement de confondre l'identification des risques et leur évaluation.

2.3.4 Evaluation des risques

Les risques sont analysés, tant en fonction de leur probabilité que de leur impact, cette analyse servant de base pour déterminer la façon dont ils doivent être gérés. Les risques inhérents et les risques résiduels sont évalués.

Le risque inhérent est défini par le cadre COSO comme étant «*celui auquel une entité est exposée en l'absence de mesures correctives pour en modifier la probabilité d'occurrence ou l'impact*¹³» alors que le risque résiduel est «*le risque auquel l'entité reste exposée après la prise en compte des solutions mises en œuvre par le management*¹⁴».

La démarche consiste à évaluer le risque inhérent dans un premier temps puis, une fois les réponses définies, l'évaluation porte sur les risques résiduels

2.3.5 Traitement des risques

Il s'agit de la décision qui doit être prise suite à l'évaluation des risques, le meilleur moyen pour le traitement des risques serait de ne pas réaliser l'activité qui risquerait de l'engendrer mais ce choix n'est qu'un type de traitement particulier par rapport à un éventail de solutions possibles¹⁵ :

- L'évitement (supprimer le risque en cessant l'activité à l'origine du risque),
- La réduction (mettre en œuvre des dispositions pour réduire la probabilité ou l'impact du risque),
- Le partage (recours à l'assurance, à des opérations de couvertures ou l'externalisation de l'activité concernée)
- Ou enfin l'acceptation (compte tenu du coût des dispositions à mettre en œuvre, l'organisation préfère accepter le risque en l'état).

2.3.6 Activités de contrôle

Les activités de contrôle permettent de garantir que les mesures prises par la direction en vue de piloter les risques et de réaliser les objectifs sont réellement mises en œuvre, Pour plus de tâches d'efficacité, elles devraient être intégrées le plus directement possible dans les processus métiers.

Selon l'effet dans le temps, un contrôle peut être préventif ou détecteur, les contrôles préventifs ont pour objectif de prévenir les erreurs. Les contrôles détecteurs sont des contrôles de conformité et de concordance. Les types d'activités de contrôles sont¹⁶:

- Approbation, autorisation et vérification.

¹³ (IFACI et Price Waterhousecoopers) : opcit,

¹⁴Ibid

¹⁵HASSID, (O) , *La gestion des risques*, 2eme édition, édition DUNOD, Paris, 2008, p69

¹⁶ IFACI, *s'initier à l'audit interne, support formation des auditeurs*, Alger, 2013/2014, p20.

- Revue des indicateurs de performances.
Sécurité des biens.
- Séparation des Contrôle des systèmes d'informations

2.6.7 Information et communication

Le système d'information est défini par HILLION comme suit : « un système intégrant l'ensemble des processus visant l'acquisition, le stockage, le traitement et la diffusion de l'information au sein de l'entreprise, sans préjuger de leur localisation ni, par conséquent, des structures chargées de les gérer¹⁷».

Un bon système d'information doit avoir les caractéristiques suivantes :

- Permettre la production d'informations fiables, exhaustives, disponibles accessibles et adaptées aux besoins de l'entreprise.
- Garantir la qualité des sources de données en internes et externes.
- Comporter des procédures efficaces de collecte, de traitement et de diffusion des informations.

2.3.8 Pilotage

- **Le pilotage courant** : Il repose sur l'observation active et directe, il nous permet de détecter les problèmes de l'entreprise et d'identifier les dysfonctionnements et d'entreprendre les actions correctrices de façon efficace.
- **Les évaluations spécifiques** : elles focalisent sur des activités de gestion du risque permettent d'émettre un regard neuf et de réfléchir sur l'efficacité du système de gestion des risques. L'évaluation spécifique peut se faire selon l'auto-évaluation des personnes ou bien l'évaluation par les tiers (audit interne et externe de l'entreprise)., à savoir¹⁸:
- **Le pilotage courant** : Il repose sur l'observation active et directe, il nous permet de détecter les problèmes de l'entreprise et d'identifier les dysfonctionnements et d'entreprendre les actions correctrices de façon efficace.
- **Les évaluations spécifiques** : elles focalisent sur des activités de gestion du risque permettent d'émettre un regard neuf et de réfléchir sur l'efficacité du système de gestion des risques. L'évaluation spécifique peut se faire selon l'auto-évaluation des personnes ou bien l'évaluation par les tiers (audit interne et externe de l'entreprise).

¹⁷ HILLION (J), in revue audit n° 151, septembre 2000.

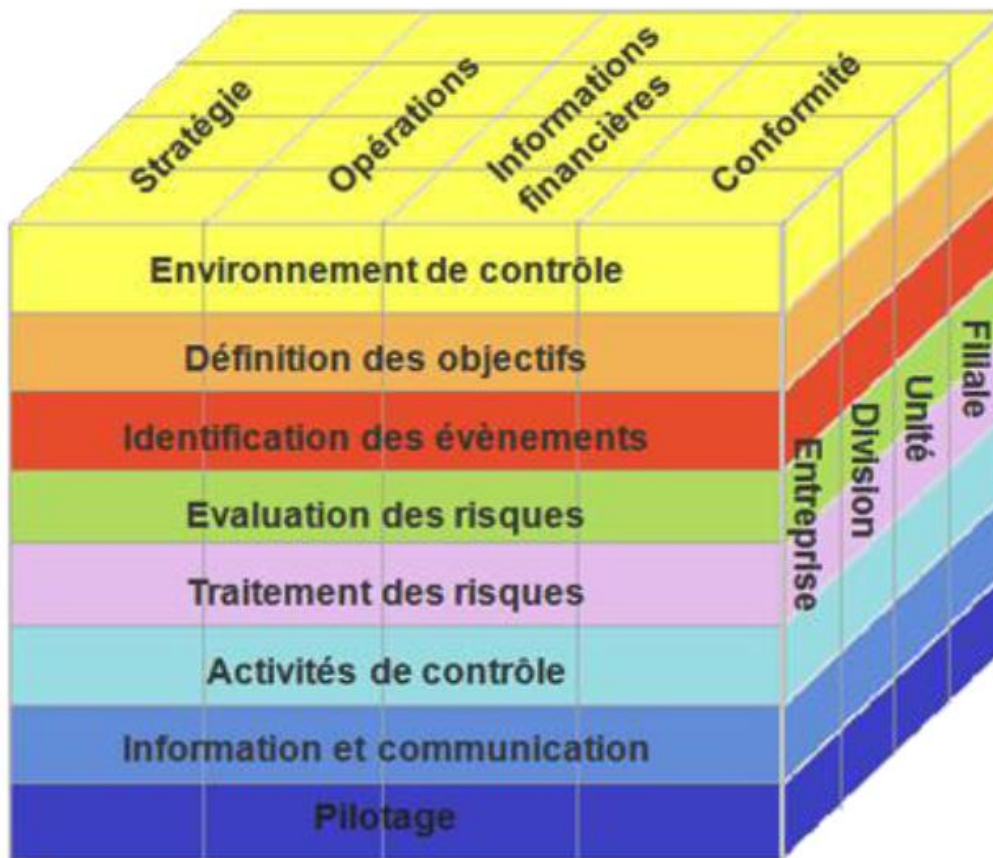
¹⁸ YAICH (A).opcit, p70-71

- **Le reporting sur les défaillances du dispositif** : Un système de gestion des risques bien organisé constitue en lui-même une des meilleures sources d'information sur ses propres défaillances. Suivi de la résolution des anomalies et amélioration continue.

Pour être efficace, un système de pilotage de la gestion du risque comporte le suivi des actions correctrices et assure l'amélioration continue du système de gestion du risque dans son ensemble.

Il existe une relation directe entre les objectifs à atteindre et les éléments du dispositif de management des risques. Cette relation est illustrée par la matrice en trois dimensions suivante :

Figure 2: le référentiel management des risques COSO II



Source : IFACI, *s'initier à l'audit interne, support formation des auditeurs*, Alger, 2013/2014: p19

- Les quatre catégories d'objectifs sont représentées par les colonnes
- Les huit éléments du management des risques par les lignes
- Les unités de l'organisation par la troisième dimension

Cette représentation illustre la façon d'appréhender le management des risques dans sa globalité ou par catégorie d'objectifs, par élément, par unité ou bien en les combinant.

2.4 Les conditions nécessaires à la mise en place de management des risques

Le management des risques est loin d'être une simple opération à concrétiser, il s'agit d'un processus complexe lié au management, à la communication et à la conduite des hommes.

L'initiation à la culture du risque au sein de l'entreprise figure parmi les conditions nécessaires de la réussite de ce processus.

Selon BERTHELEMY¹⁹, d'autres conditions sont aussi déterminantes dans la dynamique d'audit processus, à savoir :

- L'appui de la direction générale.
- La mise en évidence de la valeur ajoutée, qu'apportera ce processus à l'échelle de l'entreprise.
- La coopération des managers fonctionnels (y compris des domaines financiers et de contrôle de gestion) et opérationnels.
- L'exactitude de l'information
- L'affectation d'agents expérimentés et proche des opérations pour la prise en charge du processus.
- L'objectivité dans l'élaboration de la cartographie des risques.

2.5 Le processus de management des risques

Ce qui caractérise le processus de management des risques, c'est l'utilisation d'une approche systématique globale et intégrée, approche qui permet ainsi l'identification et la priorisation des risques. Cette dernière est accompagnée et renforcée par une mise en place de stratégies pour atténuer les risques. Cette approche a un double objectif, le premier porte sur la prévention des risques et le second consiste à la détection au plus tôt des problèmes actuels.

Les étapes du processus de management des risques se présentent comme suit :

2.5.1 Identification et évaluation des risques

¹⁹ BERTHELEMY (B) et COURREGES (P), « *la gestion des risques ; méthodes d'optimisations* ». Edition d'organisation. Paris.2000/2004, p 65

L’IIA et l’IFACI, dans le glossaire des normes définissent le risque comme : « *la possibilité que se produise un événement susceptible d’avoir un impact sur la réalisation des objectifs*²⁰ ». Chaque entreprise doit avoir conscience des risques auxquels elle est exposée et savoir comment les piloter.

2.5.2 Identification du risque

En premier lieu, il s’agit d’identifier les principaux risques, internes et externes et réaliser une cartographie des risques basée sur les événements susceptibles de faciliter, d’empêcher, de différer l’atteinte des objectifs. Le dispositif vise aussi à s’intéresser aux risques liés à la non saisie d’une opportunité.²¹

La cartographie permet d’atteindre trois objectifs :²²

- Inventorier : évaluer et classer les risques de l’organisation.
- Informer les responsables afin que chacun soit en mesure d’y adapter le management de ses activités.
- Permettre à la direction générale, et avec l’assistance du risk manager, d’élaborer une politique de risque qui va s’imposer à tous.

2.5.2.1 Les outils d’identification des risques

Il y’a un nombre d’outils importants permettant au gestionnaire des risques de fixer les niveaux de vulnérabilité de l’entreprise. Cela suppose une coopération avec les hommes de terrain, les responsables opérationnels ou tout simplement si il y’a lieu d’intégrer l’ensemble des parties prenantes à l’environnement endogènes et exogènes de l’entreprise.

Parmi ces outils servant à l’identification des risques on citera :

i. Les états comptables et financiers

L’examen des états financiers permettent de ressortir les vulnérabilités auxquelles l’entreprise peut être confrontée. L’analyse des bilans, comptes de résultats, des annexes réglementaires et rapport du commissaire aux comptes doivent permettre d’identifier les risques susceptibles d’affecter l’entreprise et les conséquences de leur réalisation, le bilan doit être examiné à travers la situation nette (actif-passif), un accent doit être mis sur le poste d’actif corporel (investissement et stock) et les méthodes de leur évaluation. Coté passif, vérifier l’état de provisions, des dettes et leur proportion par rapport aux fonds propres. Le compte de résultat doit être analysé du côté de la formation du résultat.

²⁰ IFACI, op.cit., p20

²¹ KEREBEL (P), *Management des risques*, éditions d’organisation, Paris, 2009, p62

²² RENARD(J) et NUSSBAUMER(S), « *Audit interne et contrôle de gestion : pour une meilleure collaboration* », éditions d’organisations, Paris, 2011, p9

ii. Les documents internes et externes

Tous les documents qui circulent au sein d'une organisation peuvent contenir des informations indiquant un risque. Les comptes rendus des conseils d'administration, des comités de direction et groupes stratégiques doivent être lus avec soin.

iii. Le schéma de production

Il a pour objectif de décrire par un graphique ou à l'aide d'une séquence les activités d'un procédé particulier. Il permet de mettre à jour les défaillances du processus et dont la survenance crée un arrêt dans tout le système. La recherche des vulnérabilités à partir du schéma de production permet d'atteindre des objectifs de l'organisation et ce en évitant l'arrêt ou le ralentissement du processus de production.

iv. Le questionnaire

est mis au point pour établir un profil de risque qui doit recouvrir pour l'essentiel les risques de dommage aux biens, les pertes de revenus, les responsabilités et au moins déterminer les principales vulnérabilités en ce qui concerne le personnel. Les questionnaires sont rédigés avec précaution et sont destinés à n'importe quelle personne. C'est un outil précieux de collecte des données pour un gestionnaires des risques

v. Brainstorming

Quand les problèmes rencontrés sont mal définis, il est souvent très utile de faire recours à des réunions (sessions) de 'brainstorming'. De ce fait, les rencontres répétées des partenaires, durant les différentes phases du projet, permettent de déceler certains risques et de leur trouver les solutions adéquates²³

2.5.3 Analyse du risque

L'évaluation des risques ne se résume pas seulement à l'identification des risques, elle comporte également la mesure de leur impact mais aussi leur probabilité d'occurrence afin de mieux les hiérarchiser du plus important au moins important : « élevés », « moyens » ou « faibles ».

2.5.4 Traitement des risques

²³ OUAHDI (S), « Etude d'analyse les risques dans les projets ppp : proposition et hiérarchisation », thèse de doctorat en génie civil de construction, école technologique supérieur, Montréal, 2008, p16

Le cadre COSO retient quatre types de traitement des risques (l'évitement, la réduction, le partage et l'acceptation)²⁴

- ✓ **L'évitement** : il consiste à cesser ou à céder les activités génératrices du risque que l'organisation n'est pas prête à assumer. L'évitement suppose qu'aucune des réponses identifiées ne soit à même de réduire la probabilité d'occurrence et l'impact à des niveaux acceptables de risque résiduel.
- ✓ **La réduction** : qui consiste à prendre des mesures qui soient à même de réduire la probabilité d'occurrence ou l'impact ou les deux à la fois de sorte que le risque résiduel descende à un niveau correspondant à la tolérance au risque.
- ✓ **Le partage**: qui consiste à transférer (externalisation ou sous-traitance, par exemple) ou à couvrir le risque, moyennant un coût compatible (achats de produits d'assurance ou opérations de couverture) pour diminuer sa probabilité d'occurrence ou son impact sur l'entreprise à un niveau correspondant à sa tolérance au risque.
- ✓ **L'acceptation** : lorsque le risque inhérent se situe déjà au niveau de la tolérance aurisque, la solution consiste à n'engager aucun coût spécifique pour modifier la probabilité d'occurrence ou l'impact du risque tolérable.

3.5.4 Suivre l'évolution des risques

Les efforts déployés par l'entreprise en matière de suivi de l'évolution du risque demeure un moyen déterminant et constitue même le moyen de prévention adéquat aux exigences de l'entreprise, sur les différents plans. La littérature la plus récente en matière de management des risques a mis en valeur les aspects liés à la prévention, il s'agit de surveiller l'évolution des risques de l'entreprise devant les impératifs de son environnement.

Certains risques pouvant disparaître, d'autres apparaître ou d'autres encore, considérés initialement comme faibles, pouvant devenir rapidement inacceptables pour la sécurité du système dès lors qu'ils n'ont pu être maîtrisés, le niveau d'exposition aux risques est amené à changer.

C'est pourquoi il est important de procéder périodiquement au suivi et au contrôle des risques encourus. L'objet de cette troisième étape est de mettre à jour la liste initiale des risques identifiés, d'affiner les données des risques déjà connus, de réévaluer leur criticité, de contrôler l'application des actions de maîtrise, d'apprécier l'efficacité des actions engagées, et de surveiller le déclenchement des événements redoutés et leurs conséquences

3.5.5 Capitalisation et documentation des risques

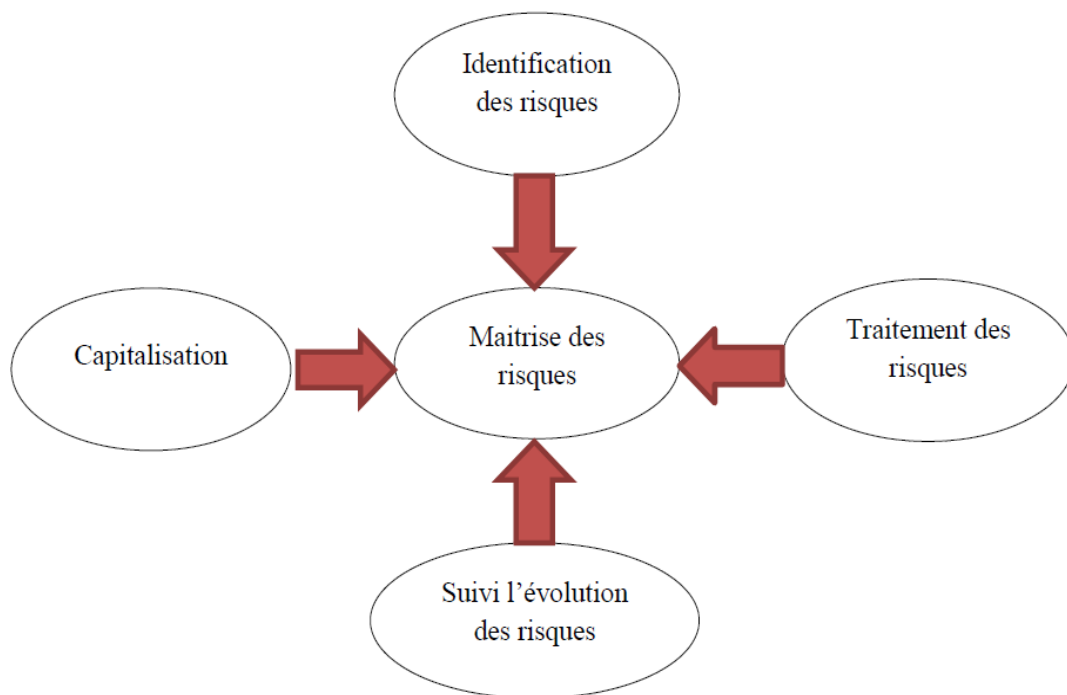
²⁴ IFACI et Price Waterhouse coopers, Op cit, P 84.

La gestion des risques nécessite enfin de capitaliser le savoir-faire et les expériences acquises et d'établir une documentation (manuelle ou automatisée) rigoureuse sur les risques associés au système. Cela doit permettre d'enrichir la connaissance des risques potentiels et dommageables, d'accroître la réactivité à chaque niveau d'intervention, de faciliter la prise de décision et d'améliorer l'efficacité des actions de maîtrise.

Pour cela, il convient, d'une part, de formaliser un certain nombre de documents permettant d'assurer la traçabilité des risques rencontrés, des actions engagées, ainsi que les résultats obtenus. D'autre part, il convient d'organiser et de planifier la collecte et le stockage des informations utiles. Cette capitalisation et cette documentation des risques doivent être effectuées de manière périodique afin de donner l'état global des risques encore encourus et d'apprécier l'état d'avancement des actions de maîtrise mises en œuvre

Le schéma suivant récapitule tous le processus de management des risques :

Figure 3 : Démarche de la maîtrise des risques



Source : BERROUANE (B) , « Contribution à la conception des systèmes d'information : une approche d'aide à la conception des systèmes d'information sécurisés », Mémoire de Magister en informatique, INI, Alger.2006, p36

Section 3 : Gestion des risques hospitaliers

Dans cette section nous allons aborder les risques en milieu hospitalier ainsi que la gestion des risques hospitaliers.

3.1 Définitions

3.1.1 Les risques hospitaliers

« 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 même »²⁵.

3.1.2 Risques iatrogènes

« Sont définis comme étant « des risques liés à l'intervention médicale ou plus largement à une action sanitaire, qui comprennent les complications des actes médicaux, les effets adverses des médicaments, les chutes, les erreurs de diagnostic, les insuffisances de suivi clinique, les défauts d'information, le non-respect du secret médical... Tous les événements indésirables qui surviennent au cours d'une hospitalisation sont qualifiés de nosocomiaux ».²⁶ Plusieurs notions similaires apparaissent dans le domaine de la santé et qui découlent principalement de la spécificité du secteur. Ces notions sont les suivants:

3.1.3 Événement indésirable (EI)

AE, Adverse Event selon l'ANAES l'EI est une « situation qui s'écarte de procédures ou de résultats escomptés dans une situation habituelle et qui est ou qui serait potentiellement source de dommages. Il existe plusieurs types d'événements indésirables : les dysfonctionnements, les incidents, les événements sentinelles, les précurseurs, les presque accidents, les accidents »²⁷, cette définition ne fait pas exclusivement référence aux soins.

3.1.4 Événement Indésirable Grave

EIG est défini selon Brennan comme « un événement ayant une nature négative pour le patient, un caractère certain de gravité (cause ou prolongation du séjour hospitalier, incapacité,

²⁵ Desroches A, Leroy A, J-F Quaranta, Vallée F. « Dictionnaire d'analyse et de gestion des risques. Collection Management et Informatique ». Paris: Lavoisier; 2006, 497p.

²⁶Idem

²⁷ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Paris: ANAES; 2004,131p.

risque vital), et qui a un lien avec les soins de prévention de diagnostic de thérapeutique ou de réhabilitation »²⁸.

3.1.5 Événement Indésirable Evitable (EIE)

L'ANAES le définit comme « un événement qui ne serait pas survenu si les soins ou leur environnement avait été conformes à la prise en charge considérée comme satisfaisante »

3.1.6 La gestion des risques à l'hôpital

Il n'existe pas aujourd'hui de consensus sur la définition de la gestion des risques en établissement de santé. Certains le définissent comme « un effort planifié 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 »

La gestion des risques à l'hôpital est 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.

Prévenir les risques et ainsi améliorer la sécurité des établissements de santé supposent désormais de développer une approche « systémique » prenant en compte la globalité et la difficulté des activités de production de soins et de l'environnement de l'établissement, les facteurs techniques, humains, et organisationnels. La qualité de l'organisation est un facteur essentiel influant sur la survenue des événements.

- La HAS la définit également comme « Une démarche de gestion des risques a pour but d'assurer la sécurité des patients, et en particulier de diminuer le risque de survenue d'évènements indésirables associés aux soins. Cette démarche est guidée au moyen d'une politique institutionnelle et d'un programme d'actions évolutif, établi selon les risques spécifiques de l'établissement et les priorités retenues. »²⁹

Les objectifs courants visés par la gestion des risques sont :

- La prévention, donc intervenir avant l'évènement indésirable pour diminuer sa fréquence,
- La protection, donc agir si l'évènement indésirable survient à la fin
- de le détecter de façon précoce et de limiter ses conséquences,

²⁸ Amalberti R, Gremion C, Auroy Y, Michel P, Salmi R, Parneix P, « *Les systèmes de signalement des évènements indésirables en médecine* », Etude et Résultat 2007, p 58

²⁹ HAS. (2012, Mars), « *Amélioration des pratiques et sécurité des soins, La sécurité des patients, Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, Des concepts à la pratique* », p 9

- Réduire les réclamations et contentieux, en valorisant les déclarations d'évènements indésirables et ainsi permettre la remontée d'informations comme support d'informations,
- Augmenter la sécurité objective ou technique des patients,
- Augmenter la sécurité perçue par les patients en augmentant leur confiance.

3.2 Les domaines de gestion des risques à l'hôpital

3.2.1 Risques techniques et environnementaux

Les risques techniques et environnementaux font l'objet particulier de la connaissance du patrimoine d'un établissement de santé, et qui correspondant au recensement et à l'état des biens (installations, équipements techniques, bâtiments) et la spécificité de la gestion des risques techniques et environnementaux³⁰.

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

3.2.2 Equipements biomédicaux

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

3.2.3 Services cliniques et médicotechniques

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

3.3 La typologie des risques à l'hôpital

3.3.1 Les risques liés aux activités médicales et de soins

Ils regroupent l'ensemble des évènements 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, ou de maîtrise insuffisante ou bien au non-respect d'un geste technique, d'une procédure), à l'utilisation d'un produit de santé (médicament, équipement médicaux, produits

³⁰ 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, n422, p.31-37.

sanguins, 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.

3.3.2 Les risques liés à un évènement à un évènement technique ou logistique

Recouvrant toute l'activité hospitalière concernant les dommages aux infrastructures immobilières, aux mobiliers à l'informatique, 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.

3.3.3 Les risques communs à la gestion de toutes les organisations

Il s'agit des risques liés à la dynamique économique de l'hôpital, perte de ressources humaines (accident de travail, risque social, ou départ d'une personne clé, grève etc.) engagement de la responsabilité (faute professionnelle, non-respect de la conformité réglementaire, défaut de surveillance, fraude, etc.), atteinte de l'image de marque etc. Ils peuvent avoir ou non un effet sur les activités médicales et de soins comme les risques techniques, les conséquences de ces risques se déclinent en termes de surmortalité et de morbidité.

3.4. Les méthodes d'identifications et d'analyses des risques

3.4.1 Les méthodes d'identification et d'analyse des risques à posteriori

3.4.1.1 Analyse des Modes de Défaillance et de leurs effets AMDE

C'est une procédure d'analyse des modes de défaillance potentiels des éléments d'un système afin de déterminer leurs effets sur un système et de les classer en fonction de leur gravité.

L'Analyse des Modes de Défaillance et de leurs effets est définie comme une méthode de prévention qualitative.

3.4.1.2 Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité AMDEC)

Méthode d'analyse et de prévention des défaillances potentielles (une défaillance est une fonction prévue mais non remplie, le mode de défaillance est l'évènement par lequel se manifeste la défaillance). Cette méthode d'analyse rigoureuse permet, après avoir réalisé une

analyse fonctionnelle, d'évaluer les risques afin de prévenir les défaillances ou d'en prévenir les effets.³¹

 **Champ d'application** : la gestion des risques

Cette méthode doit être appliquée de manière rigoureuse, cependant elle peut alors présenter certains caractères contraignants. Elle peut être utilisée pour les processus exigeant un taux d'erreur proche de zéro.

Dans les autres cas, elle pourra être utilisée de manière «dégradée», avec beaucoup plus de souplesse.

 **Objectifs**³² :

- Optimiser la fiabilité d'un produit et d'un processus en prévenant l'apparition des risques, c'est-à-dire :
- Détecter les défauts à un stade précoce et si possible dans la phase de conception, de développement et de planification ;
- Recenser les risques ;
- Hiérarchiser les risques par la détermination de leur criticité ;
- Mettre en œuvre des actions préventives pour les risques dépassant un seuil de criticité déterminé.

 **Origine** :

Méthode développée dans les années 60 par la NASA pour le projet Apollo. Elle a été appliquée dans l'aéronautique, l'aérospatiale et le nucléaire, puis utilisée dans l'industrie automobile.

L'Am8MDEC est dérivée de l'AMDE, analyse des modes de défaillance et de leurs effets, à laquelle elle ajoute la quantification des risques et leur hiérarchisation.

 **Conditions de réussite** :

Utiliser la méthode dans les premières phases de la conception d'un produit ou d'un processus.

Expliciter la démarche et soutenir les membres du groupe de travail.

Procéder de façon méthodique et disciplinée.

Réaliser une analyse fonctionnelle préalable du processus.

³¹ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES, « *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de sante* ». Paris: ANAES; 2000, 136p.

³² Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé , op cit, p 139

Centrer l'analyse sur l'essentiel pour atteindre le but recherché : un niveau de détail excessif et inutile risquerait de rendre l'AMDEC lourde et inefficace et d'en faire une méthode peu appréciée des utilisateurs , rester constamment vigilant afin de ne pas compliquer ou bloquer le fonctionnement du processus, ce qui serait un risque plus grand que ceux que l'on souhaite supprimer.³³

 **Description :**

Principales étapes de la méthode :

- Initialisation de l'étude : définir les objectifs et les limites de l'étude.
- Réunir les acteurs concernés par le processus susceptibles de participer à l'étude.
- Établir la séquence des étapes du processus sous la forme d'un enchaînement d'actions.
- Repérer l'effet de chaque défaillance potentielle sur le processus.
- Identifier des causes des défaillances potentielles par séquence.
- Attribuer à chaque défaillance une note correspondant à la gravité, la probabilité d'occurrence, ainsi que la probabilité de non-détection.
- Calculer la valeur de la criticité.
- Choisir la valeur de la criticité pour laquelle le risque est acceptable.
- Engager un plan d'action pour réduire la valeur de la criticité sur les défaillances où le niveau de risque est jugé inacceptable.
- Reprendre l'analyse à la première étape après le plan d'action qui a modifié le processus afin de réévaluer les risques pour ne pas en créer de plus importants que ceux qui ont été supprimés.

Tableau 4 :Exemple de synthèse de l'application de l'AMDEC à un processus

Source :Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ,op cit ,p 55

³³idem

| Processus : Etapes | Défaillances des étapes élémentaires | Causes de défaillances | Effets des défaillances | G | O | D | Criticité : G*O*D | Action Correctives |
|-----------------------|--|---------------------------|----------------------------|---|---|---|----------------------|-----------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

G : gravité. La gravité dépend du retentissement de la défaillance ; en particulier si le défaut atteint la sécurité des personnes la gravité sera considérée majeure.

O : probabilité d'occurrence. La probabilité d'occurrence peut être facile à calculer lorsqu'il s'agit d'une défaillance technique, par contre lorsqu'il s'agit d'une erreur humaine, il faut utiliser le retour d'expérience dans la mesure où des données sont disponibles sur ce thème.

D : probabilité de non-détection de la non-conformité pendant le déroulement du processus. Si la non détection du défaut a des conséquences pour le client du processus, la quantification de D sera importante et nécessitera absolument une action corrective.

Le produit des trois coefficients détermine la criticité. La criticité permet de hiérarchiser les problèmes suivant les critères choisis par l'équipe projet. Les risques estimés à partir de la criticité seront pris en compte, une action corrective sera conduite. L'évolution du processus générée par les différentes actions correctives nécessitera une nouvelle AMDEC.

L'AMDEC est par essence une « critique » ; il est impératif que cette critique reste constructive et positive pour l'amélioration du processus.

3.4.1.3 Analyse Préliminaire des Risques APR

C'est une méthode analytique, inductive, qualitative et semi-quantitative d'analyse des risques mise en œuvre pour identifier les situations dangereuses et les scénarios d'accident associés³⁴.

- **Mise en œuvre :**

L'APR est mise en œuvre dès la conception d'un système en développement ou dès que ses conditions d'exploitation (procédure, environnement...) changent et sont susceptibles de générer de nouvelles contraintes³⁵.

- **Objectif :**

L'APR a pour objectif l'identification des causes d'un événement redouté et de la gravité de ses conséquences sur le système et son environnement en termes d'agression, de dommages ou de pertes.

³⁴Desroches A, Leroy A, J-F Quaranta, Vallée F. Dictionnaire d'analyse et de gestion des risques. Collection Management et Informatique. Paris: Lavoisier; 2006, 497p.

³⁵idem

L'APR a pour objectif l'identification des causes d'un événement redouté et de la gravité de ses conséquences sur le système et son environnement en termes d'agression, de dommages ou de pertes.

 **Champs de couverture :**

L'APR couvre l'identification :

- des incertitudes sur sa mission,
- des dangers auxquels il peut être confronté,
- des situations dangereuses dans lesquelles il peut se retrouver volontairement ou à son issu,
- des scénarios conduisant à des événements redoutés,
- des conséquences sur le système et son environnement, des traitements de maîtrise des risques,
- des actions de gestion du risque résiduel

Les domaines d'application sont les ensembles fonctionnels, matériels, logiciels et procédures opérationnelles au niveau de décomposition macroscopique.

Les entrées sont des architectures fonctionnelle ou matérielle du système en phase opérationnelle. Les sorties sont les listes des actions de maîtrise des risques (matériels, procédures et formation). Réalisée de préférence en groupe de travail, l'ARP s'appuie sur des listes guides pour identifier et analyser les situations dangereuses selon la procédure suivante³⁶.

- Elaboration de la cartographie des situations à risque.
- Analyse des risques des scénarios d'accident associés à chaque situation à risque identifié.

 **Importance de la méthode :**

L'ARP fournit une base à l'évaluation du risque, au traitement du risque, à l'acceptation du risque et au traitement du risque. Elle peut être réalisée sur toute activité industrielle, financière, sanitaire, à chaque niveau que ce soit (mission, système, composants...).

3.4.1.4 Hazard and Operability Study HAZOP

C'est une méthode d'identification des risques reposant sur une analyse des conséquences des m&déviation de paramètres physiques régissant le comportement de fluides.³⁷

 **En quoi consiste la méthode**

³⁶Desroches A, Leroy A, J-F Quaranta, Vallée op cit p 496

³⁷Desroches A, Leroy A, J-F Quaranta, Vallée op cit p 499

La méthode HAZOP consiste à déterminer si des déviations, par rapport à leurs valeurs nominale, des divers paramètres physiques (température, pression, concentration...) régissant le procédé peuvent créer des dangers.

Cette recherche est faite par une équipe pluridisciplinaire (spécialiste du procédé, spécialité de l'instrumentation...) travaillant sous la direction d'un animateur.

Pour stimuler « le processus de création créative » (l'identification des déviations possibles) des mots clés sont utilisés : PLUS, MOINS, AUSSI BIEN QUE etc. les déviations de chaque paramètre d'intérêt sont passées en revue l'une après l'autre afin de mettre en évidence leurs causes, leurs conséquences, les moyens de détection et les moyens de protection existants lorsqu'une déviation dangereuse a été détectée.

Lorsque l'équipe juge que les moyens existants sont insuffisants elle propose des actions complémentaires ; ces dernières sont ensuite revues afin de proposer un plan d'action hiérarchisé.³⁸

Les actions requises sont enregistrées sur des formulaires ad hoc au fur et mesure du déroulement des sessions de brainstorming.

3.4.1.5 Méthode de diagramme causes-conséquences

C'est une représentation graphique des liaisons logiques entre les causes et les conséquences d'un scénario d'accident. La probabilité d'occurrence de chacune des conséquences peut être évaluée³⁹.

Le diagramme causes conséquences est formé de deux parties:

- le diagramme des conséquences dont on peut déduire de manière directe un arbre d'événements équivalent,
- les diagrammes de causes qui sont les arbres des défauts explicitant la défaillance des diverses branches du diagramme des conséquences précédent.

3.4.1.6 Méthode de diagramme causes-effets ⁴⁰

Il permet de visualiser les relations de causes à effets dans le traitement d'un problème. À partir des 5 M (des cinq familles de causes possibles), l'animateur recherche les causes originelles, celles qui génèrent le problème et dont le traitement permettra de supprimer les effets indésirables.

³⁸idem

³⁹Desroches A, Leroy A, J-F Quaranta, Vallée op cit p 500

⁴⁰ISHIKAWA, (Kaoru), « les 6M ou diagramme d'Ishikawa », direction Lean, P .3.

Ce diagramme permet de centrer l'attention des membres d'un groupe sur le sujet traité par l'animateur et donne une représentation graphique (donc plus facile à lire) de la mécanique d'un problème. Nous en parlons également dans la méthode de résolution de problèmes.

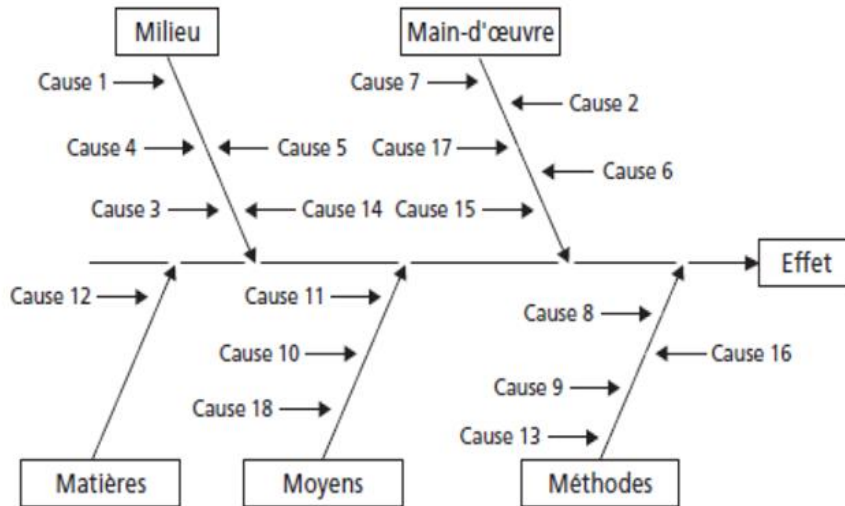
Dans les entreprises ou les établissements, on retient fréquemment 5 causes principale dont les noms commencent tous par M d'où une autre appellation : diagramme des 5M Ces causes sont :

- ✓ 999- La main- d'oeuvre ; qui regroupe tous les personnel, il arrive que cette notion de main d'oeuvre soit élargie à toutes les personnes présentés à un moment ou un autre dans le système et fassent partie du réseau d'acteurs du système.
- ✓ Le milieu ; qui correspond généralement à l'environnement, mais qui peut aussi être compris d'avantages comme le contexte d'un moment. Les conditions de travail, les relations de travail..., etc.
- ✓ Méthodes ; qui regroupent tous les savoir- faire et tous les pouvoir-faire, les modes opératoires, les procédés..., etc.
- ✓ Les matériels ; qui regroupent tout ce qui fait partie de l'équipement : c'est selon les machines, outils..., etc.
- ✓ Matières ; qui regroupe tout ce que est consommable : c'est sont les matières premières, les déchets, les fluides, le papier,...etc.

La construction de ce diagramme passe par ces trois étapes ;

- ✓ Définir l'effet à observer : phénomène défaut, caractéristique du produit ou du procédé.
- ✓ Tracer une flécher de gauche à droite en direction de l'effet.
- ✓ Décrire les facteurs principaux qui sont les causes potentielles de ce qui est observé.

Figure 4:Diagramme d'Ishkawa



Source : Lasnier,(Gilles), Amélioration de la performance par l’analyse de la valeur, édition Lavoisier, Paris 206,p.106

Conclusion :

Ce chapitre nous a permis de comprendre la notion du risque ainsi que ses différentestypologies, on a également pu aborder la gestion des risques que ce soit au niveau des entreprises mais aussi au niveau des établissements de santé ce qui sera le point de départ de notre recherche.

Chapitre II

La qualité et le management de qualité

Introduction

Ce deuxième chapitre est consacré à l'étude de la qualité du général au particulier. Pour cela nous allons essayer à travers la première section de définir la qualité, ses caractéristiques son évolution ainsi que ses enjeux.

Dans la 2eme section, il est important de parler du système du management de qualité, il serait important de parler de ses principes ainsi la certification et la normalisation

Enfin dans la dernière section, section, nous irons d'un concept global vers un concept plus précis, du management de qualité global au management de qualité en santé

Section 01 : généralités sur la qualité

Pour bien entamer ce chapitre nous allons évoquer certaines définitions généralités qui portent sur la qualité.

1.1 Définitions

La qualité est un domaine très vaste qui peut être interprété de différentes manières selon le point de vue ou l'on se trouve. Que l'on soit client ou producteur, la qualité sera perçue différemment.

Selon les experts de la qualité, elle est définie comme suit⁴¹ :

- **ISHIKAWA** : « La qualité est l'aptitude à satisfaire le client »
- **DEMING** : « la qualité est le degré de la satisfaction »
- **CROSBY** : « c'est la conformité aux spécifications »

D'après la définition de ces auteurs nous pouvons déduire que la qualité tend vers un seul objectif qui est la satisfaction du client.

Selon l'ISO (9000 :2000), la qualité est « l'aptitude d'un ensemble de caractéristiques intrinsèques à satisfaire des exigences »⁴², de cette définition découle ces termes qui nécessitent une explication :

- **Des caractéristiques intrinsèques**: la norme ISO 9000 définit la notion de « caractéristiques intrinsèques » comme des caractéristiques « d'un produit, d'un processus ou d'un système ». Notons aussi qu'« un produit est le résultat d'un processus » et un service peut être considéré comme un produit. Le terme « intrinsèque » est défini par opposition à « attribué » comme « présent dans quelque chose, notamment comme caractéristique permanente ». En tant que caractéristique intrinsèque, la qualité d'un produit se distingue aussi clairement de son prix correspondant à une caractéristique attribuée.⁴³
- **Une interprétation des exigences** : la norme ISO 9000 définit le terme d'exigence comme « les besoins ou les attentes des clients ou des autres parties intéressées formulés, habituellement implicite ou imposés ».⁴⁴

⁴¹ GERD F.KAMISKE et JORG PETER BAUER, « management de la qualité de A à Z », édition Masson, Paris 1994, p17-22.

⁴² La norme ISO in, DURET Daniel et PILLET Maurice, « la qualité en production », 3^{ème} édition Organisation, Paris, 2003, p24.

⁴³ La norme ISO in, CANARD Frédéric, « Management de la qualité », édition lextenso, Paris, 2009, p20.

⁴⁴Idem

Ainsi, le client est considéré comme l'une des composantes d'un ensemble de parties intéressées à satisfaire. De plus, comme l'explique J.Lérat-Pytlak (2002), en proposant la notion générique d' « exigence », la définition de la qualité donnée par la norme est assez proche de la réalité : « la qualité n'est plus vraiment présentée comme un degré d'adéquation entre des besoins et l'aptitude de l'organisation à les satisfaire, mais davantage comme un degré d'adéquation entre une interprétation par l'organisation de ces besoins et l'aptitude à les satisfaire⁴⁵

D'après ces définitions, on peut conclure que le principe essentiel de la qualité au sein de l'entreprise est de satisfaire des exigences en essayant de fabriquer des produits qui sont conformes aux attentes des clients.

1.2 Les caractéristiques de la qualité

Les caractéristiques de la qualité sont de nature très diverses selon de nature très diverses selon le type de « produit » proposé. Et comme, la qualité se perçoit également à travers différents niveaux de définitions.

Elle peut être caractérisée par :

- Le respect des cahiers de charge : Le produit ou le service correspond bien à ce qui était écrit, la publicité est non mensongère ;
- Le maintien de la conformité : les fonctions fournies ne doivent pas se détériorer rapidement dans le temps en utilisation normale ;
- La satisfaction implicite : le consommateur doit trouver le bien être recherché par acquisition du produit. Ce pour lequel il se l'est procuré doit être assouvi ;
- La satisfaction économique : le consommateur doit en avoir pour son argent, car en dernier recours c'est lui qui décide des produits qui vont se vendre.

1.3 l'évolution

Comme tout phénomène, la qualité connaît son propre cycle de vie. Son histoire montre qu'elle a toujours su s'adapter à son environnement en prenant en compte de nouvelles orientations. La qualité d'aujourd'hui est différente de celle d'hier et sûrement différente de celle de demain.

L'histoire de la qualité remonte au fin XVIIe siècle. Avant la révolution industrielle, les produits fabriqués ont été réalisés par des artisans. A cette époque - caractérisée par une pénurie de production - tout ce qu'était produit se vend même les produits de mauvaise qualité. La clientèle était limitée, connue et fidèle, durant cette période, la qualité c'était

⁴⁵La norme ISO in, CANARD Frédéric, p. 20.

la connaissance du métier, la conscience professionnelle et l'amour du travail bien fait. Ici l'expression de la qualité s'agissait de la concordance entre ce qui a été réalisé et le spécifié (ce que savaient faire les artisans).

L'ère de la révolution industrielle (XIXe siècle) – l'industrie a connue une révolution remarquable marquée par l'évolution des méthodes et techniques de production – et l'apport de Taylor dans le monde des organisations et du travail : une chaîne de production industrielle employant une main d'œuvre peu formée et mal payée, l'ouvrier se trouve limité à des tâches élémentaires et répétitives. Cette époque était caractérisée par une production de masse et une baisse de la qualité des produits engendrée par l'absence du contrôle. Ainsi, on assiste à la naissance du contrôle qualité par la création de corps de contrôleurs et un contrôle à 100%. Ce dernier était réalisé à la fin de la fabrication, les bons produits sont acceptés et les mauvais sont rejetés ce qui a causé un important rejet de produits finis et cela provoquait des pertes énormes.

Durant le XXe siècle, le monde était secoué par des crises économiques et deux guerres mondiales ; ce qui a provoqué une augmentation remarquable des besoins et une hausse des quantités produites. Cette époque était caractérisée par une diversité des entreprises et par le développement des grands projets dans l'industrie militaire, aéronautique et spatiale qui nécessitaient des méthodes de contrôle statistiques pour assurer la bonne gestion de ces projets. Certaines entreprises ont même intégrées de nouvelles méthodes plus efficaces qui permettaient de contrôler leurs produits, parmi les quelles on cite les plans d'échantillonnage qui, à partir d'un échantillon représentatif du produit, permettaient d'estimer la qualité des lots produits (pour représenter le pourcentage d'éléments défectueux).

En effet, ces méthodes de contrôle atteignaient rapidement leur limite du fait de la complexité des processus de contrôle. Ces dernières procuraient uniquement des indications sur la qualité et non pas une prévention de l'évolution du standard demandé. Ainsi, dans les années 50, on passe à la notion de qualité par prévention ; l'assurance qualité.

En se référant à la source suivante, nous récapitulons les différentes étapes qui ont marquées l'évolution de la notion qualité.

Tableau 2-1 : Les différentes étapes d'évolution de la qualité.

| Etapes/ points clés | Contrôle | Assurance qualité | Qualité totale |
|---|--|---|--|
| Objet | Détections des défauts, maîtrise de la qualité du produit final | Construction permanente de la qualité intermédiaire et finale | Gestion globale de la qualité des actes et des produits |
| Démarrage | Début du 21e siècle | Années 50 | Années 70-80 |
| Concepts clés | Rendement et division du travail, niveau de la qualité acceptable | Fiabilité, confiance du client | Excellence |
| Focalisation | Conformité du produit | Toutes les fonctions de la conception jusqu'à la livraison au client pour prévenir les défaillances | Les besoins du marché et, par extension, de l'ensemble des parties prenantes |
| Sens de la démarche | Réaction | Prévention | Pro-action |
| Méthodes et techniques dominante | Supervision, échantillonnage, mesures, statistiques, probabilités... | Procédures techniques et organisationnelles | Formation, indicateurs, motivation des hommes |
| Acteurs directs | Contremaîtres, services de contrôle | Chacun à toutes les étapes du procédé de fabrication (au sens large) | Tous les membres de l'organisation et de son environnement proche |
| Rôle du service qualité | Inspection, tri et quantification, résolution des problèmes | Mesures de la nonqualité, définition des plans d'amélioration, audit de mise en oeuvre des procédures | Définition d'objectifs, formation, animation de groupes plurifonctionnels de prise de décision |
| Approche | Inspection du produit | Procédure qualité | Management de la Qualité |

Source : SOUTENAIN Jean François et FARCET Philippe, « Organisation et gestion de l'entreprise », édition Foucher, Paris, 2006, p 406.

La qualité a évolué à travers le temps, pour être aujourd'hui un mode performant de management des entreprises, en partant du contrôle qualité jusqu'au management de la qualité.

1.3.1 Contrôle qualité

L'origine du mot « contrôle » vient du mot anglo-saxon « control » qui se traduit en langue française par le mot "maîtrise" par contre en anglais, a le sens "inspection", et « inspection qualité » signifie un contrôle routinier du produit ou du service rendu aux clients.

Dès le début du XXe siècle, on parlait de contrôle de qualité qui est défini, selon la norme ISO 8402 :1994, comme « l'activité telle que mesurer, examiner, essayer de passer au calibre une ou plusieurs caractéristiques d'une entité et comparer les résultats aux exigences spécifiées en vue de déterminer si la conformité est obtenue pour chacune de ses caractéristiques »⁴⁶. De ce fait, l'objectif essentiel du contrôle qualité est la détection des défauts, maîtrise de la qualité du produit final. Les méthodes utilisées sont essentiellement l'échantillonnage, supervision et les outils d'analyse basés sur les statistiques.

Dans cette première phase, on évaluait un produit par sa conformité aux différentes normes élaborées par le bureau de méthodes. La qualité du produit est vérifiée avant son arrivée au client mais n'est pas anticipé.

1.3.2 L'assurance qualité

Cette phase débute dans les années 50, lorsque les français et les américains ont commencé à organiser des échanges technologiques, en ce moment l'assurance qualité est apparue en France.

L'assurance de la qualité peut être définie comme un « ensemble approprié de dispositions préétablies et systématiques, destinées à donner confiance en l'obtention régulière de la qualité requise »⁴⁷

D'après la norme ISO 9000 :2000, « l'assurance de la qualité : partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites »⁴⁸

Autrement dit, l'assurance qualité est la probabilité d'obtenir des produits correspondants au niveau de qualité requis, qui vise à mettre en œuvre les moyens de contrôle et de correction de manière à respecter les spécifications définies.

⁴⁶La norme ISO 8402 :1994.

⁴⁷Afnor Norme X50-109, Décembre 1979, in FRANCOIS.C, VIRGINIE.L, SYLVIE.R, « La qualité au XXI siècle vers le management de la confiance », édition economica, paris, 2002, p 12.

⁴⁸La norme ISO 9000 :2000 in DURET et PILLET, op.cit. P54.

1.3.3 La qualité totale

La notion de la qualité totale est apparue les années soixante-dix au Japon pour connaître un essor considérable dans les années 80-90. En Occident sous l'effet de la mondialisation, le passage de l'assurance qualité à la qualité totale semble aisé, car il s'agit d'élargir l'assurance de la qualité à l'ensemble des activités de l'entreprise qui consiste à considérer que tous les éléments internes de l'entreprise obéissent aux règles de détermination de la qualité.

Le management total de la qualité ; en anglais, Total Quality Management (TQM). D'après Jacques Chové, il le définit comme suit : « mode de management d'un organisme, centré sur la qualité, basé sur la participation de tous les membres et visant au succès à long terme par la satisfaction du client et à des avantages pour les membres de l'organisme et pour la société »⁴⁹.

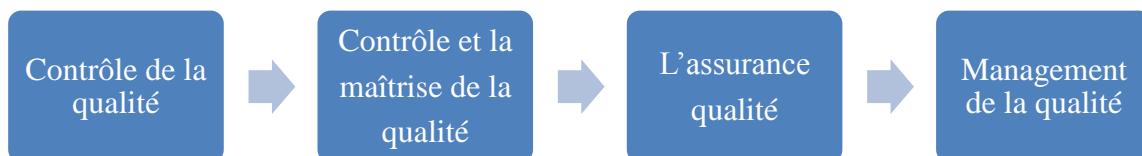
La qualité totale implique la participation et la motivation de tous les membres de l'organisation de plus haut niveau de la direction aux employés simples visant un succès à long terme par la satisfaction de la clientèle et par la réalisation de la performance au sein de l'entreprise.

De ce fait, « la qualité totale, pour une entreprise, est une politique qui tend à la mobilisation permanente de tous ses membres pour améliorer :

- La qualité de ses produits et services ;
- La qualité de son fonctionnement ;
- La qualité de ses objectifs,

En relation avec l'évolution de son environnement. »⁵⁰.

Figure 2-1 : les quatre étapes d'évolution de la qualité.



Source : établis par nous-mêmes.

⁴⁹ERNOUL Roger, « Le grand livre de la qualité », édition afnor, 2010, P 10.

⁵⁰Idem

On est passé donc du « contrôle qualité » du produit à « l'assurance qualité » pour arriver au « management de la qualité ».

1.4 Les enjeux de la qualité

Plusieurs enjeux qualité sont à énumérer ; enjeux économiques, stratégique, humains et sociaux.

1.4.1 Les enjeux économiques

Toutes les entreprises ont pour préoccupations de fournir des produits qui puissent satisfaire les clients, tout en étant à moindre coût pour l'organisation. On a deux types de coût relatifs à la qualité qui sont :

1.4.1.1 Le coût de la non-qualité

Il représente la somme de la non-qualité interne et externe.

- **Le coût de la non-qualité interne** : ce sont des coûts engendrés au sein de l'entreprise avant qu'ils soient arrivés au client. Il représente tous les coûts résultant du fait que le produit n'est pas relatifs à la spécification comme par exemple (les retouches, les rebuts, les accidents du travail,...)
- **Le coût de la non-qualité externe** : ce sont des dépenses détectées à l'extérieur de l'entreprise chez le client. Ces dépenses coûtent plus chers car la répartition du défaut en usine coûte en moyenne quatre fois moins chers que la répartition du même défaut en clientèle, (par exemple : les coûts liées au traitement des réclamations, les remboursements, etc.).
- **Des coûts indirects non pris en compte** : ce sont des coûts très importants, ces derniers sont principalement l'insuffisance en motivation du personnel ou à une perte d'image de marque de l'entreprise et ceux dont le management a le plus besoin, mais ils sont « inconnus, impossible à évaluer ».

1.4.1.2 Le coût d'obtention de la qualité

Les composantes sont essentiellement :

- **Le coût de prévention** : il représente tout ce qui est mis en œuvre pour éviter les erreurs, défauts, défaillances à fin d'obtenir la qualité voulue et qui sont conformes aux spécifications (planification des inspections, programme de formation à la qualité, dépenses du département qualité)

- **Le coût de détection** : représente tout ce qui est mis en œuvre pour vérifier que le produit fini est conforme aux attentes de l'utilisateur (contrôles, vérifications, inspection, audits qualité, etc.)

1.4.2 Les enjeux stratégiques

La qualité des produits et/ou services procurent à l'entreprise des situations avantageuses dans le cadre d'élaboration des stratégies compétitives, particulièrement dans les stratégies de différenciation et de domination par les coûts qui permettent d'augmenter le profit des entreprises.

1.4.2.1 Qualité et différenciation

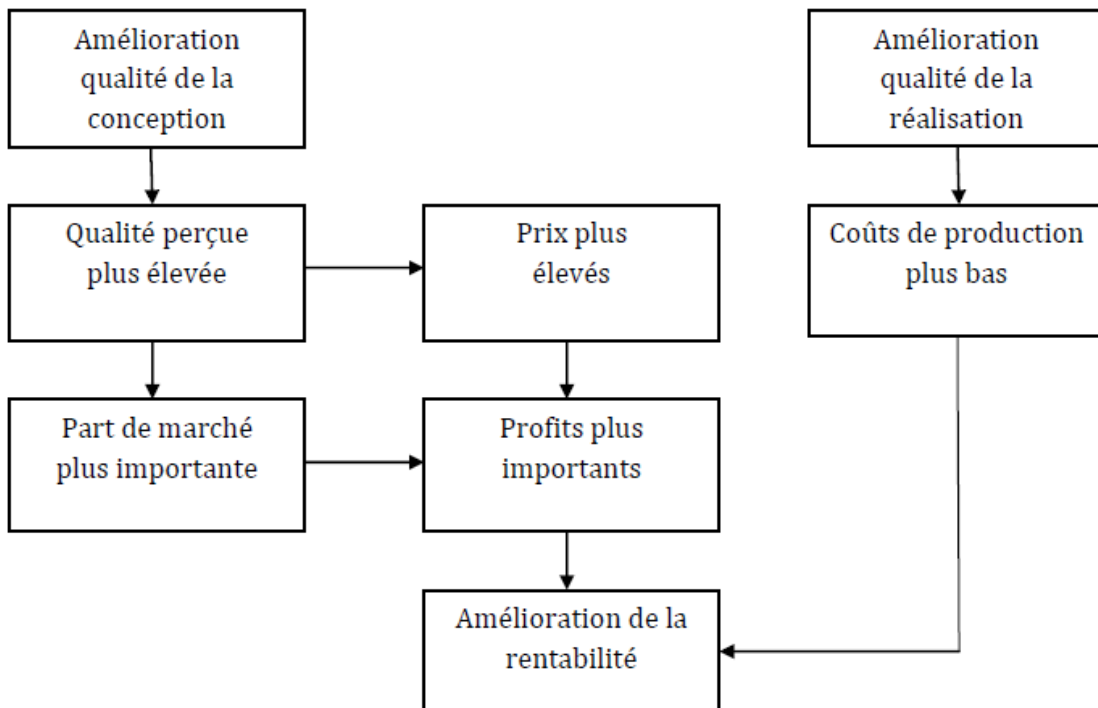
Le but fondamental d'une stratégie de différenciation est d'offrir des produits et/ou services qui ont un caractère unique et qui est reconnu et valorisé par les clients. De ce fait, l'entreprise peut jouer sur cet aspect en fixant des prix de vente supérieur à ceux de ses concurrents et obtenir des profits plus élevés. La qualité comme source de différenciation est donc liée à la rentabilité vue qu'elle apporte :

- Des améliorations dans la qualité de conception du produit permettant à l'entreprise de différencier son produit de celui de ses concurrents, à améliorer sa réputation ainsi que la qualité perçue du produit par le client ;
- L'entreprise peut alors bénéficier d'un prix plus élevé et d'une part de marché plus importante. Ce qui a pour conséquence un profit plus important venant compenser les augmentations de coûts associées à l'amélioration de la conception.⁵¹

Afin de mieux cerner ce rapport on propose un schéma illustratif :

⁵¹CANARD, Op. cit. P. 45.

Figure 2-2 : le rapport entre qualité/différentiation.



Source: J. R. EVANS, J. W. DEAN, *Total Quality: Management, Organization and Strategy*, South-Western College Publishing, 2000, 376p, p. 307. In « *Management de la Qualité* », CANARD Frederic, éditionlextenso, Paris, 2009, p. 45.

1.4.2.2 Qualité et coûts

Des diminutions de coûts en optant pour des économies d'échelles est une autre solution pour l'entreprise d'être compétitive sur le marché. Sur le plan de la qualité, l'idée principale est que la qualité du produit est importante dans la mesure où elle traduit une certaine efficacité de la production, qui se manifeste par des améliorations de la productivité ; des améliorations dans la qualité de la réalisation du produit par une plus grande conformité aux spécifications. Ainsi par des réductions de coûts provenant de la réduction de divers coûts de non-qualité. (Schéma illustratif ci-dessus)

1.4.3 Les enjeux humains et sociaux

La contribution de la qualité à la sécurité ainsi qu'à la protection des consommateurs comme des travailleurs donnent à celle-ci un aspect humain qu'on doit prendre en considération, du fait qu'un produit conforme aux normes n'atteint, ni ceux qui le conçoivent et réalisent, ni ceux qui l'utilisent. Par ailleurs, grâce à une meilleure adéquation des produits et services aux attentes des clients, la qualité permet une amélioration du bien-être des individus ce qu'il lui procure un aspect social.

Il existe deux types de sécurité par rapport à la qualité qui sont les suivants :

1.4.3.1 La sécurité du produit

Elle est une des dimensions de la qualité et fait l'objet de réglementations et de normes rendues parfois obligatoires car concernant directement la protection des personnes : normes réglementaires sur les casques de motos, les jouets, nombreuses normes sur la sécurité des produits alimentaires... Des milliers de normes sont également utilisées pour protéger la santé de la population et sa sécurité ainsi que pour préserver l'environnement. Par ailleurs, les responsabilités civiles et pénales des producteurs et des distributeurs peuvent être mises en évidence lorsque les produits sont dommageables aux personnes et aux biens.⁵²

1.4.3.2 La sécurité environnementale

Il est, comme la sécurité du produit, très lié au domaine de la qualité. L'idée est là encore qu'un produit conçu et réalisé en conformité aux spécifications ne doit pas avoir de conséquences négatives sur la qualité de l'environnement (qualité de l'air, de l'eau, etc.) ni provoquer de bruits et autres nuisances lors de son élaboration.⁵³

Section 02 : le système du management de qualité

Les entreprises s'élargissent de plus en plus et se développent dans leurs champs d'activité, par la contrainte de l'environnement économique qui les poussent à s'armer en matière de ressources, d'un mode d'organisation plus adaptés aux pratiques de gestion ce qui leur permet l'adaptation aux évolutions économiques. Le management de la qualité est considéré comme un moteur de développement de l'entreprise, ainsi la mise en place d'un SMQ est une étape indispensable pour assurer une satisfaction durable des besoins et des attentes des clients.

2.1 Le management de qualité

La définition donnée par la norme ISO 9000(2005) : « système de management permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité »⁵⁴

Selon ISO 9000 :2000, « activités coordonnées permettant d'orienter et de contrôler un organisme en matière de qualité »⁵⁵ ; Ces activités peuvent être la définition des objectifs qualité, la définition et la mise en œuvre des processus adaptés de réalisation du produit, la

⁵² CANARD, Op. Cit. P. 53.

⁵³ La norme ISO 14001 porte sur l'environnement.

⁵⁴ La norme ISO 9000 :2000 : Systèmes de management de la qualité-principes essentiels et vocabulaire, in CATTAN Michel, « pour une certification qualité gagnante », éd AFNOR, France, 2009, P43.

⁵⁵ La norme ISO 9000 :2000 : Systèmes de management de la qualité-principes essentiels et vocabulaire, in DURET et PILLET, Op.cit. , P43

mise à disposition des ressources nécessaires pour l'exécution des processus de réalisation, le suivi et le contrôle des activités.

Pour mieux cerner cette définition, on présente quelques concepts relatifs au management de la qualité :

2.1.1 Politique qualité

Selon la norme iso 9000 :2000 « orientation et intention générales d'un organisme relatives à la qualité telles qu'elles sont formulées par la direction »⁵⁶. Deux notes complètent cette définition :

Note 1 : « la politique qualité est généralement cohérente avec la politique générale de l'organisme et fournit un cadre pour fixer un objectif qualité »

Note 2 : « la politique qualité peut s'appuyer sur les principes de management de la qualité cités dans la présente norme internationale »

Il faut définir à ce niveau des objectifs qui s'insèrent dans une politique globale, ces objectifs doivent répondre aux attentes des clients.

2.1.2 Objectif qualité

« Ce qui est recherché ou visé relatif à la qualité. »⁵⁷

Sur la base de la politique qualité, la direction doit établir des objectifs qualité qui seront déclinés au niveau de chaque processus.

2.1.3 Planification de la qualité

Partie du management de qualité axée sur la fixation des objectifs qualité pour la qualité et la spécification des processus opérationnels et des ressources afférentes nécessaires pour atteindre les objectifs qualité.

2.1.4 Maitrise de la qualité

Partie du management de la qualité axée sur la satisfaction des exigences pour le client. Cette partie vise l'efficacité de l'organisation.

2.1.5 Assurance de la qualité

Selon ISO 9000 :2000 « partie du management de la qualité visant à donner confiance en ce que les exigences pour la qualité seront satisfaites »⁵⁸.

⁵⁶ La norme ISO 9000 :2000 : Systèmes de management de la qualité-principes essentiels et vocabulaire, in LONGIN Pierre et DENET Henri, « Construisez votre qualité », 2ème éd Dunod, Paris, 2008, p37.

⁵⁷ CHERIFI.z, « la qualité ; démarche, méthodes et outils », Edition Lavoisier, Paris, 2002, P.107.

⁵⁸ La norme ISO 9000 :2000 : Systèmes de management de la qualité-principes essentiels et vocabulaire, in DURET, Op.cit., P54.

2.1.6 L'amélioration de la qualité

Partie du management de la qualité axée sur l'accroissement de la capacité à satisfaire des exigences pour la qualité visant l'efficacité et l'efficience.

2.2 Les principes du management de qualité

La norme ISO 9001 :2000 repose sur 8 principes de management de la qualité pour l'entreprise.

2.2.1 L'orientation client

La satisfaction des clients est la base de tout système de management de la qualité. L'écoute et la compréhension de leurs besoins, présents et futurs est indispensable pour satisfaire leurs exigences et d'aller au-devant de leurs attentes. L'orientation client se traduit par la mise en place d'un véritable processus de communication avec eux, une analyse prospective de leur besoin, une évaluation régulière de leur niveau de satisfaction et le traitement de leurs réclamations.

2.2.2 Le Leadership

Dans tout système de management de la qualité, la direction doit déterminer clairement ses orientations stratégiques et créer les conditions pour que le personnel puisse pleinement s'impliquer. Pour cela elle doit montrer l'exemple et son réel engagement, définir des objectifs motivants et créer des valeurs partagées.

2.2.3 L'implication du personnel

Le personnel est le cœur d'une entreprise et l'un des maillons principaux pour tout système de management de la qualité. Son implication est indispensable pour qu'une entreprise puisse progresser. Il est important de faire comprendre à chacun son rôle et son importance et de les responsabiliser.

2.2.4 L'approche processus

Tout système de management de la qualité nécessite une approche processus. Celle-ci consiste à déterminer les processus de l'entreprise, leurs interactions et les critères de surveillance. Sur cette base, il sera possible de piloter chaque processus, d'analyser leur performance, de faire des propositions d'amélioration et de les mettre en œuvre afin de contribuer aux objectifs stratégiques de l'entreprise.

2.2.5 Le Management par approche système

Comprendre et gérer l'entreprise comme un système de processus interdépendants en vue d'un objectif donné permet d'améliorer son efficacité et son efficience. Ce principe permet

de clarifier le fonctionnement de l'entreprise, de mettre à jour et de supprimer les activités répétées et les zones qui sont souvent source de dysfonctionnements.

2.2.6 Développer des relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs

L'entreprise et ses fournisseurs sont interdépendants et ont des relations mutuellement bénéfiques permettant d'augmenter leurs capacités à créer de la valeur. Pour cela, il est nécessaire de comprendre les intérêts des partenaires, de définir clairement leurs obligations et d'évaluer régulièrement leurs performances.

2.2.7 L'amélioration continue

L'amélioration continue d'un système de management de la qualité consiste à augmenter la performance interne et la satisfaction des clients. Cela comprend, entre autre :

- analyse des résultats pour identifier les pistes d'amélioration ;
- établissement des objectifs ;
- recherche et mise en œuvre des actions d'amélioration ;
- évaluation des résultats ;
- formalisation des changements.

Cette dynamique de recherche d'amélioration est continue. Les retours d'information des clients, les audits et la revue du système de management de la qualité sont également utilisés pour identifier des opportunités d'amélioration.

2.2.8 Approche factuelle pour la prise de décision

Décider c'est prendre un risque. Pour pouvoir prendre les bonnes décisions, il faut pouvoir s'appuyer sur des informations fiables. Ces informations doivent donc être disponibles sous une forme permettant leur analyse et leur compréhension. Dans de nombreux cas, la mise en place d'indicateurs et tableaux de bord pertinents permet de répondre à ce besoin et facilite la prise de décision.

La qualité, c'est avant tout être capable de fournir la juste réponse aux besoins du client.

Mais c'est aussi, travailler avec des moyens adaptés, une organisation méthodique et formalisée de façon adaptée, avec le souci permanent de mieux faire. C'est un état d'esprit qui repose sur le goût du travail bien fait, l'esprit d'équipe et une capacité personnelle de remise en cause pour être plus performant.

2.3 La certification et la normalisation

2.3.1 La certification

« La certification est la procédure par laquelle une tierce partie donne une assurance écrite qu'un produit, un processus ou un service est conforme aux exigences spécifiées dans un référentiel »⁵⁹. La certification représente donc une preuve de confiance qui se traduit par l'image d'un certificat attestant de la conformité d'un produit, d'un service ou bien d'un processus vis-à-vis des exigences attribuées dans des référentiels reconnus sur le plan international, comme les normes ISO visant à donner une garantie à ces clients. En effet, ces derniers cherchent à travailler essentiellement avec des organisations certifiées, car c'est un gage de confiance pour eux.

2.3.1.1 La démarche de la certification

Chaque organisme certificateur dispose de son propre processus d'audit, mais quelque soit l'ordonnancement des actions et des étapes choisi, on trouve, en général, toujours les mêmes actions :

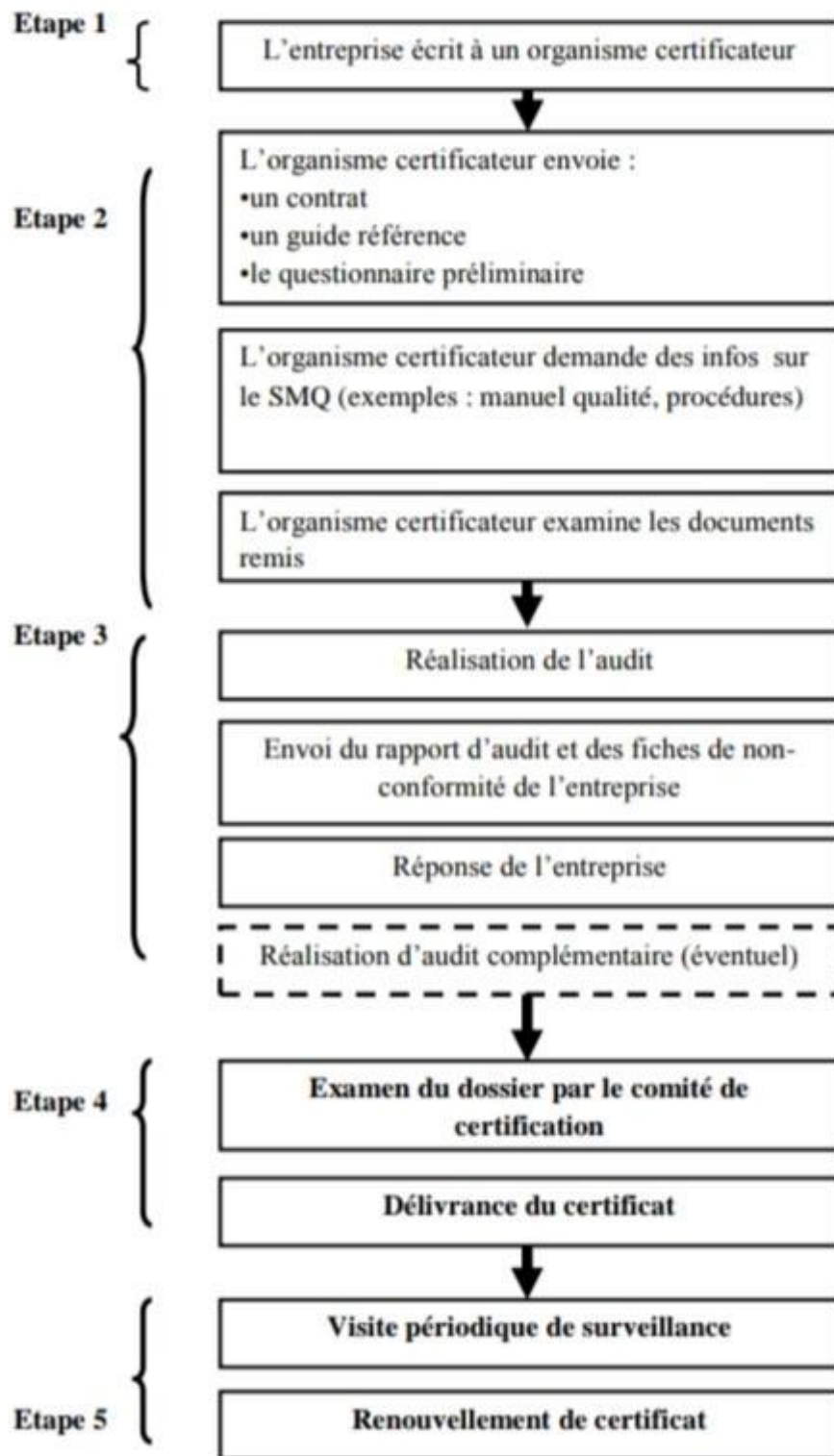
- Demande de certification par l'organisme qui souhaite se faire certifié. Cette demande est transmise directement à un organisme certificateur préalablement choisi ;
- L'organisme certificateur réalise l'audit et émet un rapport faisant apparaître les écarts constatés ;
- L'organisme demandeur corrige les écarts en lançant des actions correctives, il transmet à l'organisme certificateur la preuve de l'efficacité de ces actions ;
- C'est enfin le comité de certification qui décide de l'attribution du certificat. Le certificat est valable trois ans, mais peut être retiré sur plainte d'un usager ou d'un client ou à la suite d'une visite annuelle de contrôle.

Si l'entreprise a installé un SMQ conforme à la norme ISO 9001, l'organisme certificateur délivre un certificat servant de reconnaissance officielle et momentanée puisque ce même certificat a une durée de validité de trois ans, sachant qu'un audit de suivi est mené chaque année tout les trois ans, une visite complet est réalisé par des auditeurs externe qui prennent une photo du fonctionnement de l'entreprise, les auditeurs comparent, de ce fait, ce qui est écrit dans le système documentaire avec ce qui est fait au sein de l'entreprise et ce qui est demandé par la norme international pour pouvoir délivré le certificat de conformité de système qualité de l'entreprise à la norme ISO. A travers l'obtention du certificat l'entreprise

⁵⁹CATTAN Michel, « pour une certification qualité gagnante », éd AFNOR, France, 2009, p. 10.

s'engage sous contrôle de l'organisme certificateur, à garder toujours son système conforme aux exigences de la norme ISO.

Figure 2-3 : Les cinq étapes du processus de certification.



Source : Claude Pinet. "10 clés pour réussir sa certification QSE". Edition AFNOR, 2009, Page 304.

Le schéma ci-dessus illustre les étapes à suivre pour obtenir la certification, chaque étape est composée de plusieurs tâches bien structurées et organisées afin d'être maîtrisées. Le suivi de ces étapes se fait par un audit qui est effectué sur la base d'un référentiel normatif, l'entreprise doit consacrer ses efforts en mettant en place des ressources disponibles afin d'atteindre ses objectifs fixés.

L'entreprise doit d'abord déposer un dossier auprès de l'organisme certificateur, Celui-ci procède en suite à des testes et essais sur le produit, ainsi qu'à des visites à l'entreprise ; si le produit est satisfaisant, l'organisme délivre un certificat.

2.3.1.2 Les avantages de la certification

La certification présente des avantages pour le fournisseur, le consommateur et aussi pour l'organisme certificateur.

2.3.1.2.1 Pour le fournisseur

- Le fournisseur ou l'organisme grâce à la visibilité d'une marque reconnue sur ses produits montre aux organismes et consommateurs que ses livraisons possèdent le niveau de qualité ;
- La présence du label de l'organisme certificateur atteste des efforts fournis par le fournisseur et le producteur pour atteindre au moins ce niveau normatif ;
- Instaure la confiance car l'organisme certificateur est censé être neutre ;
- La mise en évidence sur ces produits, de l'obtention d'un certificat garantie aux organismes et les clients une sécurité lors de leur usage ;
- L'existence de la marque aide à vaincre la suspicion sur les marchés étrangers et locaux ;
- En cas de litige la présence d'une licence de certification est un argument de poids devant une cour.⁶⁰

2.3.1.2.2 Pour le consommateur

- Le consommateur qui n'a pas toujours la faculté de comprendre les notices techniques accorde sa confiance à l'estampillage présent sur le produit ;
- La présence du paravent qui est l'estampille assure le consommateur d'une qualité et d'une sécurité, car vérifiées par des experts neutres ;
- Le label lui permet de faire un choix entre plusieurs produits.

D'une manière générale la certification vise à donner confiance au client.⁶¹

⁶⁰ SEDDIK Abdllah, Management de la qualité, « de l'inspection à l'esprit Kaizen », édition ben-aknoun, Alger, 2004, p461- p462.

⁶¹ SEDDIK Abdallah, Op.cit. P466.

2.3.1.3 Les limites de la certification

En plus des limites de toutes normes, la certification donne à réfléchir dans plusieurs cas et on lui reproche :

- « D'être figée pendant une certaine durée alors que la qualité évolue ;
- De rarement certifier tout le produit. Parfois elle ne certifie que le côté sécurité et non le côté fonctionnel ;
- Les normes utilisées pour la certification ne sont pas toujours universelles. »⁶².

2.3.2 La normalisation

Du point de vue des organisations de normalisation, la norme est un « document établi par consensus et approuvé par un organisme reconnu, qui fournit, pour des usages communs et répétés, des règles, des lignes directrices ou des caractéristiques, pour des activités ou leurs résultats garantissant un niveau d'ordre optimal dans un contexte donné »⁶³, une norme sert à définir des directives, des règles à suivre afin de concevoir, produire un service, un produit, un bien qui soit conforme aux attentes du marché.

2.3.2.1 Les normes ISO

Sont, dans leur grande majorité, spécifiques à un produit, matériel ou processus. Les normes les plus connues sont celles des familles ISO 9000 pour le management de la qualité et ISO 14000 pour le management environnemental, ce sont des normes génériques de système de management. Ces normes ont été publiées en 1987, une première révision a été adoptée en 1994 et une seconde en 2000. A la fin 2008, elles sont toujours soumises à la révision. Les quatre normes principales sont :

2.3.2.1.1 L'ISO 9000

Définit le vocabulaire en termes de qualité. Elle est citée en tant que référence dans beaucoup d'autre norme.⁶⁴

Depuis 1994-1995, l'ISO 9000 est composée de trois normes ; concerne tous les domaines d'activité de l'entreprise :

- **ISO 9001** : avait pour vocation de couvrir dans l'entreprise : la conception, le développement, la production, l'installation, et enfin les prestations associées ;
- **ISO 9002** : avait pour vocation de couvrir la production, l'installation et les prestations associées, sans conception ni développement ;

⁶² Idem

⁶³TENEAU Gilles et AHANDA Jean-Guy, « guide commenté des normes et référentiels », édition organisation, paris, 2004, P17.

⁶⁴V.GIARD, « La normalisation technique », Revue Française de Gestion, n° 147, 2003.

- **ISO 9003** : avait pour vocation de ne couvrir que le contrôle et les essais finaux.

A partir des années 2000, les trois normes ISO 9001, 9002, 9003 sont annulées ; elles ont été remplacées par une seule et unique norme, la norme ISO 9001 :2000 qui est le management de la qualité.

2.3.2.1.2 La norme l'ISO 9001 :2000

« Système de management de la qualité : exigences », elle définit, en amont, des exigences relatives au SMQ des organisations, c'est une norme générique s'appliquant à tous types d'organismes (secteurs industriel, secteur commerciale et prestation du service). Elle est appliquée lorsqu'un organisme doit démontrer son aptitude à fournir régulièrement un produit conforme aux exigences du client et aux exigences réglementaires applicables. Elle vise à accroître la satisfaction de ses clients par l'application efficace du SMQ.

2.3.2.1.3 La norme ISO 9000 :2000

Système de management de la qualité « principes essentiels et vocabulaire », elle établit un point de départ pour comprendre les normes et définit les termes et définitions utilisés dans la famille ISO 9000.

Remarque :

ISO 9000 et ISO 9004 constituent un couple cohérent de normes du SMQ. Elles sont conçues pour être utilisées séparément, soit de façon complémentaire. L'ISO 9004 a la même structure qu'ISO 9001, chaque article incluant les exigences de l'ISO 9001. Elle est basée sur les huit principes du management de la qualité présentés dans l'ISO 9000 qui sont plus développés que dans l'ISO 9001.

2.3.2.1.4 L'ISO 19011

« Lignes directives pour l'audit qualité et environnement », cette norme fournit des conseils sur l'audit des systèmes de management de la qualité et des systèmes de management environnemental ainsi, elle permette de vérifier l'aptitude de système de l'entreprise à réaliser des objectifs qualité définit.

Tableau 2-2: comparaison entre la norme ISO : 9001 et ISO 9004.

| | ISO : 9001 : NORMES D'exigences « doit » | ISO : 9004 : norme de recommandations « il convient » |
|-----------|---|--|
| Sujet | Tous les processus ayant un impact sur la qualité du produit et la satisfaction du client | Tous les processus et activités (techniques, administratifs) |
| Objectifs | Maîtrise des processus et efficacité | Amélioration des performances de l'organisme et efficience |
| Cible | Client | Parties intéressés (personnel, actionnaire, fournisseurs) |
| Finalité | Confiance | Satisfaction durable |

Source : MEZIANI Mustapha, « Contribution à la méthodologie d'intégration de la qualité dans les entreprises : Evaluation des performances managériales », Thèse de Doctorat d'Etaten sciences de gestion, université de Béjaia, FSEGC, Mai 2012.

Section 03 : Le contexte de la Qualité en Santé

3.1. Définition, enjeux et principes de la Qualité en santé

3.1.1 Définition de la Qualité selon l'OMS

En 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé a défini la Qualité dans les établissements de santé comme « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui leur assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soin »⁶⁵.

Cependant cette définition de l'OMS ne remplace pas la définition officielle de la Qualité selon la norme **ISO 8402 :1994** ; la Qualité est «**l'ensemble des caractéristiques d'une entité qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés et implicites** ». Les besoins sont bien sûr ceux des clients.

Cette dernière définition évolue de jours en jours et l'organisme ISO définit aujourd'hui la Qualité comme « l'obtention de la satisfaction durable du client, en répondant à

⁶⁵ LECLLET H. et VILCOT C. « qualité en santé : 150 questions pour agir », 2e tirage, édition Afnor 1999, p 55.

ses besoins et attentes, au sein d'un organismes'engageant à améliorer constamment son rendement et son efficacité ». ⁶⁶

Il faut faire la distinction entre qualité réelle et qualité perçue. Le patient, alors considéré comme le client, a des exigences implicites et explicites qui sont également dépendantes de sa propre culture, son affect, ses valeurs et ses propres critères de jugement.

C'est pour cela que la définition générale de la qualité doit être élargie. Elle ne fournit qu'une approche par la finalité : le produit fini, le service rendu, la prestation fournie ou le soin délivré.

Messieurs Lecler, H et C. Vilcot, auteurs du livre "qualité en sante", ont ainsi modifié cette définition de Qualité dans les établissements de santé comme « l'ensemble des caractéristiques évaluables qui confèrent au processus de production des produits intermédiaires ou finaux et de prestation de services intermédiaires ou finaux hospitaliers l'aptitude à satisfaire les besoins exprimés et implicites du bénéficiaire de soins et qui satisfont effectivement le malade ».

3.1.2 Les enjeux de la Qualité en santé

Les enjeux autour de la qualité en santé sont nombreux. Ils peuvent être regroupés en trois grandes catégories : ⁶⁷

3.1.2.1 Les enjeux fonctionnels ou opérationnels

Les établissements de santé ont quelques difficultés d'un point de vue organisationnel. Les nombreuses relations entre les services sont autant d'interfaces qui constituent des niches de non conformités. Pour pallier à ces dysfonctionnements, des programmes de gestion de risques permettent de les identifier en amont et de tout mettre en œuvre pour les réduire.

3.1.2.2 Les enjeux humains et sociaux

L'ensemble des dysfonctionnements et des événements indésirables peuvent entraver le déroulement quotidien du travail mais peuvent également avoir des effets néfastes sur le personnel, le patient, la qualité des soins et sur les coûts. Ils entraînent de la non qualité de l'insatisfaction, des tensions et des litiges. Ils entraînent de la non-qualité, de l'insatisfaction, des tensions et des litiges.

3.1.2.3 Les enjeux économiques

La non-qualité coûte chère aux entreprises, il faut donc savoir la maîtriser. La démarche d'accréditation (HAS) associée à la maîtrise des dépenses de santé introduit la notion de rapport qualité/prix en santé.

⁶⁶ Idem

⁶⁷ Idem

3.1.3 Principes essentiels de la qualité en santé

La qualité en santé est l'ensemble des actions que mène l'établissement de santé pour développer la satisfaction de ses clients. Elle obéit à un certains nombres de principes dont la connaissance est nécessaire à la compréhension du changement et nous en retenons pour l'essentiel six bases indispensables de toute amélioration.

3.1.3.1 L'attention aux patients

La compréhension et la satisfaction des attentes et besoins du patient représentent aujourd'hui une orientation fondamentale de la démarche qualité.

L'écoute du patient est une composante indispensable de tout système qualité. Elle fournit des informations qui pourront être utilisés pour identifier les processus clés, orienter les objectifs, corriger les dysfonctionnements, améliorer les produits ou services existants, concevoir de nouveaux produits ou services⁶⁸

3.1.3.2 Une démarche participative

L'obtention de la qualité suppose une mobilisation de l'ensemble du personnel autour des objectifs qualités. Cette mobilisation ne peut être obtenue que par une appropriation des objectifs via une participation réelle. C'est une condition préalable à la conduite du changement.

3.1.3.3 Une approche méthodique

L'amélioration ou la reconfiguration des processus, la résolution des problèmes, le traitement des dysfonctionnements ne sont pas obtenus spontanément sous l'effet de la seule bonne volonté des personnes concernées par ces phénomènes.

Les changements reposent sur l'utilisation appropriée, en groupe, de méthodes et outils de la qualité. Ceux-ci permettront de définir clairement l'objectif de la démarche, d'analyser la situation existante, de définir les actions susceptibles d'agir sur les causes des dysfonctionnements, de les mettre en œuvre sous forme de plans d'action, d'évaluer leurs effets et de les réajuster s'il y a lieu.

Le choix des méthodes et des outils, qui peuvent être combinés entre eux, dépendra des objectifs poursuivis.

⁶⁸ Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris : ANAES ; 2002
TARKESSI K. : « Mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo à partir de l'expérience française », Université Senghor d'Alexandrie - Master en Développement, Spécialité santé internationale 2007.

3.1.3.4 L'approche processus, le pluri professionnalisme

Pendant de nombreuses années, la recherche de la qualité s'est basée uniquement sur une amélioration constante de la compétence technique des professionnels. La formation initiale, la formation continue ont pour objectif de rendre toujours plus compétents les professionnels de chaque métier.

Ce mécanisme a permis et permet encore de grands progrès en termes de qualité mais trouve sa limite dans la complexité des organisations. En effet, la spécialisation s'est accrue et le nombre de professionnels, tous bien formés et compétents, nécessaires dans un processus de fabrication de produits et ou de rendu d'un service a fortement augmenté.

De ce fait, se pose avec de plus en plus d'acuité le problème des relations entre les professionnels spécialisés, donc de l'organisation des interfaces⁶⁹. L'approche par processus répond à cette problématique.

Elle permet de comprendre la contribution de chaque secteur à la réalisation du produit ou à la prestation de service et d'étudier l'organisation des interfaces entre les différents professionnels et les différents secteurs qui y ont contribué.

La satisfaction du patient dépend maintenant de cet aspect organisationnel. Dès lors, il faut faire porter les efforts sur l'organisation de la relation entre les professionnels.

3.1.3.5 Une approche pérenne évolutive

L'obtention de la qualité repose sur une aptitude de l'organisation à améliorer constamment ses produits et services. L'amélioration de la qualité s'obtient toujours par une amélioration des processus réalisés étape par étape.

La démarche est itérative et vise des améliorations successives : on parle d'amélioration continue.

Le repérage des problèmes et des dysfonctionnements, leur analyse et leur traitement, est un moyen essentiel d'améliorer la qualité avec un retour sur investissement important et rapide. La mise en place d'une démarche qualité doit conduire à une attitude systématique d'analyse et de correction des problèmes et dysfonctionnements.

⁶⁹ Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris : ANAES ; 2002. TARKPESSI K. : « Mise en place de la démarche qualité dans les établissements hospitaliers du Togo à partir de l'expérience française », Université Senghor d'Alexandrie - Master en Développement, Spécialité santé internationale 2007.

3.1.3.6 L'évaluation

IL n'y a pas de qualité sans mesure, la mesure fait partie intégrante de la mise en place de la démarche qualité. La mesure est donc un impératif de la qualité. La mesure permet d'apprécier la satisfaction des patients, la conformité des prestations à des références et le bon déroulement des processus. Cela consiste en une objectivation du niveau de qualité existant et des progrès réalisés grâce aux actions d'amélioration.

Elle permet également un suivi en continu de certaines caractéristiques afin d'agir dès qu'une dérive apparaît. Mesurer permet aussi de valoriser le travail accompli, de donner confiance aux professionnels et aux patients sur le maintien d'une qualité de prestation et d'apporter la preuve des progrès réalisés.

Plusieurs outils de mesure sont à la disposition des professionnels : audit clinique, analyse des pratiques, enquêtes de satisfaction, tableaux de bord, indicateurs.

3.2 La démarche qualité dans le monde de la santé

Dans les entreprises, les démarches qualité ont été mises en place à causes des phénomènes suivants :

- La concurrence;
- La pression économique;
- La nécessité de maîtriser les coûts;
- La complexification du marché;
- Et la mondialisation ;

Dans le domaine de la santé, l'ensemble de ces causes sont les suivantes :⁷⁰

- L'obligation de maîtrise des dépenses de santé,
- L'évolution démographique de la population et le vieillissement,
- L'évolution des mentalités et la poussée du consumérisme,
- La médiatisation de la santé,
- Le poids croissant des contraintes réglementaires,
- Le manque de rationalisme et de clairvoyance des établissements de santé,
- Les problèmes organisationnels et relationnels des établissements de santé.

3.2.1 Facteurs de réussite d'une démarche qualité

Au regard des paragraphes développés ci-dessus, nous mentionnerons quelques facteurs clé de la réussite d'une telle démarche : ⁷¹

⁷⁰Lecllet, H. and C. Vilcot, op.cit, p 37

Engager les responsables

- Impliquer les professionnels
- Centrer la démarche autour du client
- Structurer la démarche
- Adapter les moyens aux objectifs
- Communiquer
- Former

3.2.2 L'organisation d la qualité dans les établissements de santé

La mise en place **d'une démarche qualité** dans un établissement de santé, que ce soit sous la forme de programme d'assurance qualité ou sous d'autres formes, doit tenir compte de l'organisation hiérarchique et fonctionnelle de cet établissement.

Henry Mintzberg, est un universitaire canadien en sciences de gestion, il est à l'origine d'une typologie des organisations, qui fait référence. Cette typologie permet en particulier de bien appréhender les phénomènes de pouvoirs et l'intérêt d'une conduite du changement. L'application de ce principe typologique aux établissements de santé, à amener la conclusion suivante : une pyramide hiérarchique écrasée et une organisation plate, caractérise ces établissements.

Le sommet stratégique : c'est la direction administrative qui dirige l'établissement, elle est responsable de la performance et des résultats de l'établissement.

- **Le centre opérationnel** : constitué des unités fonctionnelles des soins, paracliniques et médicotechniques. Ce centre opérationnel est le coeur de l'organisation
- **La technostucture** : il s'agit selon Mintzberg, des responsables fonctionnels chargés d'organiser et de standardiser les modes de production, elle comporte deux versants : un administratif et un second technique.
- **La logistique** : responsable des activités de soutien permettant au centre opérationnel de réaliser des missions de soins.
- **La mise en place de plateformes entre la direction et les centres opérationnels**, permet d'établir la ligne hiérarchique du CHU.

Cependant, ce dernier élément de l'organisation des établissements de santé, ne permet pas de résoudre la question des responsabilités de la direction dans la démarche qualité de l'hôpital.

⁷¹ Gentile, R.S.S. Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles.2005, p 42.

Cette organisation répartit les responsabilités entre plusieurs intervenants, les décideurs sont donc multiples, et le pouvoir est dispersé.⁷²

3.2.3 Les acteurs qualités en santé

- **Le patient ou le client**

Il peut être étonnant d'assimiler le patient à un client. la réponse est complexe et contradictoire et ne peut être vraiment définitive.

Le patient ne peut pas véritablement être considéré comme le client dans le sens où le malade ne paye pas directement ses soins. de plus, le patient n'est pas véritablement le client puisque pour cela il devrait faire volontairement le choix de l'achat. Or, personne ne fait le choix d'être malade. Le terme client est actuellement utilisé au sens de destinataire, auquel est vendu le produit et/ou service, dans une relation marchande. Le client tire donc profit du résultat du soin. de ce fait, faut-il nommer le patient malade, patient, client ou usager ?

Du point de vue de la qualité, le patient est le principal client et le plus important dans le système de santé, toutes les démarches qualité sont centrées sur lui.⁷³

3.3 Relation service public hospitalier et démarche qualité

Les établissements de santé doivent aujourd'hui se remettre en question face à l'évolution des besoins des clients et vis-à-vis des services offerts par la concurrence. Pour déterminer les besoins et attentes des clients, il faut donc se mettre à leur place pour assurer un maximum de garanties de qualité et de sécurité pour le patient tout en cherchant à réduire les coûts.

Les démarches qualités représentent donc un enjeu important pour ces établissements de santé. la volonté d'adapter les besoins hospitaliers, à la population actuelle, aux besoins sanitaires, à l'amélioration de la qualité des soins, et à la réduction des coûts à la responsabilité des professionnels de santé, est un bon moyen de s'interroger sur la place de la démarche qualité dans ce système

Dans cette démarche, les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés ; sont soumis au même principe : celui de l'accréditation. Chacun peut se servir des outils qualité pour affirmer sa position ou se différencier de la concurrence.⁷⁴

⁷²Tatlalou Selma, « La gestion des risques en pratiques : l'application de la méthode AMDEC sur le circuit de stérilisation du dispositif médical réutilisable aux urgences de l'hôpital IBN SINA du CHU Rabat », 2019, p95

⁷³ Idem

⁷⁴Le Dortz, P. Garantir des soins de qualité une démarche managériale pour le directeur Dessoins, p 112

3.3.1. Accréditation

3.3.1.1. Définition de l'accréditation

L'accréditation est une procédure d'évaluation externe à un établissement de santé, effectué par des professionnels, indépendante de l'établissement de santé et de ses organismes de tutelle, concernant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques. Elle vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de prise en charge du patient sont prises en compte par l'établissement de santé.⁷⁵

3.3.1.2. Objectifs de l'accréditation

Les objectifs sont les suivants :

- . L'appréciation de la qualité et de la sécurité des soins.
- . L'appréciation de la capacité des établissements de santé à améliorer de façon continue la qualité des soins et la prise en charge globale du patient.
- . La formulation de recommandations explicites.
- . L'implication des professionnels à tous les stades de la démarche qualité.
- . La reconnaissance externe de la qualité des soins dans les établissements de santé.
- . L'amélioration continue de la confiance du public.

3.4 Relation entre assurance qualité et gestion des risques

La gestion des risques fait désormais partie intégrante et point essentiel du management de la qualité, en particulier à l'hôpital : le manuel de certification V2010 affirme en effet que cette démarche de gestion des risques, est étroitement liée et est coordonnée à la démarche qualité, en garantissant la sécurité des soins et des personnes à l'hôpital, elle concourt à l'amélioration de la qualité.⁷⁶

Conclusion :

Dans ce chapitre nous avons mis en exergue le concept de la qualité, l'importance du management qualité, nous avons également pu mettre l'accent sur la relation étroite qui existe entre la gestion des risques et l'assurance qualité.

⁷⁵Joly, L. La gestion des risques en pratique (application d'une méthode AMDEC sur le circuit des dispositifs médicaux en dépôt et à l'essai au CHU de Nantes), 2011, p 32.

⁷⁶Talon, D., Gestion des risques dans une stérilisation centrale d'un établissement hospitalier : apport de la traçabilité à l'instrument. 2011, Ecole Centrale Paris, p 21.

Chapitre III

**La relation entre la gestion de risque et la
qualité du soin : étude empirique CHU
Tlemcen**

Introduction du chapitre

Dans ce chapitre, nous allons essayer de vérifier notre problématique de départ qui est l'impact de la gestion des risques sur l'amélioration de la qualité des soins, pour cela, nous utiliserons les informations que nous avons collectées à travers l'entretiens, l'applications des méthodes qualitatives ainsi que sondages d'opinions (corps médical, les patients) et les résultats de l'enquête de la gestion des risques et son impact sur la qualité des soins ainsi que la satisfaction de patients.

Avant d'aborder ces points, ce dernier chapitre traite trois sections et se présente comme suit : Dans la première section, nous présenterons l'établissement hospitalier CHU Tlemcen , nous exposant sa zone géographique, l'organigramme de l'hôpital, les missions des services qui ont une relation avec la gestion de risque, l'environnement de l'établissement hospitalier.

Dans la deuxième section nous allons procéder à une présentation de la méthodologie de recherche à travers la détermination des résultats de l'entretien, ainsi que la description des deux questionnaires et l'élaboration de ces derniers.

La dernière section est devisée comme suit :
, tester nos hypothèses et enfin arriver à des réponses sur notre problématique.

Section I : présentation de l'organisme d'accueil

Dans cette section, nous allons présenter Le Centre Hospitalo-universitaire Dr TidjaniDamerdji de Tlemcen et donner un aperçu sur son organisation son historique ainsi que ses différents services.

I.1 présentation de Centre Hospitalo-universitaire Dr TidjaniDamerdji de Tlemcen :

L'établissement occupe une superficie de 13 hectares. Le Centre Hospitalo-universitaire Dr TidjaniDamerdji de Tlemcen est d'architecture pavillonnaire.

Il est actuellement constitué de 44 services et laboratoires spécialisés. Le centre Hospitalo-universitaire Dr TidjaniDamerdji de Tlemcen dispose d'une capacité d'accueil de 646 lits et couvre une population de 1.5 millions de citoyens.⁷⁷

- Hospitalo-universitaires :
 - Grade Professeur : 23
 - Grade Maître de Conférences « A » : 14
 - Grade Maître de Conférences « B » : 15
 - Grade Maître Assistant : 106
- Assistants spécialistes de santé publique : 172
- Médecins généralistes : 60
- Personnels soignants : 591

I.2 Situation géographique

Le centre hospitalo-universitaire Dr TidjaniDamerdji de Tlemcen (CHUT), situé au nord-ouest de la ville, occupe une position stratégique importante et facilite la fourniture de services à la majorité de la population de la ville et de ses environs, sur une superficie de 130 000 m² ou 13 hectares dont 18525 m² urbanisés et le reste sont des espaces verts. (Fig.06). Il est bordé par des quartiers résidentiels :

- Nord : Bel horizon et nord-est par la cité des 325 logements et les cerisiers.
- Sud : BabElkhmis.
- Est : Bel Air.
- Ouest : Makhoukh

⁷⁷<http://www.chu-tlemcen.dz>



Figure : Localisation du centre hospitalo-universitaire à la ville de Tlemcen (Google Maps, 2019)

I.2.Historique

La construction de l'hôpital civil de Tlemcen a débuté en 1947 et achevée en 1954. C'était l'hôpital colonial de la ville de Tlemcen. A l'indépendance, il est secteur sanitaire et universitaire de Tlemcen, Sebdu.

En 1986, il est érigé en centre hospitalier universitaire par décret exécutif n° 86.306 du 16 décembre 1986.

Il prend le nom du docteur TIDJANI DAMERDJI, médecin, patriote de la 1ère heure, martyr de la révolution algérienne, tombé au champ d'honneur le 17 avril 1957.

Une triple mission est alors confiée à l'établissement :⁷⁸

- Soins
- Enseignement
- Recherche

Le CHUT est une institution publique de caractère administratif avec une indépendance financière, spécialisée dans la prestation de services aux patients et divers types de traitement.

⁷⁸ Idem

Le nombre de travailleurs dans ce centre est de 2536, répartis par fil (professeurs d'université, conférenciers, assistants, médecins spécialistes, médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, psychologues, paramédicaux, administrateurs, techniciens professionnels).

Il comprend également une augmentation de ses utilisateurs, des médecins résidents selon chaque spécialisation de la première année à la cinquième année, ainsi que des travailleurs externes et temporaires, ainsi que la catégorie des travailleurs intégrés à l'intégration des titulaires de certificat ⁷⁹ (voir le tableau ci-dessous)

Tableau n° : Personnel du CHUT

| Catégorie | Nombre |
|---|------------|
| Hospitalo-Universitaires | |
| Grade Professeur | 29 |
| Grade Maître de Conférences « A » | 25 |
| Grade Maître de Conférences « B » | 15 |
| Grade Maître Assistant | 129 |
| Assistants spécialistes de santé publique | 200 |
| Médecins généralistes | 78 |
| Les paramédicaux 814 | |
| Assistants médicaux en anesthésiologie et récupération | 46 |
| Chercheurs en santé publique | 54 |
| Dentistes pour la santé publique | 10 |
| Physiothérapeutes et chimistes | 28 |
| Opérateurs de systèmes d'imagerie médicale pour la santé publique | 52 |
| Infirmier spécialisée en santé publique | 275 |
| Infirmier en santé publique | 146 |
| Infirmier de santé publique avec un diplôme d'état | 11 |
| Infirmier qualifié | 03 |
| Assistants en soins infirmiers | 166 |
| Préparateur en pharmacie | 13 |
| Utilisateurs administratifs et techniques « 768 » | |
| Techniciens | 17 |
| Personnel professionnel | 567 |
| Administrateurs | 184 |
| Catégorie des utilisateurs en cours de formation | |
| Composé de médecins, internes et externes | 428 |

⁷⁹ Document interne de l'établissement

I.3 Les services du CHUT

Plus des services médicaux et chirurgicaux, le CHUT est suivi également par des laboratoires hospitalo-universitaires, deux unités de chirurgie dentaire qui sont des installations distinctes du Centre et une Unité « Centre de lutte contre le cancer »

| Spécialités chirurgicales | Spécialités médicales |
|-------------------------------|--|
| Chirurgie générale A | Anesthésie - Réanimation |
| Chirurgie générale B | Pédiatrie |
| Chirurgie ortho-traumatologie | Cardiologie |
| Chirurgie urologique | Dermatologie |
| Neuro-chirurgie | Endocrinologie - Diabétologie |
| Ophtalmologie | Épidémiologie |
| Oto-Rhino-Laryngologie | Gastro-entérologie |
| Urgences Médico-Chirurgicales | Hématologie |
| / | Maladies infectieuses |
| | Médecine du travail |
| | Médecine interne |
| | Médecine légale |
| | Médecine nucléaire et imagerie métabolique |
| | Médecine physique et réadaptation |
| | Néphrologie |
| | Neurologie |
| | Oncologie médicale |
| | Pneumo- Phtisiologie |
| | Psychiatrie |

Activités

Le Centre Hospitalo-universitaire Dr TidjaniDamerdji de Tlemcen dispense des prestations orientées selon trois axes majeurs, à savoir les soins, la formation médicale et paramédicale et enfin la recherche.

En ce qui concerne l'offre de soins, les différents professionnels de la Santé du Centre Hospitalo-universitaire Dr TidjaniDamerdji de Tlemcen coordonnent leurs efforts afin d'assurer des soins de qualité au malade ainsi qu'un confort appréciable lors de son hospitalisation. Un centre de consultation spécialisée performant et un service d'urgences entièrement rénové viennent d'ouvrir pour pallier aux besoins des malades.

En ce qui concerne la recherche médicale, le Centre Hospitalo-universitaire Dr TidjaniDamerdji de Tlemcen abrite 4 laboratoires de recherche :

- le laboratoire : « cancer-lab »
- le laboratoire : « endocarde »
- le laboratoire : « toximed »
- le laboratoire : « chirurgie expérimentale ».

L'établissement a acquis une expérience dans les domaines de la greffe rénale (une trentaine de greffes rénales pratiquées) et de l'implant cochléaire (150 implants réalisés).

Une salle de cathétérisme a été réceptionnée, elle permet d'investiguer les pathologies cardiovasculaires.

Section 02 : Le déroulement de l'enquête

Toute recherche scientifique nécessite l'application des méthodes et techniques pour aboutir aux résultats exacts et efficaces conformes à la recherche. Celle-ci aide le chercheur dans l'analyse et le traitement des données pour les besoins de son étude, c'est dans ce cadre que nous allons définir les différentes techniques et méthodes pour arriver au résultat concernant notre étude.

1. La méthodologie de l'enquête

Afin de mener à bien notre étude concernant l'apport de la gestion des risques dans l'amélioration de la qualité des soins. Nous avons opté pour une étude quantitative et qualitative auprès du personnel de l'hôpital.

Pour toute étude quantitative et qualitative une démarche méthodologique doit être adoptée par l'enquêteur, elle repose sur :

- La définition de l'objectif de l'enquête ;
- La présentation du plan de l'étude ;

- L'analyse des résultats de l'enquête
- Synthèse et recommandations

1.1. L'objectif de l'enquête

Toute recherche doit être fondée sur une problématique. Ce dernier défini comme suit :

c'est« la formulation d'une question centrale concernant ce qui pose le problème dans le sujet traité. »

En ce qui nous concerne notre enquête nous avons diffusé un questionnaire destiné aux personnels de l'hôpital pour vérifier nos hypothèses, du fait que les réponses aux questions nous aiderons à déduire l'impact de la gestion des risques sur la qualité des soins et évaluer le degré désensibilisation du personnels sur l'importance de la gestion desrisques. Nous avons effectué aussi un entretien avec deux responsables ainsi qu'avec deux médecinsde l'hôpital, dans le but d'avoir des informations fiables sur la réalité de l'application de la gestion des risques ce qui nous permettra de proposer des suggestions susceptibles d'améliorer la qualité des soins de l'hopital.

1.2. Plan de l'étude

La méthodologie employée pour la réalisation de cette étude est basée sur un entretien semi-directif et application des méthodes qualitatives ainsi qu'un questionnaire.

1.3. Le guide L'entretien

Les entretiens servent, en général, à recueillir des informations spécifiques et de nature qualitative. Ils visent d'abord à exploiter et à comprendre plutôt qu'à mesurer et à quantifier.

Ce genre d'interview est, comme son nom l'indique, à mi-chemin entre la non directiveet la directive. Dans la pratique, c'est souvent une combinaison de ces deux formes que l'on utilise. Le bute recherche est de s'informer, mais en même temps de vérifier, à l'aide de ⁸⁰questions, des points particuliers liés à certaines hypothèses préétablies.⁸¹

Pour avoir des informations fiables et pertinentes, sur la réalité de l'application de la gestion des risques et son apport dans l'amélioration de la qualité des soins et afin de compléter les réponses obtenues grâce au questionnaire, nous avons jugé utile de préparer une deuxième démarche de réalisation de l'enquête par le biais d'un guide d'entretien semi directif avec le directeur de l'hôpital , le sous-directeur des activités médiales, également avec deux médecins.

⁸¹ OUACHERINE (H), CHABANI (S) : *guide de méthodologie de la recherche en sciences sociales*, 1e édition, 2013, p 73.

1.3.1. Le contenu de l'entretien

Notre guide d'entretien semi directif regroupe en 11 questions réparties comme suit : fiche signalétique afin de bien connaître la personne interrogée (le sexe, l'âge, l'ancienneté dans l'hôpital, etc.), la place de la gestion des risques dans l'hôpital et le rôle qu'elle joue dans l'amélioration de la qualité des soins.

VIII .Les outils de gestion de qualité

Les outils de gestion sont d'un usage courant dans les entreprises, toutefois, ils n'ont fait l'objet d'études universitaires que très récemment (**Grimand, 2006**). Aujourd'hui, la multiplication des outils dans le secteur privé mais aussi dans le secteur public, conduit les praticiens et les chercheurs à se pencher davantage sur la question de l'appropriation de ces outils. (**Grimand, 2006**)

VIII .7 Les Check-list

Les check-lists sont des outils indiscutables en aéronautique ou dans l'industrie, mais la démonstration de leur efficacité en médecine, récemment démontrée dans des études cliniques de bonne qualité, a entraînée une intense exposition médiatique professionnelle et aussi grand public. Les professionnels de santé, y compris les plus sceptiques, reconnaissent que les check-lists peuvent être des outils utiles pour améliorer la sécurité des soins dispensés. (**Cabarrot, 2011**).

VIII .8 Méthode des 5M

Méthode des 5M, Diagramme de cause à effet, Diagramme d'Ishikawa, Diagramme en arêtes de poisson Introduit par Kaoru Ishikawa Dans les chantiers navals Kawasaki au Japon dans les années 60 ,son objectif c'est identifier les causes possibles d'un problème ou un défaut (effet), et agir sur ces causes pour corriger le défaut en mettant en place des actions correctives appropriées. (**Iserm, 2014**).

- **Matière** : les matières et matériaux utilisés et entrant en jeu, et plus généralement les entrées du processus.
- **Matériel** : l'équipement, les machines, le matériel informatique, les logiciels et les technologies.
- **Méthode** : Le mode opératoire, la logique du processus et la recherche et développement.
- **Main-d'oeuvre**: Les interventions humaines
- **Milieu** : L'environnement, le positionnement, le contexte

VIII .9 La criticité

La criticité C ou IPR (Indice de Priorité des Risques) traduit la gravité des conséquences de la défaillance, c'est une note calculée avec 3 paramètres notés indépendamment.

- F : Fréquence d'apparition (note 1 -> n)
-> Probabilité d'apparition du mode de défaillance résultant d'une cause donnée.
- D : Fréquence de non détection (note 1 -> n)
-> Probabilité de ne pas détecter la cause ou le mode de défaillance avant l'effet.
- G : Gravité des effets de la défaillance (note 1 -> n)
-> Sévérité relative à l'effet de la défaillance. (AMDEC, 2014).

Tableau 14 : matrice de criticité retenue par le groupe de travail : (AMDEC, 2014)

| | | Echelle de gravité | | | | |
|--------------|----|--------------------|----|----|----|----|
| | | G1 | G2 | G3 | G4 | G5 |
| La fréquence | F5 | | | | | |
| | F4 | | | | | |
| | F3 | | | | | |
| | F2 | | | | | |
| | F1 | | | | | |

Tableau 15 : classes de criticité calculé retenue par le groupe de travail .(AMDEC, 2014)

| Valeur de criticité | Indication |
|---------------------|------------|
|---------------------|------------|

| | |
|-----------------------|--------------|
| calculée | |
| Si $C \leq 4$ | Acceptable |
| Si $5 \leq C \leq 16$ | Tolérable |
| Si $C \geq 16$ | Inacceptable |

1.2.1. Le questionnaire

Le questionnaire est considéré comme un outil de collecte des données très pratique. «

Élaborer un questionnaire consiste à formuler un ensemble de questions et de modalités de réponses et à les ordonner de telle façon que les réponses fournies permettent, après analyse des données, d'apporter un éclairage pertinent sur la problématique d'étude. »⁸²

L'enquête par sondage est du type quantitatif qui cherche à répondre à la question :

combien ? L'objectif de ce type d'enquête est de quantifier des indicateurs c'est-à-dire mesuré certaines caractéristiques, pour décrire et expliquer des phénomènes.

Le principe est d'estimer les caractéristiques d'une population à partir d'une enquête que l'on réalise sur un échantillon.

1.2.1.1.L'échantillon de notre étude

Pour la nature de notre thème qui porte sur l'impact de la gestion de risque sur la qualité des soins , et pour meilleure représentativité, le choix de l'échantillonnage a été porté sur le corps médicale ainsi que sur les patients.

La taille de notre échantillon étant de 100 individus appartenant aux corps médicale dans le 1^{er} questionnaire et 100 patients dans le 2^{ème} déterminée d'une manière aléatoire.

1.2.1.2.Structure du questionnaire

Nous avons élaboré deux questionnaire le 1^{er} adresser aux corps médicales(médecin, infirmier, administrateur chef services) et le 2^{ème} adresser aux patients afin de connaître leurs points de vue sur la contribution de la gestion dans l'amélioration de la qualité des soins .

Le 1^{er} regroupe 24 questions (voir annexe N°) répartis comme suit :

perception et appréciation des enquêtés par rapport au degré de connaissance de gestion de risque de son hôpital , ainsi que l'évolution de la qualité des soins après la réalisation d'une gestion de risque.

⁸² BOULAN (H), *le questionnaire d'enquête*, édition DUNOD, Paris, 2015, P 6.

Le 2^{ème} regroupe 12 questions sur la qualité perçue sur le patient.

Dans le souci de permettre une bonne compréhension de nos questionnaires, nous avons optés pour les questions avec types qui sont :

- Des Questions dichotomique ;
- Des Questions fermés à choix multiples mais à une seule réponse permise parmi celles proposées ;
- Des Questions sous forme d'échelle.

1.2.1.3.La méthodologie de traitement statistique des données :

Le traitement des données collectées auprès d'un échantillon de 100 individus appartenant aux corps médicale ainsi que 100 patients admis aux différents services au sein du CHU Tlemcen s'est fait à l'aide du logiciel IBM SPSS (20.0) pour faire ressortir les tableaux de résultats ainsi que le logiciel Excel pour la construction des graphiques.

En ce qui concerne le traitement des résultats des deux questionnaires, ils se font selon deux méthodes qui sont :

➤ **Le tri à plat (analyse uni variée) :** Cette analyse est du type uni variée car le traitement élémentaire des résultats consiste en une analyse individuelle des questions posées⁸³.

Le tri croisé (analyse bi variée) : Cette analyse consiste à étudier successivement le croisement de variables quantitatives et qualitatives

Section 3 : Les Résultats de notre étude

Dans cette partie nous allons exposer les résultats de notre enquête, ainsi que les résultats des méthodes qualitative afin de mesurer l'impact de la gestion de risque dans l'amélioration de la qualité des soins et faire ressortir des constats et proposer par la suite des recommandations.

2.1 Analyse des résultats de l'entretien

A l'aide de nos nombreuses lectures d'articles sur le management hospitalier, sur la gestion des risques ainsi que celle de notre enquête, nous avons analysé nos résultats comme suit :

Analyse de la première question : Que pensez-vous de la qualité des services hospitaliers en Algérie ?

⁸³CROUTSHE. Jean jacques, Pratique statistiques en question et études de marchés », Edition ESKA, Paris,(1997), P. 113

Selon monsieur le directeur : « la qualité est aujourd'hui une préoccupation majeure des établissements sanitaires. Au-delà d'une simple réduction des coûts attachés à la non qualité, la recherche de la qualité des soins exprime le souci de satisfaire les patients en garantissant une bonne prise en charge, il est vrai que durant les années précédentes la qualité des soins dispensés n'était pas à la hauteur voir médiocres en effet il y'avait un manque de matériel, un manque considérable du personnel aussi les conditions d'hygiène étaient lamentables, une mauvaise organisation. Notons qu'actuellement il y'a une nette amélioration une prise de conscience de la part des responsables qui ne sous-estiment pas l'impact d'une bonne qualité sur la satisfaction des patients.

Analyse de la deuxième question : y a-t-il une démarche qualité mise en place au sein de l'hôpital ?

Selon monsieur Benmoustfa « oui il y'a une politique en place pour la démarche qualité, elle n'obéit pas à des normes, elle est interne, établie et suivie par la direction des activités médicales et paramédicales, elle consiste à mettre en place tous les moyens humains et matériaux pour améliorer la qualité des soins prodigués aux patients.

Analyse de la troisième question : y' a-t-il un service de gestion des risques à l'hôpital ?

Selon le directeur: « non il n'y a pas un service spécifique pour la gestion des risques, c'est la médecine de travail qui prend en charge les accidents et les maladies professionnels acquises et pour le risque des infections nosocomiales il y'a le service d'épidémiologie responsable des enquêtes épidémiologiques.

Analyse de la quatrième question : Considérez –vous que la création d'un service de gestion des risques soit indispensable au sein de l'hôpital ?

Selon monsieur le directeur : « Oui, d'ailleurs je souhaiterai que dans un avenir proche les chu d'Algérie dispose d'un service compétent en gestion des risques cela contribuera fortement à la maîtrise des risques, à la réduction des erreurs et à l'amélioration de la qualité des soins.

Analyse de la cinquième question : Quels sont les risques auxquels sont soumis les professionnels ?

Selon le docteur Meziane : « il y'a une multitude de risques, il y' a des risques d'ordre psychologiques : stress, surmenage, anxiété

Des risques biologiques : les plus exposés sont les médecins, cliniciens, chirurgiens, sage femmes et personnels de laboratoire, surtout ceux qui travaillent sans les gants et le personnel qui manipule les déchets contaminés.

Les risques infectieux : le contact avec le malade expose le personnel soignant au risque de contracter une maladie, la manipulation des dispositifs médicaux.

Analyse de la sixième question : Comment sont-ils gérés ?

Selon monsieur : « en général on suit notre personnel avec des visites périodiques comme on essaie d'investir dans les moyens de protection pour mieux prévenir les risques.

Analyse de la septième question : Quels sont les risques auxquels sont exposés les patients ?

Selon le docteur CHABNI : « Le risque le plus fréquent est le risque de maladie nosocomiale, pour qu'une infection se développe à l'hôpital, il faut à priori trois éléments :

Une source d'infection : c'est-à-dire un milieu contaminé par des germes, le plus souvent des bactéries.

Un vecteur capable de transporter les germes de la source vers le patient.

Un malade qui présente une réceptivité particulière à l'infection du fait des traitements ou des soins qu'il reçoit.

ces infections peuvent être la conséquence directe d'acte de soins, s'inscrivant soit dans le cadre de la faute, soit dans celui de l'aléa médical.

Les facteurs favorisant l'infection sont : l'utilisation du matériel diagnostique thérapeutiques non stérilisés, le nombre insuffisant de chambres privées pour les personnes infectés, l'insuffisance de l'entretien sanitaire, la réutilisation du matériel jetable, la prise en charge de malades plus atteints et plus âgés.

Analyse de la huitième question : comment gérez-vous ces risques ?

La lutte contre les infections nosocomiales se fait au niveau de l'unité d'hygiène hospitalière ou le comité de lutte contre les infections nosocomiales établie des mesures à suivre tel que :

L'hygiène et la désinfection des mains

Le nettoyage de la zone médicale : après chaque patient le poste de travail doit être nettoyé et désinfecté.

Le comité de lutte contre les infections nosocomiales a aussi pour mission d'identifier, de surveiller les IN et d'en déterminer la prévalence également de proposer un programme de formation pour lutter contre celles-ci.

Analyse de la neuvième question : y'a-t-il une politique de prévention des risques ?

Selon le docteur CHABNI : « oui il y a une politique de gestion des risques on gère aussi la situation actuelle, néanmoins la culture de gestion des risques n'est pas encore bien intégrée à l'hôpital.

Analyse de la dixième question : utilisez-vous des méthodes qualitatives pour gérer les risques ?

Oui on utilise le diagramme d'ISHIKAWA pour gérer certains risques.

Analyse de la onzième question : quel est le service auquel le patient est le plus exposé au risque ?

Selon le docteur CHABNI : « le service de réanimation est le service qui expose le plus le patient au risque nosocomial.

2) application des méthodes de gestion des risque : pour confirmer ou infirmer la première hypothèse : la non qualité provient d'une défaillance dans le processus de gestion de risque interne, on choisit d'appliquer trois méthodes qualitatives pour déterminer les causes du risque nosocomial en observant l'environnement du patient.

En premier lieu on va utiliser les check-lists pour détecter les écarts par rapport au milieu du patient par rapport aux méthodes d'entretien ainsi que par rapport au matériel utilisé, détecter les non conformités au niveau du personnel soignant.

En second lieu on va utiliser la méthode d'Ishikawa pour déterminer les causes de chacune des non conformités détectées dans les check-lists.

En dernier lieu on va utiliser la méthode AMDEC pour calculer la criticité des risques détectés et pouvoir les classer pour ensuite les traiter.

2.1 les check-lists

En utilisant la réglementation (**Loi n 85-05 du 16 février 1985**) en faisant des observations ainsi que des entretiens avec le personnel soignant, le chef de service, en consultant les différents documents présents on a pu établir ces check-lists.

Tableau 2.1 : check-list de conformité des méthodes

| check-list de conformité des méthode | | | | | |
|---|--------|-----|----------|-----|--|
| Contrôles | Existe | | Conforme | | Observation |
| | oui | non | oui | non | |
| Sensibiliser et former le personnel aux procédures conformes à la réglementation en vigueur sur l'utilisation et la stérilisation des matériaux | ✓ | | | ✓ | Le personnel est sensible aux procédures mais le nombre de personne formé à ces procédures est insuffisant |
| Lavage des mains immédiatement avant tout contact direct avec un patient | ✓ | | ✓ | | |
| Port de gant lors de la manipulation de tube de prélèvement biologique | ✓ | | | ✓ | Pas souvent et surtout lors de l'utilisation des produit chimique |
| Port de masque lors des actes entraînant des risques de projection de sang | ✓ | | ✓ | | |
| Evaluation des pratiques professionnelles | ✓ | | ✓ | | Absence de procédure d'évaluation |
| traçabilité des formations et l'évaluation de pratiques professionnelles | ✓ | | | ✓ | Absence de traçabilité |
| organisation, planification et répartition des activités | ✓ | | | ✓ | Le service n'est pas organisé et manque de planification |
| affichage des consignes de sécurité | ✓ | | | ✓ | Absence de fiche de sécurité |
| Evacuation des déchets, et dispositifs médicaux souillés | ✓ | | | ✓ | Absence de gestion des déchets |
| Mise en place d'une procédure écrite de vérification du matériel médical | ✓ | | ✓ | | |
| La conformité au protocole d'ouverture des chambres de réanimation | ✓ | | ✓ | | |
| surveiller et prévenir les infections associées aux soins | ✓ | | | ✓ | Aucune procédure de prévention de risques liés au soin |
| Désinfection du matériel et des appareils utilisés par le réanimateur | ✓ | | | ✓ | Réutilisation de certains appareils par le réanimateur non désinfecté |
| nettoyage quotidien des salles de réanimation | ✓ | | | ✓ | Les salles de réanimation ne sont pas nettoyer soigneusement |

Etablie par nous même à travers logiciel Excel et des documents internes du CHU TLEMEN

Tableau 2.2 :check-lists de conformité du personnel

| check-list de conformité du personnel | | | | | |
|--|--------|-----|----------|-----|--|
| contrôles | existe | | conforme | | observation |
| | oui | non | oui | non | |
| Personnels formé et évalué | ✓ | | | ✓ | Le personnel non formé en gestions des risques |
| Respect des consignes de sécurité en salle de réanimation | ✓ | | | ✓ | Les consignes de sécurité ne sont pas affichées ou documentées |
| Porter une blouse en coton fermée | ✓ | | ✓ | | |
| Respect des règles d'hygiène | ✓ | | | ✓ | Il y a certaines règles qui ne sont pas respecté |
| Etre capable de prendre des décisions en fonction de gravité | | ✓ | | ✓ | Le personnel n'est pas formé pour prendre la responsabilité |
| Respect des protocoles de soin | ✓ | | ✓ | | |
| Surveiller et prévenir les infections associées aux soins | | ✓ | | ✓ | Absence de documents ou des fiches pour la surveillance des infections |
| Signalement des évènements indésirables | ✓ | | ✓ | | |
| Partage des informations essentielles dans l'équipe sur des éléments à risque | ✓ | | | ✓ | Il y a certains élément qui ne sont pas détecter et donc pas partagé |
| Préparation régulière des fiches de suivi du patient | ✓ | | ✓ | | |
| Respect de protocole établis et connus de tous | ✓ | | ✓ | | |
| Une bonne communication entre l'équipe soignante sur le cas du patient | ✓ | | | ✓ | Manque de communication entre l'équipe soignante |
| Suivi des recommandations établis par le comité de lutte des infections nosocomiales | ✓ | | | ✓ | Le personnel soignant ne suit pas toutes les recommandations établies par CLIN |
| Connaissance des méthodes de gestion de risque par le personnel | ✓ | | | ✓ | Le personnel n'est pas bien formé en gestion des risques |
| Communication vers le patient et son entourage | ✓ | | ✓ | | |
| Disponibilité des médecins spécialistes en cas de complication ou gravité | ✓ | | ✓ | | |

Etablie par nous même à travers logiciel Excel et des documents internes du CHU TLEMEN

Tableau 2.3 : check-lists de conformité du matériel

check-list de conformité du matériel

| contrôles | existe | | conforme | | observation |
|--|--------|-----|----------|-----|---|
| | oui | non | oui | non | |
| matériel médical conformes au protocole en vigueur | ✓ | | | ✓ | Il y a certains matériels défectueux |
| moyen de surveillance d'une thérapeutique intensive ou d'un traitement | ✓ | | ✓ | | |
| disponibilité des dispositifs électrique de perfusion | ✓ | | ✓ | | |
| imagerie médicale | ✓ | | | ✓ | Non disponible uniquement la chambre de radiologie |
| gants, coton seringues | ✓ | | ✓ | | |
| poubelle de déchets tranchant et contaminé | ✓ | | ✓ | | |
| disponibilité des sondes d'intubation | ✓ | | ✓ | | |
| tensiomètre | ✓ | | | ✓ | Un seul tensiomètre disponible dans le service |
| stéribloque | | ✓ | | ✓ | N'est pas disponible |
| matériel d'intubation et de fixation des tubes | ✓ | | ✓ | | |
| matériel de réanimation stérilisé | ✓ | | | ✓ | La réutilisation du matériel non stérilisé dans certain cas |
| dispositifs de ventilation | ✓ | | ✓ | | |
| les lits | ✓ | | ✓ | | |
| moniteur d'oxygène | ✓ | | ✓ | | |
| défibrillateur | ✓ | | | ✓ | Le défibrillateur n'est pas souvent disponible |
| chariot mobile | ✓ | | ✓ | | |

Etablie par nous même à travers logiciel Excel et des documents internes du CHU TLEMCEN

Tableau 2.4 :check-lists de conformité de la prise en charge du patient

| check-list de conformité de la prise en charge du patient | | | | | |
|--|--------|-----|----------|-----|--|
| contrôles | existe | | conforme | | observation |
| | oui | non | oui | non | |
| identité et mouvement du patient | ✓ | | ✓ | | |
| dossier du patient | ✓ | | ✓ | | |
| information du patient | ✓ | | ✓ | | |
| respect des consignes des médecins et des personnels | ✓ | | | ✓ | Absence de document ou de fiche enregistrés |
| respect des règles d'hygiène hospitalière | ✓ | | | ✓ | Tout le personnel ne dispose pas d'information et de document sur les règles d'hygiène |
| courtoisie et respect du personnel de l'hôpital | ✓ | | ✓ | | |
| secrets professionnel pour toutes les informations du patient | ✓ | | ✓ | | |
| les prestations de soins sont gratuites dans l'ensemble des établissements de santé | ✓ | | ✓ | | |
| Respect du temps des visites et du nombre des visiteurs | ✓ | | ✓ | | |
| mise en quarantaine de toute personne atteinte d'une maladie infectieuse | | ✓ | | ✓ | Un problème de surcharge de chambre |
| Vérification des antécédents médicaux des patients avant l'administration d'un traitement | ✓ | | ✓ | | |
| bonne qualité de la relation du patient envers les soignants et les soins | ✓ | | ✓ | | |
| personne vulnérable: personnes âgées, enfants, personnes handicapée bénéficient de la prise en charge adéquate | ✓ | | | ✓ | Les personnes vulnérables ne bénéficient pas de la prise en charge adéquate à leur état |
| Réceptivité du patient au traitement administré par le médecin | ✓ | | ✓ | | |
| Surveillance particulière des patients dont l'état est critique | ✓ | | ✓ | | |
| Les patients doivent apporter leur nécessaire de linge | ✓ | | | ✓ | Les patients sont obligés de ramener leurs affaires avec eux car ils ne sont pas disponibles dans le service |

Etablie par nous même à travers logiciel Excel et des documents internes du CHU TLEMEN

Tableau 2.5 : check-lists de conformité du milieu

| contrôles | Existe | | conforme | | observation |
|---|--------|-----|----------|-----|--|
| | oui | non | oui | non | |
| établissement de santé comportant des chambres d'hospitalisation | ✓ | | | ✓ | Chambre étroite et ne répond pas aux recommandations d'hospitalisation |
| chambre d'hospitalisation équipée | ✓ | | | ✓ | Mal organisé ne reprend pas aux recommandations d'hospitalisation |
| 2 box de soins isolé au minimum pour les personnes qui nécessitent un isolement | | ✓ | | ✓ | Casier individuel dans la salle d'attente pour les patients |
| salle d'attente pour les patients | ✓ | | ✓ | | |
| vestiaire avec casiers individuels | | ✓ | | ✓ | |
| salle de secrétariat | | | ✓ | | |
| bureau de consultation médical | ✓ | | ✓ | | |
| salle de stérilisation | ✓ | | ✓ | | |
| salle de repos réservé aux personnels | ✓ | | ✓ | | |
| sanitaire | ✓ | | | ✓ | Absence de WC et insalubrité à cause de la rupture d'eau |
| local pour le linge propre et pour produit consommable | ✓ | | | ✓ | Juste une cuisine pour le produit consommable |
| local pour le linge sale et aux déchets | ✓ | | | ✓ | inexistant |
| Purificateur d'air | ✓ | | | ✓ | Il y'a un manque des purificateurs d'air |
| locale de traitement d'eau | ✓ | | ✓ | | |
| ascenseur et accès pour ambulances | ✓ | | ✓ | | |
| salle de secrétariat | ✓ | | ✓ | | |

Etablie par nous même à travers logiciel Excel et des documents internes du CHU TLEMCCEN

2.2) Méthode des 5M diagramme d'Ishikawa : pour déterminer les causes des non conformités détectés au niveau de la main d'œuvre, de la matière, le milieu, le matériel et les méthodes.

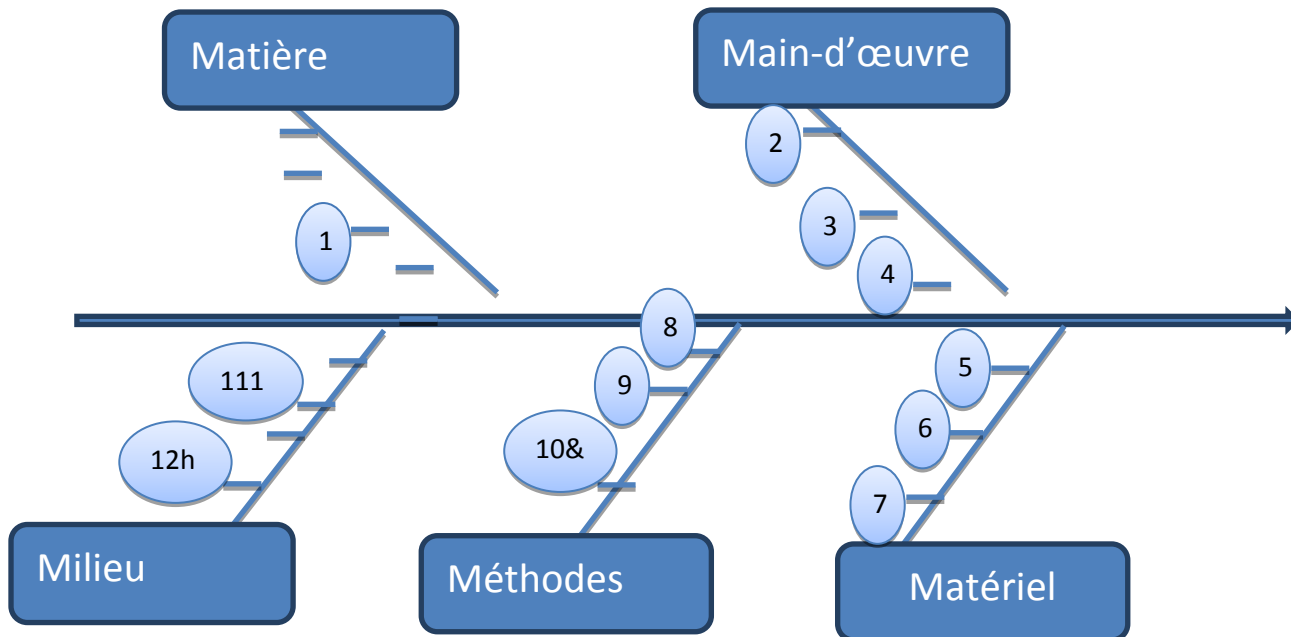


Figure : diagramme d'Ishikawa

- 1 → problème de surcharge des chambres
- 2 → documents de sécurité inexistant
- 3 → non suivi des recommandations prodigués par le CLIN
- 4 → manque de communication entre le personnel soignant
- 5 → matériels défectueux
- 6 → matériel non stérilisé
- 7 → indisponibilité de quelque matériel
- 8 → absence de procédures d'évaluation
- 9 → absence de procédures de gestion et de préventions des risques
- 10 → application des mesures d'hygiène non conforme au protocole
- 11 → surface étroite
- 12 → manque d'un purificateur d'air

2.3 La criticité

Après la détection des risques, on doit calculer leurs criticités. Pour cela, on applique la méthode AMDEC par la formule : $C = G \times F$

Avec :

C : la criticité ;

G : la gravité (avec un barème de 1 à 5) ;

F : la fréquence (avec un barème de 1 à 4).

Tableau : Classification du risque selon la valeur de sa criticité.

| Valeur de la criticité | Ampleur du risque |
|------------------------|------------------------|
| Si $C \leq 4$ | Le risque est mineur |
| Si $5 \leq C \leq 16$ | Le risque est majeur |
| Si $C \geq 16$ | Le risque est critique |

Détermination de la criticité des étapes de la phase pré-analytique

Tableau 29 : Analyses des dangers et estimation des taux de risque

| Processus du système de gestion en réanimation | mode de défaillance | causes | effet sur le patient | G | F | C=F*G |
|---|--|--|--|---|---|-------|
| Désinfection et nettoyage de l'environnement du patient | La salle de soin n'est pas bien désinfectée et purifiée | Négligence des agents d'hygiène Ils n'utilisent pas de purificateur d'air | Risque de contamination du patient Risque d'allergie | 5 | 3 | 15 |
| Mise à disposition des dispositifs médicaux | Tensiomètre et défibrillateur indisponible dans certains cas | Un manque en dispositif non géré par le chef de service | Retarder le processus de diagnostic du patient | 5 | 4 | 20 |
| Stérilisation du matériel de réanimation | Matériel non stérilisé dans certains cas | Le personnel ne suit pas les recommandations délivrées par le CLIN | Risque de contamination Détérioration de son état de santé | 5 | 3 | 15 |
| Vérification du matériel médical avant l'utilisation | Matériel défectueux dans certains cas | Manque de communication entre le personnel médical et les gestionnaires | Mise en danger de la santé du patient | 5 | 4 | 20 |
| Isolation des patients atteints d'une maladie infectieuse | Surcharge des chambres | Absence de suivi des procédures de gestion de risque | Risque de retardement du processus de guérison des patients Contamination des autres patients | 5 | 5 | 25 |

Nous remarquons que le risque détecté dans le matériel médical est un risque critique c=20 qui doit être traité, le risque détecté au niveau des chambres représente aussi un risque critique c=20 qui est due à une absence de suivi des procédures de gestion de risque de la part du personnel soignant.

Synthèse des résultats : d’après les trois méthodes qualitatives utilisées et les criticités élevés des risques détectés nous remarquons qu’il y a des défaillances dans le processus de gestion des risques ce qui confirme notre première hypothèse.

2.1 Dépouillement traitement et analyse des résultats

Cette dernière étape permet l’analyse et le traitement des résultats des sondages à travers le logiciel (IBM SPSS 20) qui nous permet de faire une analyse uni variée (le tri à plat) et une deuxième bi variée (le tri croisé) des informations

Le traitement des questionnaires nous a permet d’aboutir aux résultats qui sont présentés ci-dessous.

➤ **Test alpha cronbach pour la fiabilité**

Suite à l’analyses de l’entreprise à l’aide du teste du khi 2 du logiciel SPSS pour tester la fiabilité de questionnaire.

Tableau N : alpha cronbach

| statistique de fiabilité | |
|---------------------------------|----------------|
| Alpha Cronbach | N des éléments |
| 0.795 | 20 |

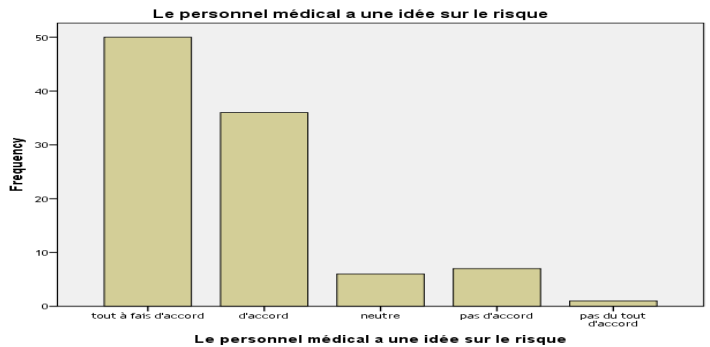
Elaboré par nous-même a travers Spss

Le résultat de coefficient alpha cronbach de notre étude est **0.795** et $\sqrt{0.795} = 0.974$ ce qui est excellent, puisqu’il dépasse le seuil minimum 0.6 donc on constate que notre questionnaire est fiable et stable.

2.1.1 Tri à plat

Q1 : Le personnel médical a une idée sur le risque

| | | |
|----------------------|-----|-------|
| tout à fais d'accord | 50 | 50,0 |
| d'accord | 36 | 36,0 |
| neutre | 6 | 6,0 |
| pas d'accord | 7 | 7,0 |
| pas du tout d'accord | 1 | 1,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

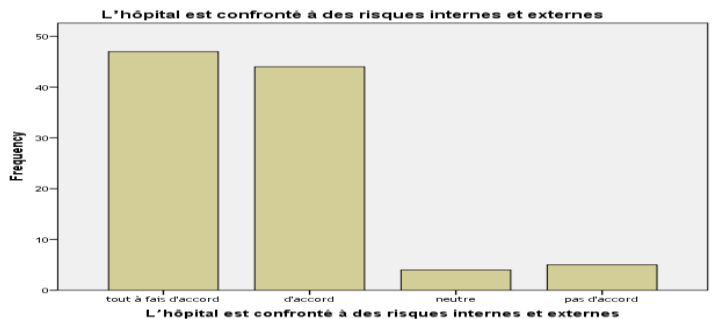


Elaboré par nous mêmea travers Spss

Interprétation : 86% des répondants ont une idée sur le risque, 7% d'entre eux n'ont aucune idée, 6% des répondants restent neutre.

Q2 :L'hôpital est confronté à des risques internes et externes

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 47 | 47,0 |
| d'accord | 44 | 44,0 |
| Neutre | 4 | 4,0 |
| pas d'accord | 5 | 5,0 |
| Total | 100 | 100,0 |



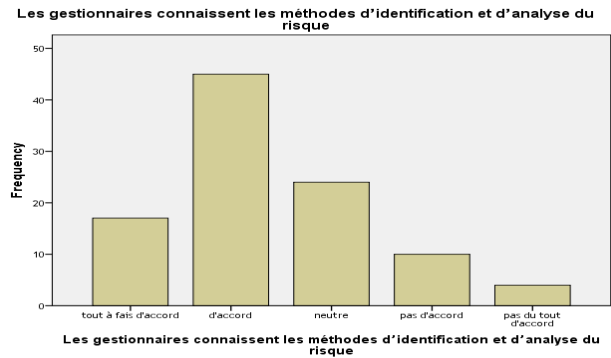
Elaboré par nous mêmea travers Spss

Interprétation

91% des répondants trouvent que l'hôpital est confronté à des risques internes et externes, 5% d'entre eux trouvent que l'hôpital n'est pas confronté à ces risques, 4% des répondants restent neutre.

Q3 : Les gestionnaires connaissent les méthodes d'identification et d'analyse du risque

| | Fréquence | Percent |
|----------------------|-----------|---------|
| tout à fais d'accord | 17 | 17,0 |
| d'accord | 45 | 45,0 |
| Neutre | 24 | 24,0 |
| pas d'accord | 10 | 10,0 |
| pas du tout d'accord | 4 | 4,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

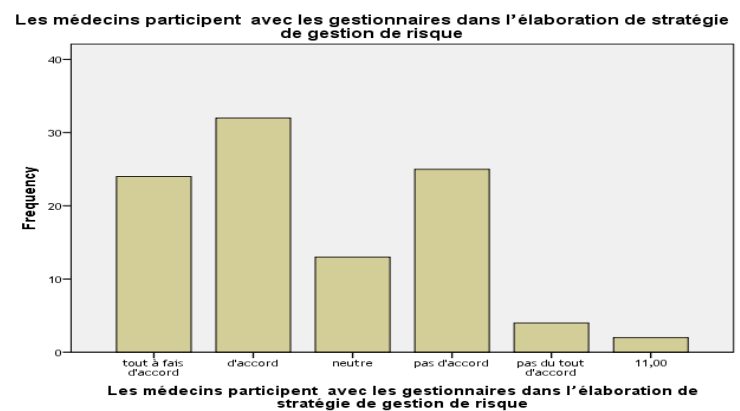


Elaboré par nous-mêmeà travers Spss

Interprétation : 62% des gestionnaires connaissent les méthodes d'identification et d'analyse du risque , 14% d'entre eux ne les connaissent pas,4% n'ont pas de réponse.

Q4 : Les médecins participent avec les gestionnaires dans l'élaboration de stratégie de gestion de risque

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 24 | 24,0 |
| d'accord | 34 | 34,0 |
| Neutre | 13 | 13,0 |
| pas d'accord | 25 | 25,0 |
| pas du tout d'accord | 4 | 4,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

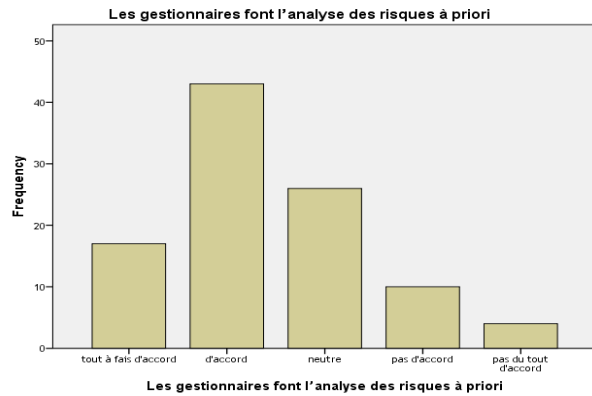


Elaboré par nous mêmea travers Spss

Interprétation : d'après ces résultats 58% des médecins participent avec les gestionnaires dans l'élaboration de stratégie de gestion de risque , contrairement à 29% qui n'y participent pas,13% n'ont pas de réponse.

Q5 :Les gestionnaires font l'analyse des risques à priori

| | Frequence | Percent |
|----------------------|-----------|---------|
| tout à fais d'accord | 17 | 17,0 |
| d'accord | 43 | 43,0 |
| Neutre | 26 | 26,0 |
| pas d'accord | 10 | 10,0 |
| pas du tout d'accord | 4 | 4,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

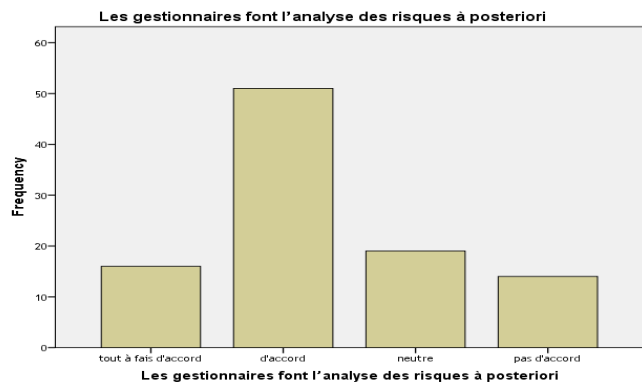


Elaboré par nous mêmea travers Spss

Interprétation : D'après les résultats on constate que 60% des gestionnaires font l'analyse des risques à priori pour les prévenir et réduire leur fréquence de survenance, 14% d'entre eux ne font pas d'analyse des risques à priori, 26% n'ont pas de réponse.

Q6 :Les gestionnaires font l'analyse des risques à posteriori

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 16 | 16,0 |
| d'accord | 51 | 51,0 |
| neutre | 19 | 19,0 |
| pas d'accord | 14 | 14,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

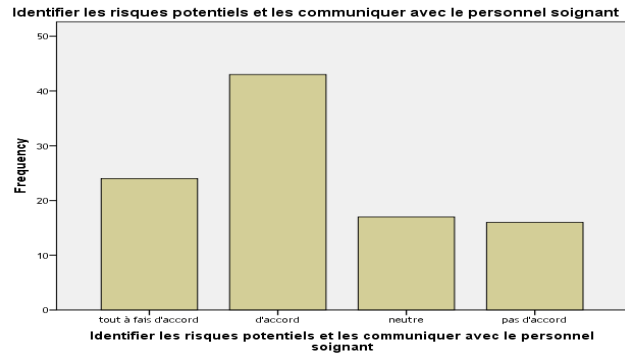


Elaboré par nous mêmea travers Spss

Interprétation : d'après les résultats on constate que 67% des gestionnaires font une analyse des risques à posteriori pour mettre des mesures correctives, 14% d'entre eux ne font d'analyse des risques à posteriori, 19% n'ont pas de réponses.

Q7 : Identifier les risques potentiels et les communiquer avec le personnel soignant

| | Fréquence | Percent |
|----------------------|-----------|---------|
| tout à fais d'accord | 24 | 24,0 |
| d'accord | 43 | 43,0 |
| Neutre | 17 | 17,0 |
| pas d'accord | 16 | 16,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

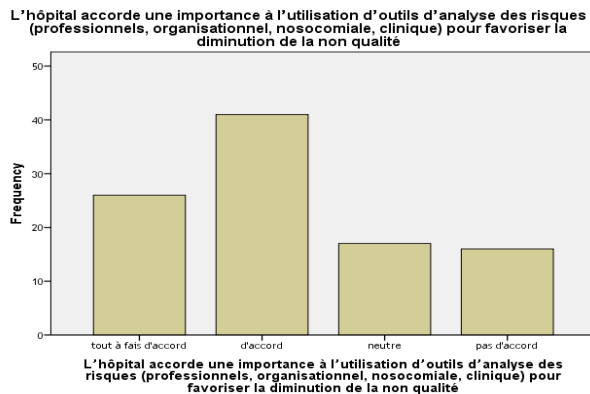


Elaboré par nous mêmea travers Spss

Interprétation : d’après les résultats 67% des risques potentiels identifiés sont communiqués avec le personnel soignant,16% des risques ne le sont pas,17% des réponses sont neutres.

Q8 :L’hôpital accorde une importance à l’utilisation d’outils d’analyse des risques (professionnels, organisationnel clinique) nosocomiale, pour favoriser la diminution de la non qualité.

| | Fréquence | Pourcenta ge |
|----------------------|-----------|--------------|
| tout à fais d'accord | 26 | 26,0 |
| d'accord | 41 | 41,0 |
| Neutre | 17 | 17,0 |
| pas d'accord | 16 | 16,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

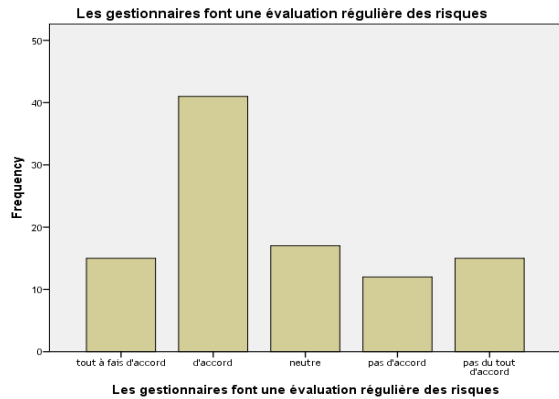


Elaboré par nous à travers Spss

Interprétation : d’après les résultats l’hôpital accorde à 67% une importance à l’utilisation d’outils d’analyse des risques pour favoriser la diminution de la non qualité, selon 16% des répondants l’hôpital n’accorde pas d’importance à l’utilisation d’outils d’analyse des risques car il y a un manque de formations en gestion des risques, 17% des réponses sont neutres.

Q9 :Les gestionnaires font une évaluation régulière des risques

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 15 | 15,0 |
| d'accord | 41 | 41,0 |
| neutre | 17 | 17,0 |
| pas d'accord | 12 | 12,0 |
| pas du tout d'accord | 15 | 15,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

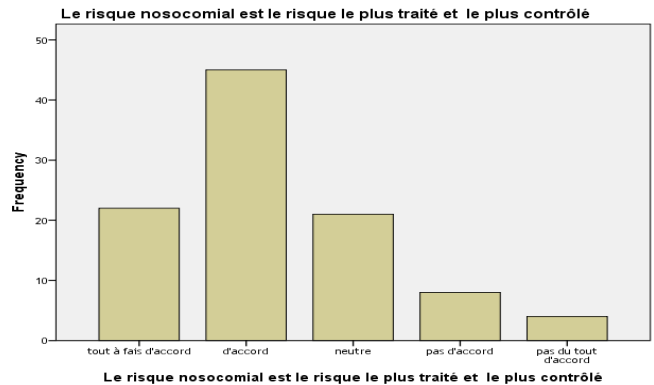


Elaboré par nous mêmeà travers Spss

Interprétation : 56%des répondants estiment que les gestionnaires font une évaluation régulière des risques, contre 27% d'entre eux qui estiment que les gestionnaires ne font pas d'évaluation, 17% ont des réponses neutres.

Q10 :Le risque nosocomial est le risque le plus traité et le plus contrôlé

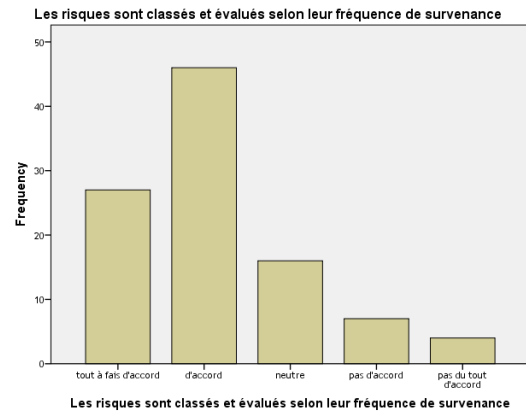
| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 22 | 22,0 |
| d'accord | 45 | 45,0 |
| neutre | 21 | 21,0 |
| pas d'accord | 8 | 8,0 |
| pas du tout d'accord | 4 | 4,0 |
| Total | 100 | 100,0 |



Elaboré par nous mêmeà travers Spss

Q11 : Les risques sont classés et évalués selon leur fréquence de survenance

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 27 | 27,0 |
| d'accord | 46 | 46,0 |
| neutre | 16 | 16,0 |
| pas d'accord | 7 | 7,0 |
| pas du tout d'accord | 4 | 4,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

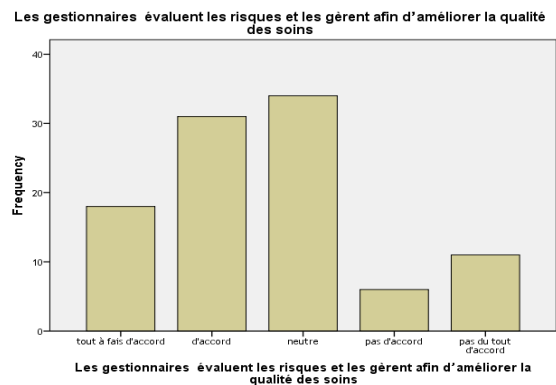


Elaboré par nous mêmea travers Spss

Interprétation : d’après les résultats 73% des risques sont classés et évalués selon leur fréquence de survenance, 11% ne le sont pas.

Q12 : Les gestionnaires évaluent les risques et les gèrent afin d’améliorer la qualité des soins

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 18 | 18,0 |
| d'accord | 31 | 31,0 |
| neutre | 34 | 34,0 |
| pas d'accord | 6 | 6,0 |
| pas du tout d'accord | 11 | 11,0 |
| Total | 100 | 100,0 |



Elaboré par nous mêmea travers Spss

Interprétation : 49% des gestionnaires font une évaluation des risques afin d’améliorer la qualité des soins, 17% des gestionnaires ne font pas une évaluation des risques, 34% d’entre eux restent neutres.

Q13 : Les médecins veillent sur la sécurité des soins

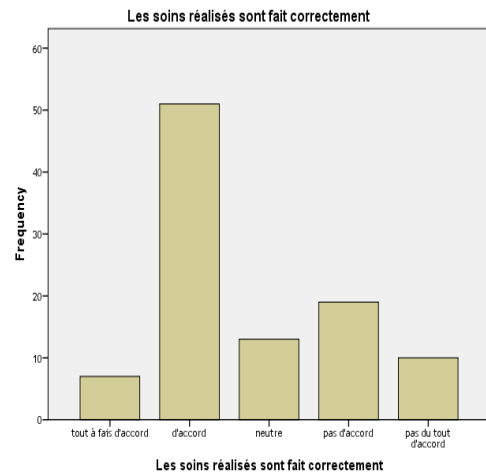
| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 20 | 20,0 |
| d'accord | 59 | 59,0 |
| neutre | 2 | 2,0 |
| pas d'accord | 17 | 17,0 |
| pas du tout d'accord | 2 | 2,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Elaboré par nous mêmea travers Spss

Interprétation : d'après les résultats 79% des médecins veillent sur la sécurité des soins pour satisfaire les patients, 19% des médecins ne veillent pas sur la sécurité des soins, 2% restent neutres.

Q14 : Les soins réalisés sont fait correctement

| | Fréquence | pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 7 | 7,0 |
| d'accord | 51 | 51,0 |
| Neutre | 13 | 13,0 |
| pas d'accord | 19 | 19,0 |
| pas du tout d'accord | 10 | 10,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

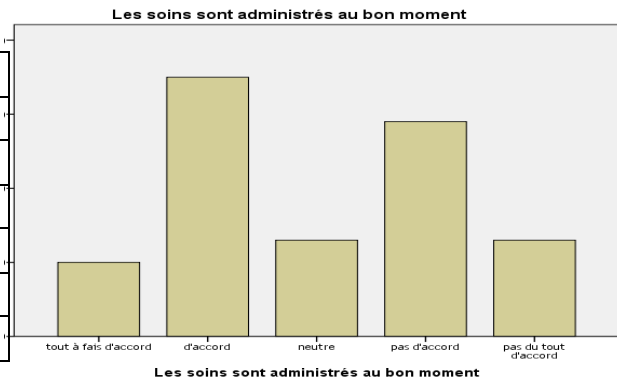


Elaboré par nous mêmea travers Spss

Interprétation : d'après les résultats 58% des soins sont fait correctement, 19% des soins ne sont pas effectués correctement, 13% restent neutre dessus.

Q15 :Les soins sont administrés au bon moment

| M2 | Frequence | Percentage |
|----------------------|-----------|------------|
| tout à fais d'accord | 10 | 10,0 |
| d'accord | 35 | 35,0 |
| Neutre | 13 | 13,0 |
| pas d'accord | 29 | 29,0 |
| pas du tout d'accord | 13 | 13,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

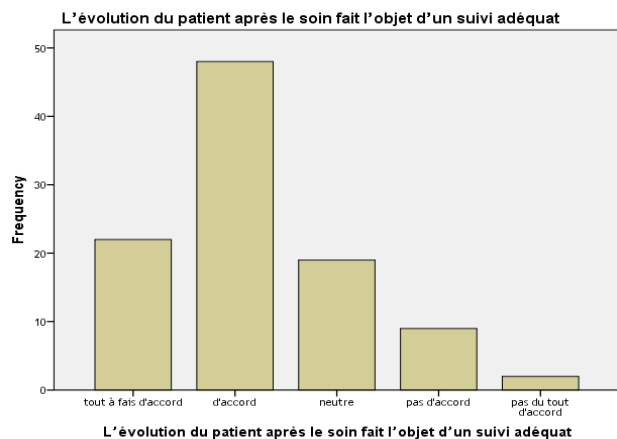


Elaboré par nous-mêmeà travers Spss

Interprétation : 45% des soins sont administrés au bon moment, 42% des soins ne le sont pas, 13% restent neutres dessus

Q16 :L'évolution du patient après le soin fait l'objet d'un suivi adéquat

| | Frequence | Percent |
|----------------------|-----------|---------|
| tout à fais d'accord | 22 | 22,0 |
| d'accord | 48 | 48,0 |
| Neutre | 19 | 19,0 |
| pas d'accord | 9 | 9,0 |
| pas du tout d'accord | 2 | 2,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

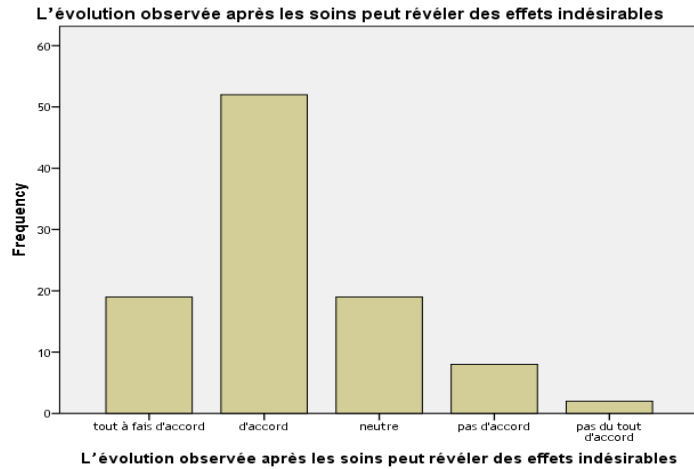


Elaboré par nous-mêmeà travers Spss

Interprétation : 70% des répondants trouvent que l'évolution du patient après le soin fait l'objet d'un suivi adéquat, 11% des répondants trouvent que l'évolution du patient ne fait pas l'objet d'un suivi adéquat, 19% ont des réponses neutres.

Q17 : L'évolution observée après les soins peut révéler des effets indésirables

| | Fréquence | Percent |
|----------------------|-----------|---------|
| tout à fais d'accord | 19 | 19,0 |
| d'accord | 52 | 52,0 |
| Neutre | 19 | 19,0 |
| pas d'accord | 8 | 8,0 |
| pas du tout d'accord | 2 | 2,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

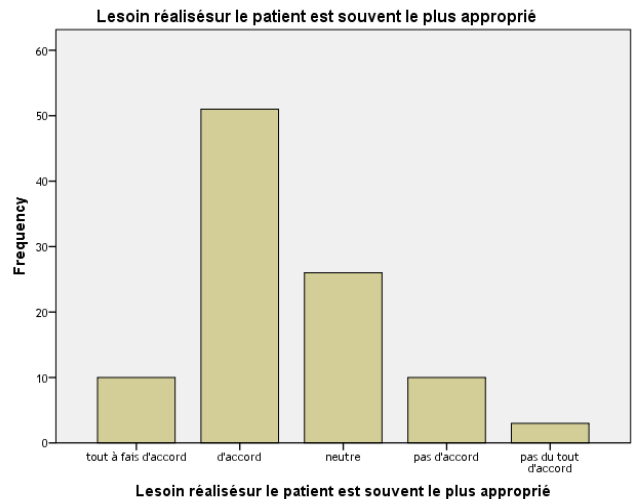


Elaboré par nous-mêmeà travers Spss

Interprétation : d'après les résultats 71% des interrogés constatent que l'évolution observée après les soins peut révéler des effets indésirables, 10% d'entre eux ne constatent pas une évolution observée après les soins, 19% restent neutres.

Q18 :Le soin réalisé sur le patient est souvent le plus approprié

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 10 | 10,0 |
| d'accord | 51 | 51,0 |
| Neutre | 26 | 26,0 |
| pas d'accord | 10 | 10,0 |
| pas du tout d'accord | 3 | 3,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

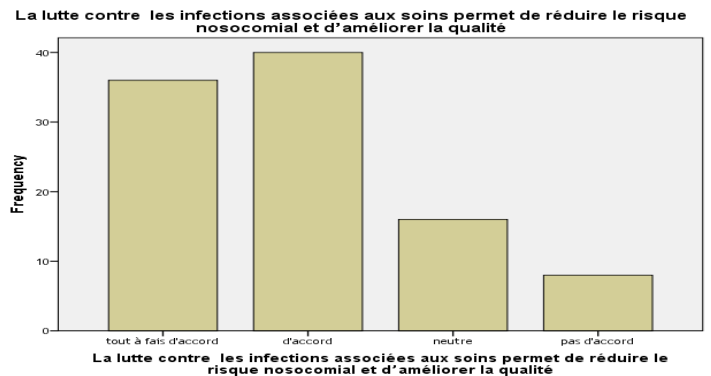


Elaboré par nous-mêmeà travers Spss

Interprétation : d'après les résultats 61% des répondants trouvent que le soin réalisé sur le patient est souvent le plus approprié, selon 13% des interrogés le soin réalisé n'est pas souvent le plus approprié car il y a souvent des erreurs médicamenteuses, 26% des interrogés restent neutres.

Q19 : La lutte contre les infections associées aux soins permet de réduire le risque nosocomial et d'améliorer la qualité

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 36 | 36,0 |
| d'accord | 40 | 40,0 |
| Neutre | 16 | 16,0 |
| pas d'accord | 8 | 8,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

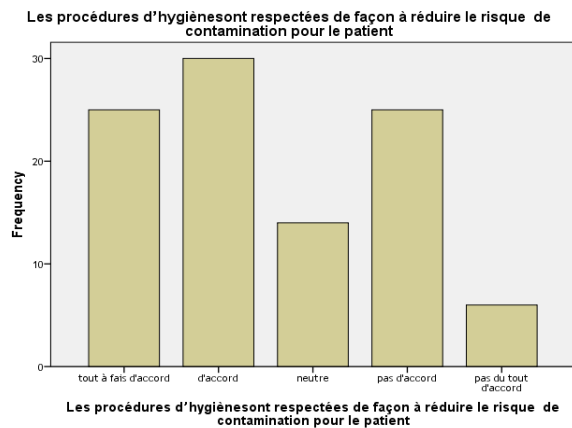


Elaboré par nous-même à travers Spss

Interprétation : d'après 76% des répondants pensent que la lutte contre les infections associées aux soins permet de réduire le risque nosocomial et d'améliorer la qualité, 8% d'entre eux pensent le contraire, 16% n'ont pas de réponse.

Q20 : Les procédures d'hygiène sont respectées de façon à réduire le risque de contamination pour le patient

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 25 | 25,0 |
| d'accord | 30 | 30,0 |
| Neutre | 14 | 14,0 |
| pas d'accord | 25 | 25,0 |
| pas du tout d'accord | 6 | 6,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

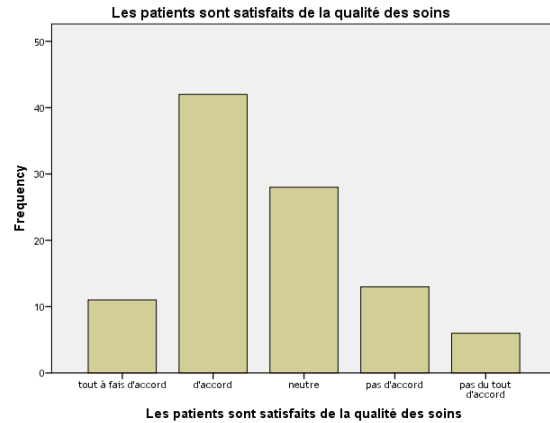


Elaboré par nous-même à travers Spss

Interprétation : d'après les résultats 55% des répondants trouvent que les procédures d'hygiène sont respectées, 31% trouvent le contraire, 14% restent neutres.

Q21 : Les patients sont satisfaits de la qualité des soins

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 11 | 11,0 |
| d'accord | 42 | 42,0 |
| Neutre | 28 | 28,0 |
| pas d'accord | 13 | 13,0 |
| pas du tout d'accord | 6 | 6,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

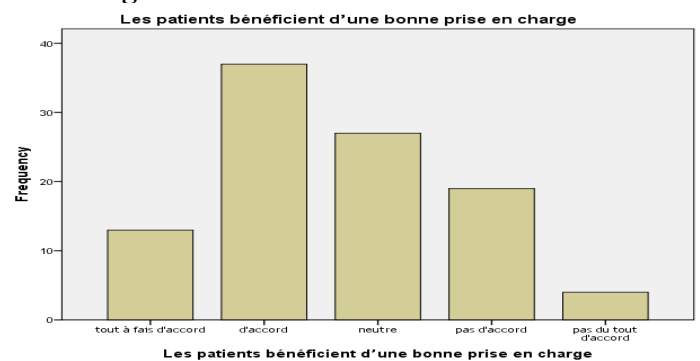


Elaboré par nous-même à travers Spss

Interprétation : d'après les résultats 53% des répondants trouvent que les patients sont satisfaits de la qualité des soins, 19% des répondants trouvent qu'au contraire les patients sont insatisfaits, 28% restent neutres.

Q22 : Les patients bénéficient d'une bonne prise en charge

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 13 | 13,0 |
| d'accord | 37 | 37,0 |
| Neutre | 27 | 27,0 |
| pas d'accord | 19 | 19,0 |
| pas du tout d'accord | 4 | 4,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

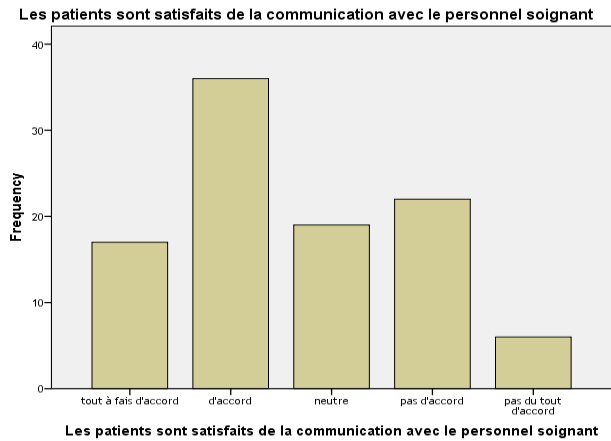


Elaboré par nous-même à travers Spss

Interprétation : d'après les résultats 50% des répondants trouvent que les patients bénéficient d'une bonne prise en charge, 23% des répondants trouvent que les patients ont une mauvaise prise en charge, 27% des répondants ont une réponse neutre

Q23 : Les patients sont satisfaits de la communication avec le personnel soignant

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 17 | 17,0 |
| d'accord | 36 | 36,0 |
| Neutre | 19 | 19,0 |
| pas d'accord | 22 | 22,0 |
| pas du tout d'accord | 6 | 6,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

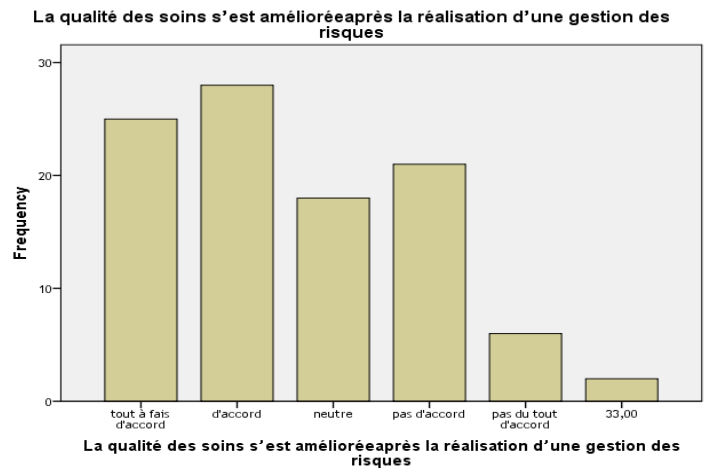


Elaboré par nous-même à travers Spss

Interprétation : d'après les résultats 53% des répondants constatent que les patients sont satisfaits de la communication avec le personnel soignant, 28% des répondants trouvent qu'au contraire les patients sont insatisfaits de la communication avec le personnel soignant, 19% des répondants restent neutres.

Q24 : La qualité des soins s'est améliorée après la réalisation d'une gestion des risques

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| tout à fais d'accord | 25 | 25,0 |
| d'accord | 28 | 28,0 |
| Neutre | 18 | 18,0 |
| pas d'accord | 21 | 21,0 |
| pas du tout d'accord | 6 | 6,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

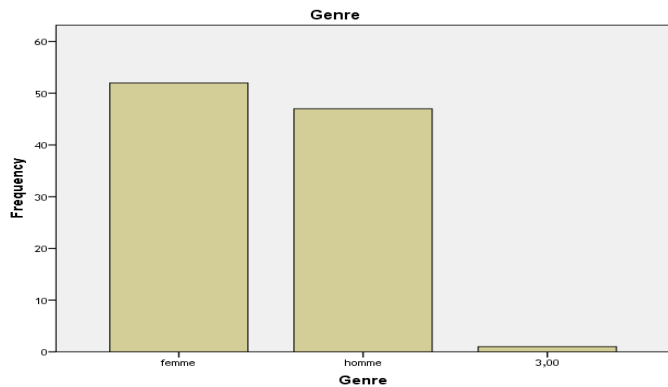


Elaboré par nous-même à travers Spss

Interprétation : d'après les résultats 53% des interrogés trouvent que la qualité des soins s'est améliorée après la réalisation d'une gestion des risques, 27% des interrogés trouvent qu'au contraire la qualité ne s'est pas améliorée, 18% restent neutre.

Genre

| | Fréquence | Pourcentage |
|-------|-----------|-------------|
| femme | 52 | 52,0 |
| homme | 48 | 48,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

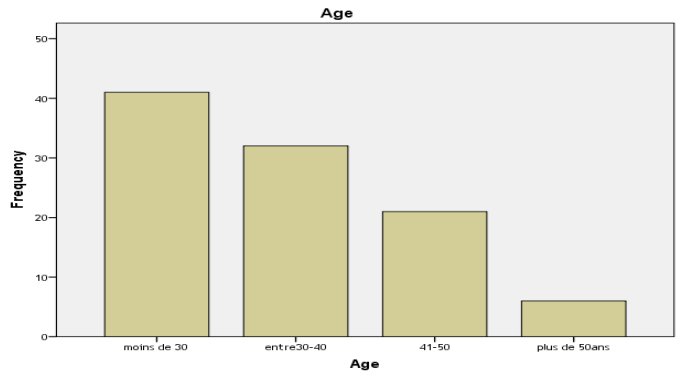


Elaboré par nous-mêmeà travers Spss

Interprétation : de ces résultats on remarque que 52% des interrogés sont des femmes et 47% d'entre eux sont des hommes donc on constate que la majorité sont des hommes

Age

| | Fréquence | Pourcentage |
|---------------|-----------|-------------|
| moins de 30 | 41 | 41,0 |
| entre30-40 | 32 | 32,0 |
| 41-50 | 21 | 21,0 |
| plus de 50ans | 6 | 6,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

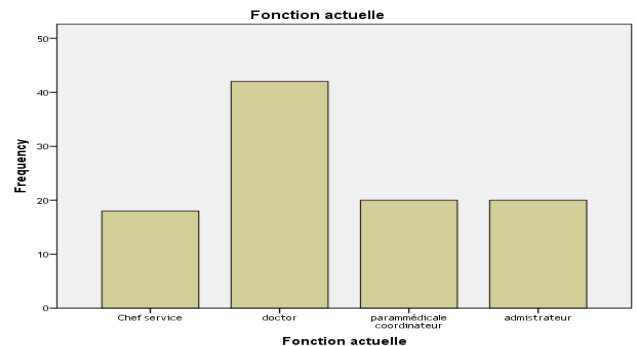


Elaboré par nous-mêmeà travers Spss

Interprétation :On remarque que 41% des interrogé ont moins de 30ans, 32% ont entre 30-40ans ainsi que 21% ont entre eux 41-50 ans et le reste plus de 50ans

Fonction actuelle :

| | Fréquence | Pourcentage |
|------------------------------|-----------|-------------|
| Chef service | 18 | 18,0 |
| Médecin | 42 | 42,0 |
| paramédicale coordinateur | 20 | 20,0 |
| Admirateur | 20 | 20,0 |
| Total | 100 | 100,0 |



Elaboré par nous-mêmeà travers Spss

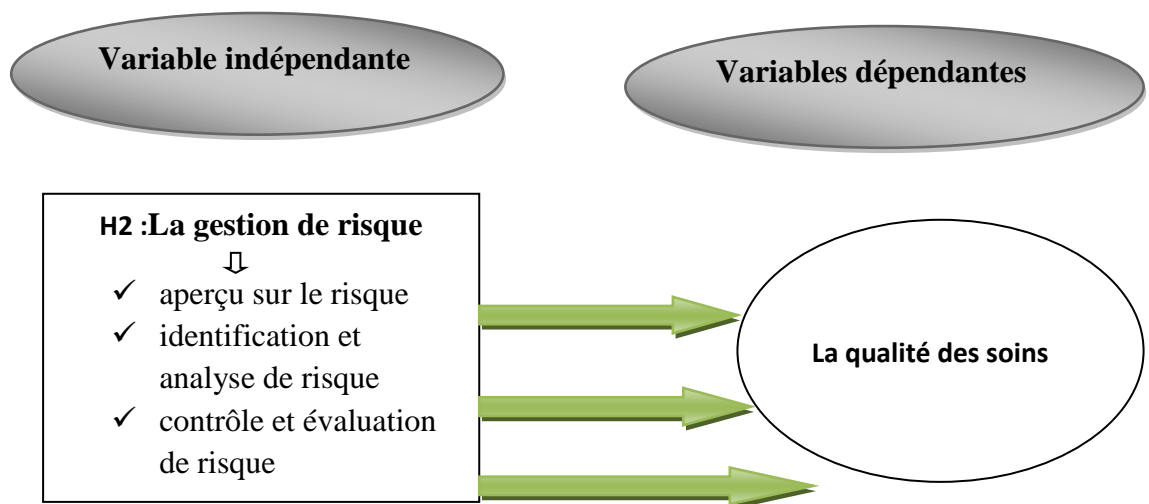
Interprétation : On constate que la majorité des répondants sont des médecins ensuite les administrateurs et paramédicale coordinateurs enfin chef service

2.2 Le tri croisé (analyse bi variée)

L'analyse bi variée consiste à vérifier la relation entre deux variables. Cette analyse implique l'effet d'une variable X sur une autre Y et non l'inverse : nous parlons alors de relation d'indépendance. La variable subissant l'influence est appelée variable dépendante, la variable qui produit l'effet est appelé variable indépendante⁸⁴.

Dans notre étude les variables de qualité de soins (aperçu sur le risque, identification et analyse de risque, contrôle et évaluation de risque) ont une relation de dépendance et subissent l'influence de la variable de la gestion de risque.

Figure (III-18) : Modèle pour tester les variables dépendantes et indépendantes



Source : Etabli par nous même

2.2.1 Régression linéaire simple : l'analyse de régression linéaire simple permet de produire un modèle de relation entre les variables. La régression sert à estimer la relation entre les variables dépendantes et les variables indépendantes.

- **L'analyse de l'hypothèse n°1 :**

Il y a lieu de décliner l'hypothèse n°1 de la manière suivante :

⁸⁴ Michel PLAISENT, Prosper BERNARD, Cataldo ZUCCARO, Naoufel DAGHFOUS, Sylvain FAVREAU. *introduction à l'analyse des données se sondage avec SPSS : guide d'auto-apprentissage*. presses de l'université du Québec, 2009. Imprimé au canada, p 97

H0 (1) : La gestion de risque ne permet pas d'améliorer la qualité des soins.

H1 (1) : La gestion de risque permet d'améliorer la qualité des soins.

Tableau (III-20) : Régression linéaire simple de l'impact de gestion de risque sur l'amélioration de qualité de soin

| | la gestion de risque | | | | |
|-----------------|-----------------------------|----------------------|----------|----------|----------------------|
| Qualité de soin | R | R² | F | B | Signification |
| | 0.763 | 0.623 | 352.42 | 0.668 | 0.000 |

Source : Etablir à nos soins à l'aide des données de SPSS

En examinant les données ci-dessus, nous pouvons dire que les items de la gestion de risque expliquent 62.3% ($R\text{-deux} = R^2$) de la variation qualité de soin. La donnée statistique F étant à 352.42 avec une signification de 0.000 donc inférieure à 0.05, cela permet de conclure qu'il semble que la relation est statistiquement significative et permet de rejeter l'hypothèse nulle.

❖ **Synthèse concernant la régression de la deuxième hypothèse**

A partir des résultats ci-dessus de la deuxième hypothèse et sur la base de l'analyse de régression, les résultats montrent que la gestion de risque influe positivement sur la qualité de soin. Ceci nous amène à confirmer largement nos hypothèses mises en évidence au sein de l'hôpital

2 Etude de corrélation entre les axes

Nous avons essayé d'étudier les corrélations entre les items de ce questionnaire comme le montre le tableau suivant :

- **Axes gestion de risque et qualité des soins**

Tableau (III-23) : Corrélation entre les items du questionnaire

| | | Corrélations | |
|---|----------------------------|----------------------|-------------------|
| | | la qualité des soins | Gestion de risque |
| la qualité des soins | Coefficient de corrélation | 1 | ,799** |
| | Sig | | ,000 |
| | N | 100 | 100 |
| Gestion de risque | Coefficient de corrélation | ,799** | 1 |
| | Sig | ,000 | |
| | N | 100 | 100 |
| **. Corrélation est significative au niveau 0.01. | | | |

Source : Etabli par nous même à l'aide des données de SPSS

Nous remarquons que toutes les variables de corrélation sont significatives au niveau 0.01 (bilatéral). Ainsi P est inférieure à 0.05 ce qui confirme qu'il y a un lien entre les items.

Nous concluons qu'il y a une forte corrélation significative et importante, ce qui justifie l'interdépendance des items. A partir de ces tableaux, nous retenons une forte corrélation entre l'ensemble des items de chaque axe (les variables de gestion de risque, et les variables de qualité de soin) par ordre d'intensité de corrélation, donc nous avons confirmé la validité de la cohérence interne du questionnaire de chaque axe à l'aide de la matrice de corrélation.

Analyse du deuxième questionnaire : pour analyser le deuxième questionnaire on doit déterminer la fiabilité et la stabilité du questionnaire

➤ **Test alpha cronbach pour la fiabilité**

Suite à l'analyse de l'entreprise à l'aide du test du khi 2 du logiciel SPSS pour tester la fiabilité de questionnaire.

Tableau N : alpha cronbach

| statistique de fiabilité | |
|---------------------------------|----------------|
| Alpha Cronbach | N des éléments |
| 0.852 | 20 |

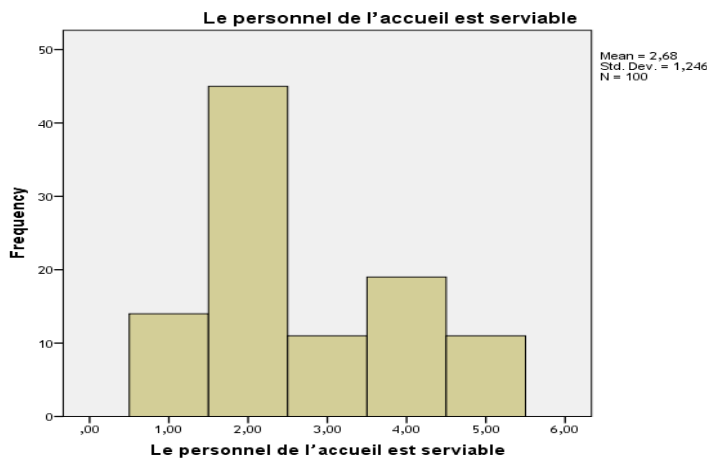
Etablis par nous-même à travers IBM SPSS

Le résultat de coefficient alpha cronbach de notre étude est **0.852** et $\sqrt{0.852}=\mathbf{0.929}$ ce qui est excellent, puisqu'il dépasse le seuil minimum 0.6 donc on constate que notre questionnaire est fiable et stable.

Q1 : Le personnel de l'accueil est serviable

Tableau N° : Le personnel de l'accueil est serviable

Figure N° : Le personnel de l'accueil est serviable



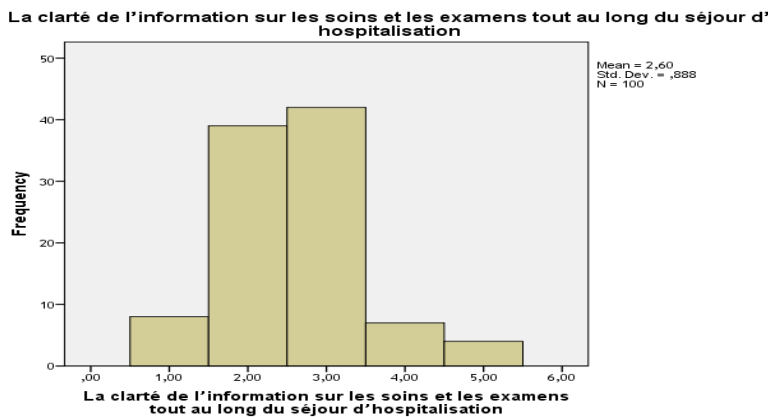
Elaborer par nous mêmes à travers IBM SPSS 20

Interprétation :59% des répondants ne sont pas d'accord ils trouvent que le personnel n'est pas accueillant ,30% d'entre eux sont d'accord et constatent que le personnel se montre accueillant, 11% se montrent neutre.

Q2 : La clarté de l'information sur les soins et les examens tout au long du séjour d'hospitalisation

Tableau N° : clarté de l'information sur les soins

Figure N° : clarté de l'information sur les soins



Elaborer par nous mêmes à travers IBM SPSS 20

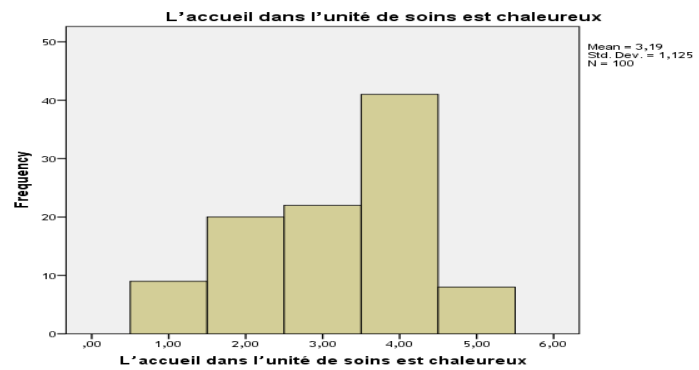
Interprétation : 47% des interrogés trouvent que les médecins ne sont pas explicites sur les informations données sur le soin car ils n'accordent assez de temps au patient, 11% d'entre eux trouvent que les médecins se montrent explicites et accordent assez de temps au patient, 42% restent neutre la dessus .

Q3 :L'accueil dans l'unité de soins est chaleureux

Tableau N : L'accueil dans l'unité de soins est chaleureux

| | Fréquence | pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| pas du tout d'accord | 9 | 9,0 |
| pas d'accord | 20 | 20,0 |
| Neutre | 22 | 22,0 |
| d'accord | 41 | 41,0 |
| tout à fait d'accord | 8 | 8,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Figure N : L'accueil dans l'unité de soins est chaleureux



Elaborer par nous mêmes à travers IBM SPSS 20

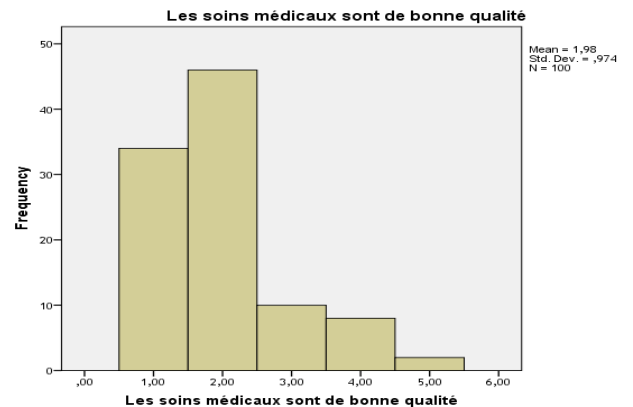
Interprétation : 29% des interrogés trouvent que l'accueil en unité de soin n'est pas chaleureux car le personnel soignant ne répond pas aux attentes des patients hospitalisés, 49% d'entre eux trouvent que le personnel soignant se montre accueillant et répond aux exigences des patients, 22% d'entre eux restent cependant neutre sur la qualité de l'accueil.

Q4 : Les soins médicaux sont de bonne qualité

Tableau N : Les soins médicaux sont de bonne qualité

| | Fréquence | pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| pas du tout d'accord | 34 | 34,0 |
| pas d'accord | 46 | 46,0 |
| Neutre | 10 | 10,0 |
| d'accord | 8 | 8,0 |
| tout à fait d'accord | 2 | 2,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Figure N : Les soins médicaux sont de bonne qualité



Elaborer par nous mêmes à travers IBM SPSS 20

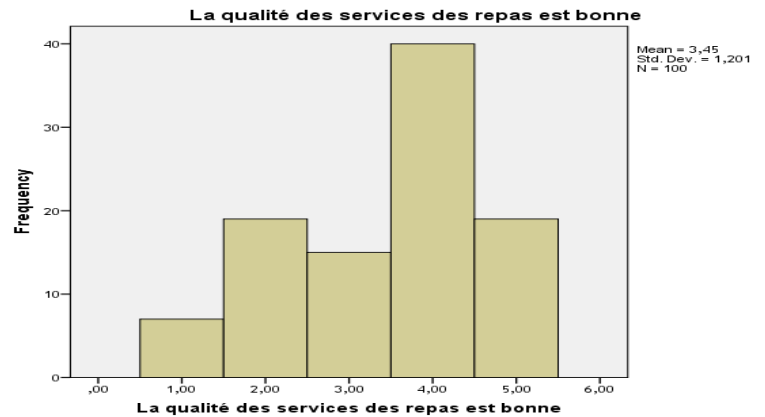
Interprétation : 80% des répondants trouvent que la qualité des soins médicaux est médiocre car les exigences en matière de santé ne sont pas respectées, 10% d'entre eux affirment que les soins prodigués sont de bonne qualité et sont conformes aux exigences sanitaires, 10% des interrogés restent neutre

Q5 : La qualité des services des repas est bonne

Tableau N : : La qualité des services des repas est bonne

| | Fréquence | pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| pas du tout d'accord | 7 | 7,0 |
| pas d'accord | 19 | 19,0 |
| Neutre | 15 | 15,0 |
| d'accord | 40 | 40,0 |
| tout à fait d'accord | 19 | 19,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Figure N : : La qualité des services des repas est



Elaborer par nous mêmes à travers IBM SPSS 20

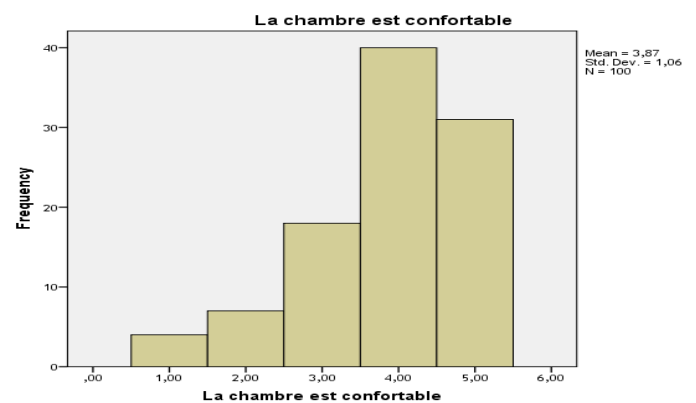
Interprétation : 26% des interrogés trouvent que la qualité des services des repas est médiocre, 59% d'entre eux trouvent que la qualité des services des repas est bonne, 15% d'entre eux restent neutres.

Q6 : La chambre est confortable

Tableau N : La chambre est confortable

| | Fréquence | pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| pas du tout d'accord | 4 | 4,0 |
| pas d'accord | 7 | 7,0 |
| Neutre | 18 | 18,0 |
| d'accord | 40 | 40,0 |
| tout à fait d'accord | 31 | 31,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Figure N : La chambre est confortable



Elaborer par nous mêmes à travers IBM SPSS 20

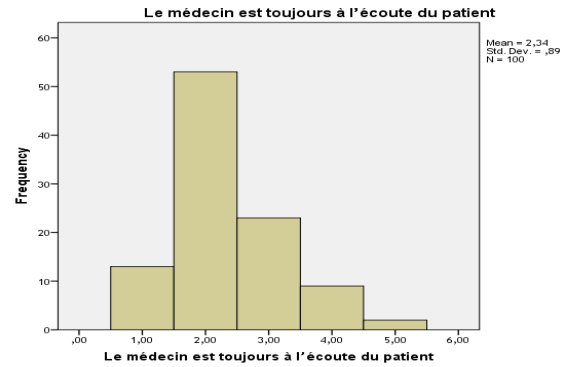
Interprétation :11% des répondants trouvent que les chambres sont inconfortables car elles sont mal entretenues ainsi qu'un manque d'intimité, 71% d'entre eux estiment que les chambres sont confortables, 18% des répondants restent neutres dessus .

Q7 : Le médecin est toujours à l'écoute du patient

Tableau N : Le médecin est toujours à l'écoute du patient

| | Fréquence | pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| pas du tout d'accord | 13 | 13,0 |
| pas d'accord | 53 | 53,0 |
| Neutre | 23 | 23,0 |
| d'accord | 9 | 9,0 |
| tout à fait d'accord | 2 | 2,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Figure N : Le médecin est toujours à l'écoute du patient



Elaborer par nous mêmes à travers IBM SPSS 20

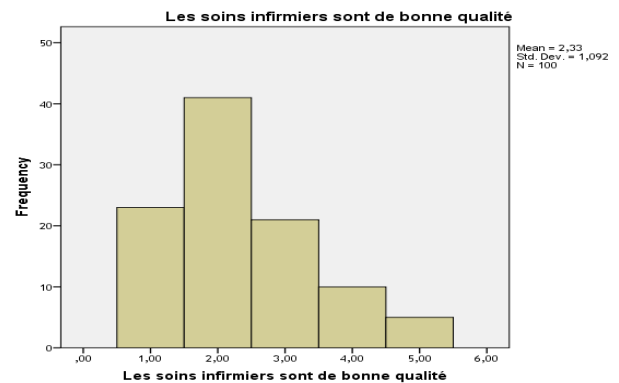
Interprétation : 66% des interrogés estiment que le médecin n'est pas à l'écoute du patient car il ne répond pas à ses interrogations et n'apaise pas ses craintes, 11% d'entre eux estiment que le médecin est à leurs écoute, 23% restent neutres.

Q8 : Les soins infirmiers sont de bonne qualité

Tableau N : Les soins infirmiers sont de bonne qualité

| | Fréquence | pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| pas du tout d'accord | 23 | 23,0 |
| pas d'accord | 41 | 41,0 |
| Neutre | 21 | 21,0 |
| d'accord | 10 | 10,0 |
| tout à fait d'accord | 5 | 5,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Figure N : Les soins infirmiers sont de bonne qualité



Elaborer par nous mêmes à travers IBM SPSS 20

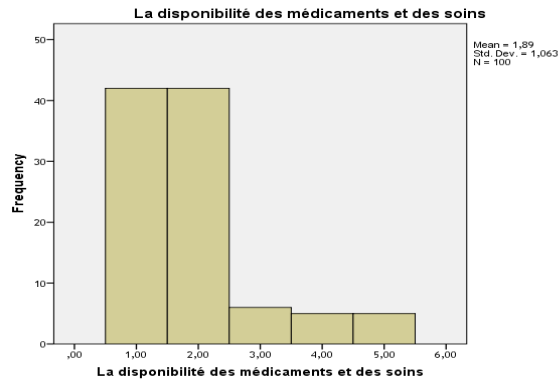
Interprétation : 64% des interrogés trouvent que les soins infirmiers sont de mauvaise qualité, 15% d'entre eux estiment que la qualité des soins infirmiers est bonne, 21% des interrogés restent quant à eux neutre.

Q9 : La disponibilité des médicaments et des soins

Tableau N : La disponibilité des médicaments et des soins

| | Fréquence | pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| pas du tout d'accord | 42 | 42,0 |
| pas d'accord | 42 | 42,0 |
| Neutre | 6 | 6,0 |
| d'accord | 5 | 5,0 |
| tout à fait d'accord | 5 | 5,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Figure N : La disponibilité des médicaments et des soins



Elaborer par nous mêmes à travers

IBM SPSS 20

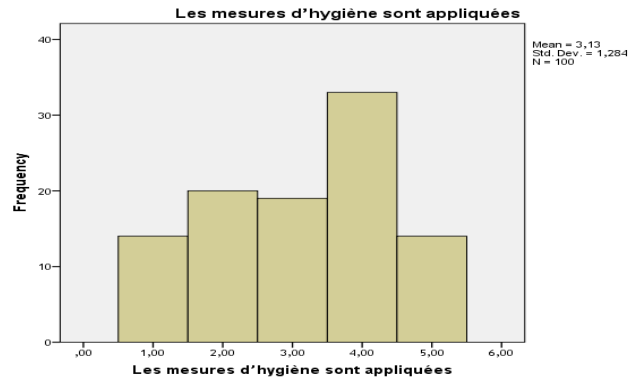
Interprétation :84% des répondants trouvent une indisponibilité des médicaments et des soins car il y a souvent une rupture en matière de médicament, 10% d'entre eux estiment que les médicaments sont souvent disponibles, 6% des interrogés restent neutres.

Q10 : Les mesures d'hygiène sont appliquées

Tableau N :Les mesures d'hygiène sont appliquées

| | Fréquence | pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| pas du tout d'accord | 14 | 14,0 |
| pas d'accord | 20 | 20,0 |
| Neutre | 19 | 19,0 |
| d'accord | 33 | 33,0 |
| tout à fait d'accord | 14 | 14,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Figure N : Les mesures d'hygiène sont



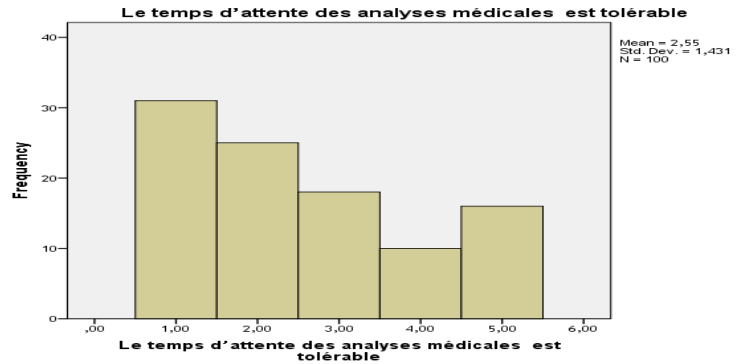
Interprétation : 34% des interrogés estiment que les règles d'hygiènes ne sont pas appliquées ils constatent une certaine insalubrité, 47% d'entre eux trouvent que les règles d'hygiène sont appliquées correctement, 19% des interrogés restent neutres.

Q11 : Le temps d'attente des analyses médicales est tolérable

Tableau N : Le temps d'attente des analyses médicales est tolérable

| | Fréquence | pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| pas du tout d'accord | 31 | 31,0 |
| pas d'accord | 25 | 25,0 |
| Neutre | 18 | 18,0 |
| d'accord | 10 | 10,0 |
| tout à fait d'accord | 16 | 16,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Figure N : Le temps d'attente des analyses médicales est tolérable



Elaborer par nous mêmes à travers IBM SPSS 20

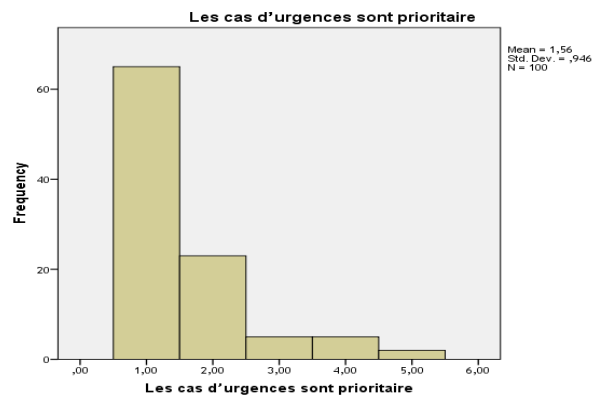
Interprétation : 56% des répondants estiment que le temps d'attente des analyses médicales est intolérable car il y a manque d'organisation, 26% d'entre eux trouvent que le temps d'attente est acceptable, 18% des interrogés restent neutre.

Q12 : Les cas d'urgences sont prioritaires

Tableau N : Les cas d'urgences sont prioritaire

| | Fréquence | pourcentage |
|----------------------|-----------|-------------|
| pas du tout d'accord | 65 | 65,0 |
| pas d'accord | 23 | 23,0 |
| neutre | 5 | 5,0 |
| d'accord | 5 | 5,0 |
| tout à fait d'accord | 2 | 2,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Figure N : Les cas d'urgences sont prioritaire



Elaborer par nous mêmes à travers IBM SPSS 20

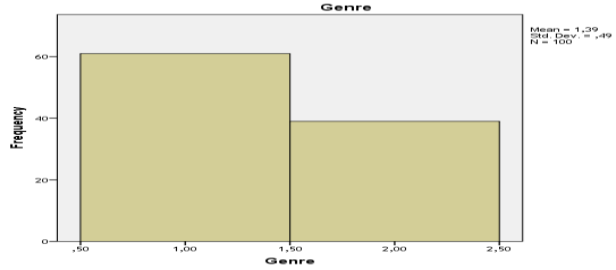
Interprétation : 88% des interrogés estiment que les cas d'urgences ne sont pas pris en priorité car il y a une mauvaise gestion, 7% d'entre eux estiment que les cas d'urgences sont prioritaires, 5% des interrogés restent neutres.

Genre

Tableau N° : Genre

| | fréquence | Pourcentage |
|-------|-----------|-------------|
| femme | 61 | 61,0 |
| homme | 39 | 39,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Figure N° : Genre



Elaborer par nous mêmes à travers IBM SPSS 20

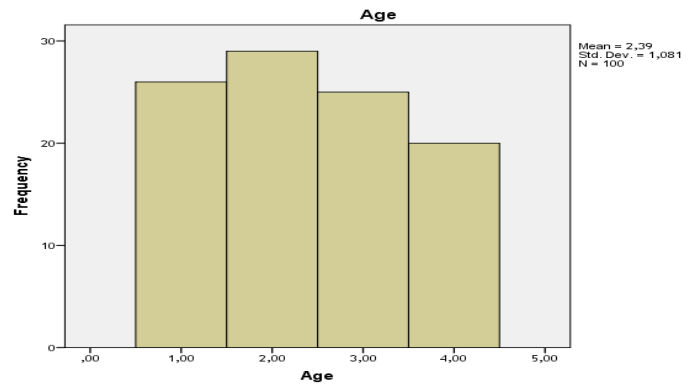
Interprétation : 61% des femmes ont répondu au questionnaire, contre 39% des hommes.

Age

Tableau N°: Age

| | Fréquence | Pourcentage |
|----------------|-----------|-------------|
| moins de 30ans | 26 | 26,0 |
| 30-40 | 29 | 29,0 |
| 41-50 | 25 | 25,0 |
| plus de 50ans | 20 | 20,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Figure N°: Age



Elaborer par nous mêmes à travers IBM SPSS 20

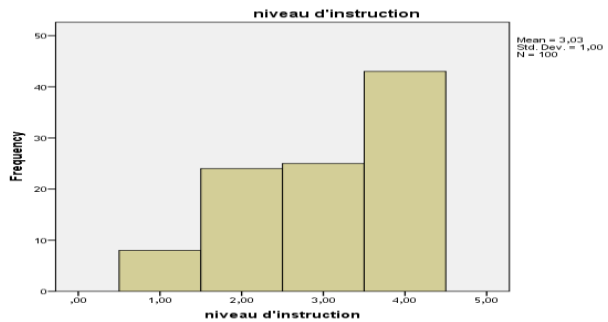
Interprétation : 26% des répondants ont moins de 30 ans, 29% des répondants ont entre 30-40ans, 25% d'entre eux ont entre 41-50 ans et 20% ont plus de 50 ans.

Niveau d'instruction

Tableau N° : Niveau d'instruction

| | Fréquence | Pourcentage |
|---------------|-----------|-------------|
| sans niveau | 8 | 8,0 |
| Lycée | 24 | 24,0 |
| universitaire | 25 | 25,0 |
| fonctionnaire | 43 | 43,0 |
| Total | 100 | 100,0 |

Figure N° : Niveau d'instruction



Elaborer par nous mêmes à travers IBM SPSS 20

Interprétation : 8% des répondants ont aucun niveau d'instruction, 24% d'entre eux sont à lycée, 25% sont à l'université, 43% sont fonctionnaires.

H3 :Après la réalisation d'une gestion des risques les patients sont satisfaits

Synthèse des résultats du tri à plat pour confirmer ou infirmer l'hypothèse :La qualité perçue selon les médecins et les gestionnaires diffère de celle perçue par les patients, en effet le tri à plat du premier questionnaire montre que la qualité des soins s'est améliorée après la réalisation d'une gestion des risques et la satisfaction des patients a augmenté, contrairement au deuxième questionnaire qui révèle une insatisfaction des patients dû à une non qualité perçue ce qui infirme notre hypothèse.

Conclusion : d'après les interviews avec les médecins et responsables on a pu déduire que le patient est extrêmement exposé au risque nosocomial ce qui nous a conduits à mener une étude qualitative pour pouvoir déceler les causes qui pouvait entrainer ce risque, on a pu confirmer notre première hypothèse, par la suite nous avons pour un questionnaire adressé en premier au corps médical ainsi qu'aux responsables de l'hôpital pour nous permettre de mesurer le degré d'impact de la gestion des risques sur la qualité des soins , suite à l'analyse des résultats du premier questionnaire on a pu confirmer la deuxième hypothèse en effet la gestion des risques influe positivement sur la qualité des soins. Enfin on a adressé un questionnaire aux patients de l'hôpital pour pouvoir comparer la qualité perçue par le patient

et celle perçue par le personnel soignant et les responsables, l'analyse des résultats du deuxième questionnaire nous permet d'infirmer notre troisième hypothèse selon laquelle les patients sont satisfaits après la réalisation d'une gestion des risques.

Conclusion

Ce travail de recherche avait pour ambition de déterminer dans quelle mesure la gestion des risques peut contribuer à l'amélioration de la qualité des soins . Cela nous a conduit à puiser dans une large revue de littérature afin d'appréhender la notion du management des risques ainsi que son impact sur la qualité des soins.

Pour répondre à notre problématique de la recherche en confirmant ou infirmant les hypothèses citées dans l'introduction, pendant notre période de stage qui a duré 1 mois au sein du CHU nous avons opté pour une étude quantitative et qualitative reposant sur le recueil des données. Premièrement à travers une interview auprès du personnel soignant et des responsables de l'hôpital ce qui nous a permis d'identifier le service qui expose le plus le patient au risque, on a ainsi pu déterminer les causes du risque nosocomial en utilisant les méthodes qualitatives, on a par la suite adressé un premier questionnaire au personnel soignant et aux responsables de l'hôpital, un second questionnaire a été adressé aux patients pour faire ressortir le degré de contribution de la gestion des risques sur la qualité des soins.

Au terme de notre travail en utilisant les méthodes qualitatives nous avons pu affirmer la première hypothèse (H1) : la non qualité provient d'une défaillance dans le processus de gestion des risques.

Nous avons également confirmé la deuxième hypothèse sur la base de l'analyse de régression la deuxième hypothèse (H2) étant : la gestion des risques améliore la qualité des soins.

La troisième hypothèse est infirmée après l'analyse des résultats du tri à plat, la troisième(H3) : Après la réalisation d'une gestion des risques la satisfaction des patients augmentent.

Les gestionnaires et le personnel soignant jugent que la qualité des soins est bonne contrairement aux patients qui sont insatisfaits.

Suite à l'enquête que nous avons menée auprès du CHU nous recommandons ce qui suit :

- La formation continue du personnel soignant aux méthodes de gestion de risques
- Mettre au point un système pour détecter le matériel médical défectueux
- Etablir des stratégies pour réduire et maîtriser les risques liés aux soins
- Isoler les patients infectés pour éviter la contamination des autres patients.
- Les médecins doivent se montrer explicites avec les patients au sujet de leur état de santé
- Le personnel soignant doit améliorer la communication avec le patient

- Améliorer la prise en charge des patients
- L'hôpital doit établir des mesures pour améliorer la qualité des services hospitaliers en vue de satisfaire les patients
- Vérification continue de la disponibilité des soins pour garantir aux patients une bonne qualité
- Mettre en place des procédures strictes pour respecter les mesures d'hygiène

Enfin, les recherches que nous avons effectuées, lors de l'élaboration de ce présent mémoire, restent incomplètes, néanmoins nous espérons que les connaissances et les résultats obtenus feront l'objet d'une base de départ pour d'autres travaux complémentaires à l'avenir.

Bibliographie

❖ **Ouvrage**

- Afnor Norme X50-109, Décembre 1979, in FRANCOIS.C, VIRGINIE.L, SYLVIE.R, « La qualité au XXI
 - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Manuel d'accréditation des établissements de santé. Deuxième procédure d'accréditation. Paris: ANAES; 2004
 - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES, « *Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de sante* ». Paris: ANAES; 2000
 - Amalberti R, Gremion C, Auroy Y, Michel P, Salmi R, Parneix P, « *Les systèmes de signalement des évènements indésirables en médecine* », Etude et Résultat 2007
 - 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
 - BERTHELEMY (B) et COURREGES (P), « *la gestion des risques ; méthodes d'optimisations* ». Edition d'organisation. Paris.2000/2004
 - BOULAN (H), *le questionnaire d'enquête*, édition DUNOD, Paris, 2015
 - CATTAN Michel, « pour une certification qualité gagnante », éd AFNOR, France, 2009
 - CATTAN Michel, « pour une certification qualité gagnante », éd AFNOR, France, 2009
 - CHERIFI.z, « la qualité ; démarche, méthodes et outils », Edition Lavoisier, Paris, 2002
 - CROUTSHE. Jean jacques, *Pratique statistiques en question et études de marchés* », Edition ESKA, Paris,(1997)
 - DESROCHES (A), LEROY (A), VALLE (F), « *La gestion des risque : principes et pratiques* », édition Lavoisier, paris, 2003/2007
 - Desroches A, Leroy A, J-F Quaranta, Vallée F. « *Dictionnaire d'analyse et de gestion des risques. Collection Management et Informatique* ». Paris: Lavoisier; 2006
 - Desroches A, Leroy A, J-F Quaranta, Vallée F. *Dictionnaire d'analyse et de gestion des risques. Collection Management et Informatique*. Paris: Lavoisier; 2006
- Dessoins

-
- ERNOUL Roger, « Le grand livre de la qualité », édition afnor, 2010
 - Gentile, R.S.S. Principes d'une démarche d'assurance qualité et évaluation des pratiques professionnelles.2005
 - GERD F.KAMISKE et JORG PETER BAUER, « management de la qualité de A à Z », édition Masson, Paris
 - GUIDERE, (Mathieu) : *Méthodologie de la recherche*, édition Ellipses, Paris, 2004, p.19.
 - HAS. (2012, Mars), « *Amélioration des pratiques et sécurité des soins, La sécurité des patients, Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, Des concepts à la pratique* »
 - HASSID, (O) , *La gestion des risques*, 2eme édition, édition DUNOD, Paris, 2008
 - HILLION (J), in revue audit n°151, septembre 2000
 - IFACI et Price Waterhouse coopères, « *le management des risques de l'entreprise : cadre de référence et technique d'application* », Edition d'organisation, paris, 2005
 - IFACI, *s'initier à l'audit interne, support formation des auditeurs*, Alger, 2013/2014
 - ISHIKAWA, (Kaoru), « les 6M ou diagramme d'Ishikawa », direction Lean
 - **Joly, L.** La gestion des risques en pratique (application d'une méthode AMDEC sur le circuit des dispositifs médicaux en dépôt et à l'essai au CHU de Nantes), 2011
 - KEREBEL (P), *Management des risques*, éditions d'organisation, Paris, 2009, p62
 - La norme ISO 14001 porte sur l'environnement.
 - La norme ISO 9000 :2000 : Systèmes de management de la qualité-principes essentiels et vocabulaire, in
 - Lasnier,(Gilles), *Amélioration de la performance par l'analyse de la valeur*, édition Lavoisier, Paris 2006
 - **Le Dortz, P.** Garantir des soins de qualité une démarche managériale pour le directeur
 - LECLLET H. et VILCOT C. « *qualité en santé : 150 questions pour agir* », 2e tirage, édition Afnor 1999
 - MARMUSE (C) et MONTAIGNE (X), « *management du risque* », édition Vuibert entreprise, 1989
 - OUACHERINE (H), CHABANI (S) : *guide de méthodologie de la recherche en sciences sociales*, 1e édition, 2013
paris, 2004
 - Principe de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé. Paris : ANAES ; 2002 TARKPESSI K. : « Mise en place de la démarche qualité dans les

établissements hospitaliers du Togo à partir de l'expérience française », Université Senghor d'Alexandrie - Master en Développement, Spécialité santé internationale 2007

- RENARD(J) et NUSSBAUMER(S), « *Audit interne et contrôle de gestion : pour une meilleure collaboration* », éditions d'organisations, Paris, 2011
- SEDDIK Abdllah, Management de la qualité, « de l'inspection à l'esprit Kaizen », édition ben-aknoun, Alger,

siècle vers le management de la confiance », édition economica, paris, 2002

- **Talon, D.**, Gestion des risques dans une stérilisation centrale d'un établissement hospitalier : apport de la traçabilité à l'instrument. 2011, Ecole Centrale Paris
- Tatlalou Selma, « La gestion des risques en pratiques : l'application de la méthode AMDEC sur le circuit de stérilisation du dispositif médical réutilisable aux urgences de l'hôpital IBN SINA du CHU Rabat », 2019
- TENEAU Gilles et AHANDA Jean-Guy, « guide commenté des normes et référentiels », édition organisation,
- TERFAYA (N), *démarche qualité dans l'entreprise et analyse des risques*, édition HOUMA,Alger
- V.GIARD, « La normalisation technique », Revue Française de Gestion, n° 147, 2003
- YAICH (A), « *Le cadre de management des risques* », In revue comptable et financier, N°85, 2009

❖ Dictionnaire

- Dictionnaire encyclopédie économique et social, Ed. Economie, Paris, 1984
- Dictionnaire encyclopédie économique, paris, 2012

❖ Normes internationales

- EN ISO 14792, édition afnor, 2009
- La norme ISO in, CANARD Frédéric, « Management de la qualité », édition lextenso, Paris, 2009
- La norme ISO in, DURET Daniel et PILLET Maurice, « la qualité en production », 3^{ème} édition Organisation,paris, 2003

❖ **Sites web**

- <http://www.coso.org> Consulté le 30/04/2019
- <http://www.chu-tlemcen.dz>

❖ **Travaux universitaires 4**

- BERROUANE (B) , « Contribution à la conception des systèmes d'information : une approche d'aide à la conception des systèmes d'information sécurisés », Mémoire de Magister en informatique, INI, Alger.2006
Ecole Supérieure de Technologie, Fès
- GUENNOUN(M), TALBI(A), « *management des risques et sécurité industrielle*», Thèse de doctorat,Laboratoire de Productique, Energétique et Développement Durable,
- OUAHDI (S), « Etude d'analyse les risques dans les projets ppp : proposition et hiérarchisation », thèse de doctorat en génie civil de construction, école technologique supérieur, Montréal, 2008
- T'KOUTI (S), « Elaboration d'une cartographie des risque dans un système hospitalier », magister en génie Industrie, Laboratoire d'Automatique et Productique, université de Batna, 2013

| | |
|--|-----------|
| Introduction général | 1 |
| Sommaire | i |
| Liste des figures | ii |
| Liste des tableaux | iii |
| Liste des abréviations | iiii |
| Chapitre 01 : Le management des risques | |
| Introduction du chapitre | 05 |
| Section 1 : le risque, concept et définition | 06 |
| 1.1 Evolution du concept..... | 06 |
| 1.2 Définition du risque | 06 |
| 1.2.1 La définition scientifique | 06 |
| 1.2.2 La définition managériale..... | 07 |
| 1.2.2.1 Les risques spéculatifs | 07 |
| 1.2.2.2 Les risques purs | 07 |
| 1.2.3 Définitions selon quelque auteur..... | 07 |
| 1.3 Les concepts voisins du Risque..... | 08 |
| 1.3.1 Situation Dangereuse | 08 |
| 1.3.2 Phénomène dangereux..... | 08 |
| 1.3.3 L'accident..... | 08 |
| 1.3.4 Dommage | 08 |
| 1.4 La cartographie des risques | 08 |
| 1.4.1 La fréquence | 09 |
| 1.4.2 La gravité | 09 |
| 1.4.2.1 La criticité du risque | 10 |
| 1.4.2.2 La Matrice de la criticité | 10 |
| 1.4.3 Classification des risques | 11 |
| 1.4.3.1 Les risques de fréquence faible et de gravité faible | 11 |
| 1.4.3.2 Les risques de fréquence faible et de gravité élevée | 11 |
| 1.4.3.3 Les risques de fréquence élevée et de gravité faible | 11 |
| 1.4.3.4 Les risques de fréquence élevée et de gravité élevée | 11 |
| 1.5 Typologies des Risques | 11 |
| 1.5.1 Risques financiers | 11 |
| 1.5.1.1 Risque de crédit | 12 |
| 1.5.1.2 Risque de marché | 13 |
| 1.5.1.3 Risque de liquidité | 13 |
| 1.5.2 Les risques stratégiques | 13 |
| 1.5.3 Les risques environnementaux | 13 |
| 1.5.4 Les risques humains et psychosociaux | 13 |
| 1.5.5 Les risques technologiques | 13 |
| 1.6 Les sources et origines des risques | 13 |
| Section2 : Le management des risques | 14 |
| 2.1 Définition du management des risques | 15 |
| 2.2 Objectifs du management des risques | 15 |

| | |
|--|-----------|
| 2.3 Le Dispositif du management des risques | 15 |
| 2.3.1 Environnement interne | 15 |
| 2.3.2 Fixation des objectifs | 16 |
| 2.3.3 Identification des évènements | 16 |
| 2.3.4 Evaluation des risques | 17 |
| 2.3.5 Traitement des risques..... | 17 |
| 2.3.6 Activités de contrôle..... | 17 |
| 2.6.7 Information et communication | 18 |
| 2.3.8 Pilotage..... | 19 |
| 2.4 Les conditions nécessaires à la mise en place de management des risques | 20 |
| 2.5 Le processus de mangement des risques | 21 |
| 2.5.1 Identification et évaluation des risques | 21 |
| 2.5.2 Identification du risque..... | 21 |
| 2.5.2.1 Les outils d'identification des risques | 21 |
| i. Les états comptables et financiers | 21 |
| ii. Les documents internes et externes | 22 |
| iii. Le schéma de production | 22 |
| iv. Le questionnaire | 22 |
| v. Brainstorming | 22 |
| 2.5.3 Analyse du risque | 22 |
| 2.5.4 Traitement des risques..... | 22 |
| 3.5.4 Suivre l'évolution des risques | 23 |
| 3.5.5 Capitalisation et documentation des risques | 23 |
| Section 3 : Gestion des risques hospitaliers..... | 24 |
| 3.1 Définitions | 25 |
| 3.1.1 Les risques hospitaliers | 25 |
| 3.1.2 Risques iatrogènes..... | 25 |
| 3.1.3 Événement indésirable (EI) | 26 |
| 3.1.4 Événement Indésirable Grave | 26 |
| 3.1.5 Événement Indésirable Evitable (EIE) | 26 |
| 3.1.6 La gestion des risques à l'hôpital | 26 |
| 3.2 Les domaines de gestion des risques à l'hôpital | 27 |
| 3.2.1 Risques techniques et environnementaux | 27 |
| 3.2.2 Equipements biomédicaux | 27 |
| 3.2.3 Services cliniques et medicotechniques | 27 |
| 3.3 La typologie des risques à l'hôpital | 27 |
| 3.3.1 Les risques liés aux activités médicales et de soins | 28 |
| 3.3.2 Les risques liés à un évènement à un évènement technique ou logistique | 28 |
| 3.3.3 Les risques communs à la gestion de toutes les organisations | 28 |
| 3.4. Les méthodes d'identifications et d'analyses des risques | 28 |
| 3.4.1 Les méthodes d'identification et d'analyse des risques à posteriori | 30 |
| 3.4.1.1 Analyse des Modes de Défaillance et de leurs effets AMDE | 30 |
| 3.4.1.2 Analyse des Modes de Défaillance, de leurs Effets et de leur Criticité AMDEC): | 30 |

| | |
|--|-----------|
| 3.4.1.3 Analyse Préliminaire des Risques APR | 31 |
| 3.4.1.4 Hazard and Operability Study HAZOP | 32 |
| 3.4.1.5 Méthode de diagramme causes-conséquences | 33 |
| 3.4.1.6 Méthode de diagramme causes-effets | 33 |
| Conclusion du chapitre | 34 |
| Chapitre 02 :La qualité et le management de qualité | |
| Introduction du chapitre | 35 |
| Section 01 : généralités sur la qualité | 36 |
| 1.1 Définitions | 36 |
| 1.2 Les caractéristiques de la qualité | 37 |
| 1.3 L'évolution | 40 |
| 1.2.1 Contrôle qualité | 40 |
| 1.2.2 L'assurance qualité | 40 |
| 1.2.3 La qualité totale | 41 |
| 1.4 Les enjeux de la qualité | 42 |
| 1.4.1 Les enjeux économiques | 42 |
| 1.4.1.1 Le coût de la non-qualité | 42 |
| 1.4.1.2 Le coût d'obtention de la qualité | 42 |
| 1.4.2 Les enjeux stratégiques | 43 |
| 1.4.2.1 Qualité et différenciation | 43 |
| 1.4.2.2 Qualité et coûts | 43 |
| 1.4.3 Les enjeux humains et sociaux | 43 |
| 1.4.3.1 La sécurité du produit | 45 |
| 1.4.3.2 La sécurité environnementale | 45 |
| Section 02 : le système du management de qualité | 46 |
| 2.1 Le management de qualité | 46 |
| 2.1.1 Politique qualité | 46 |
| 2.1.2 Objectif qualité | 46 |
| 2.1.3 Planification de la qualité | 46 |
| 2.1.4 Maitrise de la qualité | 46 |
| 2.1.5 Assurance de la qualité | 47 |
| 2.1.6 L'amélioration de la qualité | 48 |
| 2.2 Les principes du management de qualité | 48 |
| 2.2.1 L'orientation client | 48 |
| 2.2.2 Le Leadership | 48 |
| 2.2.3 L'implication du personnel | 48 |
| 2.2.4 L'approche processus | 48 |
| 2.2.5 Le Management par approche système | 48 |
| 2.2.6 Développer des relations mutuellement bénéfiques avec les fournisseurs | 48 |
| 2.2.7 L'amélioration continue | 48 |
| 2.2.8 Approche factuelle pour la prise de décision | 48 |
| 2.3 La certification et la normalisation | 49 |
| 2.3.1 La certification | 49 |
| 2.3.1.1 La démarche de la certification | 50 |

| | |
|--|-----------|
| 2.3.1.2 Les avantages de la certification | 51 |
| 2.3.1.2.1 Pour le fournisseur | 51 |
| 2.3.1.2.2 Pour le consommateur | 51 |
| 2.3.1.3 Les limites de la certification | 52 |
| 2.3.2 La normalisation..... | 52 |
| 2.3.2.1 Les normes ISO | 53 |
| 2.3.2.1.1 L'ISO 9000..... | 53 |
| 2.3.2.1.2 La norme l'ISO9001 :2000. | 53 |
| 2.3.2.1.3 La norme ISO 9000 :2000..... | 53 |
| 2.3.2.1.4 L'ISO 19011 | 53 |
| Section 03 : Le contexte de la Qualité en Santé | 54 |
| 3.1. Définition, enjeux et principes de la Qualité en santé | 54 |
| 3.1.1 Définition de la Qualité selon l'OMS | 54 |
| 3.1.2 Les enjeux de la Qualité en santé | 54 |
| 3.1.2.1 Les enjeux fonctionnels ou opérationnels | 55 |
| 3.1.2.2 Les enjeux humains et sociaux | 55 |
| 3.1.2.3 Les enjeux économiques | 55 |
| 3.1.3 Principes essentiels de la qualité en santé | 56 |
| 3.1.3.1 L'attention aux patients | 56 |
| 3.1.3.2 Une démarche participative | 56 |
| 3.1.3.3 Une approche méthodique..... | 56 |
| 3.1.3.4 L'approche processus, le pluri professionnalisme | 57 |
| 3.1.3.5 Une approche pérenne évolutive | 57 |
| 3.1.3.6 L'évaluation | 58 |
| 3.2 La démarche qualité dans le monde de la santé | 58 |
| 3.2.1 Un titre pour ces points | 58 |
| 3.2.2 Facteurs de réussite d'une démarche qualité..... | 58 |
| 3.2.3 L'organisation d la qualité dans les établissements de santé | 59 |
| 3.2.4 Les acteurs qualité en santé..... | 60 |
| 3.3 Relation service public hospitalier et démarche qualité..... | 60 |
| 3.3.1. Accréditation | 61 |
| 3.3.1.1. Définition de l'accréditation..... | 61 |
| 3.3.1.2. Objectifs de l'accréditation | 61 |
| 3.4 Relation entre assurance qualité et gestion des risques..... | 61 |
| Conclusion du chapitre | 61 |
| Chapitre 03: La relation entre la gestion de risque et la qualité du soin : étude empirique | |
| Introduction du chapitre | 62 |
| Section 1 : présentation de l'organisme d'accueil | 63 |
| I.1) présentation de Centre Hospitalo-universitaire Dr TidjaniDamerdji de Tlemcen... .. | 63 |
| I.2) Situation géographique..... | 63 |
| I.3)Historique | 64 |
| I.4) Les services du CHUT | 64 |
| I.5) Organigramme..... | 64 |

| | |
|--|------------|
| Section 02 : Le déroulement de l'enquête | 67 |
| 1. La méthodologie de l'enquête..... | 67 |
| 1.1. L'objectif de l'enquête..... | 68 |
| 1.2. Plan de l'étude..... | 68 |
| 1.3. Le guide L'entretien..... | 68 |
| 1.3.1.Le contenu de l'entretien..... | 69 |
| 1.4) .Les outils de gestion de qualité..... | 69 |
| 1.4.1) Les Check-list | 69 |
| 1.4.2) Méthode des 5M..... | 69 |
| 1.4.3) La criticité..... | 70 |
| 1.5)Le questionnaire..... | 71 |
| 1.5.1)L'échantillon de notre étude..... | 71 |
| 1.5.2.Structure du questionnaire..... | 71 |
| 1.5.3.La méthodologie de traitement statistique des données | 72 |
| Section 3 : Les Résultats de notre étude | 75 |
| 1)Analyse des résultats de l'entretien..... | 75 |
| 2) application des méthodes de gestion des risque..... | 76 |
| 2.1) les check-lists | 76 |
| 2.2) Méthode des 5M diagramme d'Ishikawa..... | 81 |
| 2.3)La criticité | 82 |
| Section 3 :Dépouillement traitement et analyse des résultats des questionnaires | 83 |
| 3.1)Tri à plat | 84 |
| 3.2)Le tri croisé (analyse bi variée) | 97 |
| 3.2.1 Régression linéaire simple | 97 |
| 3.2.2 Etude de corrélation entre les axes..... | 98 |
| 4.1)Tris à plat | 99 |
| Conclusion | 108 |
| Conclusion générale | 109 |
| Bibliographie | I |
| Résumer | II |
| Annexe | III |
| Table des matières | |

Résumé :

Les établissements de santé font face à plusieurs risques, la gestion de risques est alors la meilleure façon de les détecter et de les réduire, ses dernières années les hôpitaux ont pris conscience de son importance et de l'impact qu'une bonne gestion des risques pouvait avoir sur la qualité des soins. Les gestionnaires accordent une importance à l'utilisation des outils de gestion de risques pour prévenir la survenue du risque. L'amélioration de qualité des soins dépend fortement d'une bonne gestion des risques.

Les mots clés : gestion de risque, les soins, la qualité.

الملخص :

تواجه المؤسسات الصحية العديد من المخاطر ، لذلك تعتبر إدارة المخاطر الطريقة المثلى لاكتشافها و تقليصها ، و في السنوات الأخيرة قد اتخذت المستشفيات بعين الاعتبار أهمية و اثر إدارة المخاطر الجيدة الذي من الممكن ان يكون على جودة الرعاية الصحية . حيث يتفق المدراء على وجود أهمية لاستخدام أدوات إدارة المخاطر من اجل منع حدوث المخاطر . و بذلك فان تحسين جودة الرعاية الصحية تعتمد أساسا على إدارة المخاطر الجيدة .

الكلمات المفتاحية : إدارة المخاطر ، الرعاية الصحية ، الجودة .