

# **GESTION DES RISQUES EN MILIEU HOSPITALIER : LE POINT DE VUE DE L'HYGIÉNISTE**

**Bizerte , le 3 décembre 2005**

**Prof. Njah Mansour  
Service d'hygiène hospitalière  
CHU F. Hached – Sousse.**

# Plan

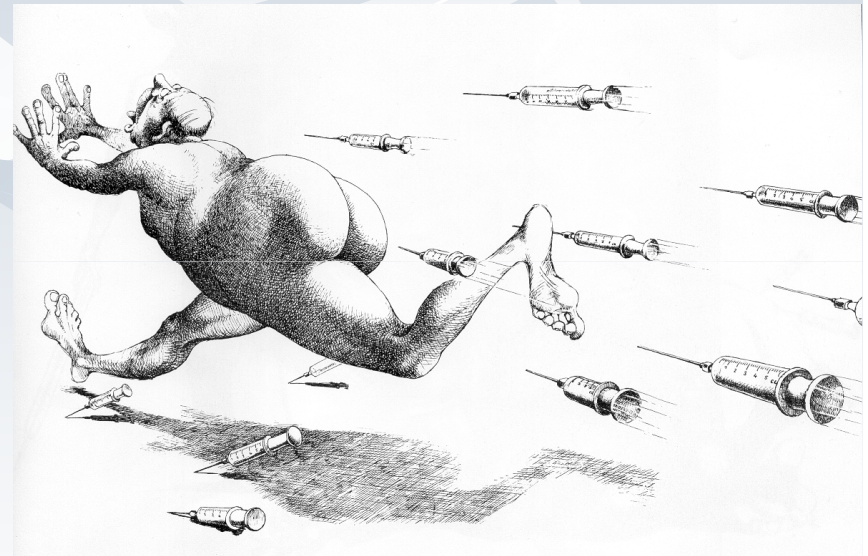
- Introduction
- Définitions
- Démarche et outils
- Le contexte en Tunisie
- Difficultés et solutions
- Conclusion

# INTRODUCTION

- L'activité hospitalière = par nature une **activité à risque**
- Les enjeux de **responsabilité professionnelle et collective**, pour l'hôpital, sont de plus en plus sensibles.

Les **facteurs** concourant aux IN sont **plutôt en augmentation** :

- \* **Prématurés , personnes très âgées)**
- \* **Actes invasifs en développement,**
- \* **Immunosuppression en hausse à la suite de maladies ou par exposition à des traitements immuno-suppresseurs...**



## Fréquence des accidents hospitaliers

la «Harvard Medical Practice Study » 51 hôpitaux :

- En une année 3,7 % patients ont eu un accident au cours de leur hospitalisation.
- La moitié des accidents avait pour origine un acte chirurgical.
- Les trois principales causes identifiées étaient les médicaments (19 %), les infections du site opératoire (14 %) et les actes invasifs (13 %).
- Si la plupart des accidents étaient sans gravité, près de 3 % ont mené à un handicap et 14 % au décès.

Pour l'hygiéniste et pour l'hôpital , le problème se pose aussi par rapport à des éléments externes . En France , plusieurs éléments semblent prépondérants :

- les crises générées par des **épidémies hospitalières** fortement relayées par les médias (entérocolite ulcéro-nécrosante à la maternité de Port-Royal, maladies des légionnaires en 1981 à l'hôpital Bichat ) et plus récemment

- l'évolution de la **jurisprudence** : L'arrêt Cohen, en renversant la responsabilité de la preuve, du malade vers l'hôpital.

- La **crise de la « transfusion sanguine »** , la maladie de Creutzfeldt Jakob

- La demande sociale croissante d'une plus grande sécurité du système de soins ==> **Tous ces facteurs ont probablement donner plus d'importance à l'hygiène et à la lutte contre l'infection nosocomiale.**

## **La lutte contre les infections nosocomiales est un élément fondamental de la politique d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins.**

- La gestion du risque infectieux est une obligation (lois, décrets, circulaires) pour les établissements de soins. Chaque établissement a pour mission :
  - d'organiser la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes,
  - d'organiser un système assurant la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux,
  - d'organiser le signalement et le recueil de certaines infections nosocomiales et affections iatrogènes. (Toutes les infections nosocomiales ne sont pas iatrogènes ).
- En France , le Décret n° 2001- 671 du 26 juillet 2001 et la circulaire n° 2001/383 du 30 juillet 2001 imposent la mise en place d'un véritable dispositif d'infectiovigilance en plus des systèmes de surveillance et d'alerte en matière d'infections nosocomiales.

# Certification de l'hôpital !!!

La gestion du risque infectieux est un élément important de la démarche d'accréditation.

Le CLIN, par sa structure transversale et pluridisciplinaire joue un rôle important dans la politique d'amélioration de la qualité des soins.

Référentiels : Surveillance, prévention et contrôle du risque infectieux.

L'étape d'auto-évaluation par les professionnels eux-mêmes est un préalable indispensable avant la visite d'accréditation.

Pour l'hôpital, il s'agit d'un ENJEU D'AVENIR  
dans la mesure où cette démarche vise à :

- Améliorer la **sécurité** des patients et du personnel,
- préserver l'**image** de l'établissement,
- Diminuer les conséquences directes des risques et les **coûts** qui s'y rapportent,
- Protéger les professionnels face à un risque de **contentieux**.

# DÉFINITIONS

La notion de risque est une notion très particulière puisqu'elle peut exprimer plusieurs niveaux.

En effet, le risque est soit :

- une situation dommageable,
- soit la cause de la situation,
- soit les conséquences de la situation,
- soit, enfin, la victime potentielle.

Il ne faut pas oublier :

le risque « **juridique** » (avec les différents niveaux : administratif, civil, pénal) .

le risque **financier** qui est toujours présent dans une crise, même s'il peut être prévenu par le biais de l'assurance...

- **Risque = probabilité qu'un effet néfaste puisse arriver ( concept statistique directement lié à un danger ) .**
- Le risque infectieux peut se définir ainsi : **«causes potentielles liées à une contamination microbiologique qui peuvent entraîner des conséquences infectieuses ».**
- A l'hôpital, le risque infectieux est omniprésent, cependant il ne survient pas de façon mathématique. Ce risque est variable.
- **Plusieurs éléments** doivent être réunis pour sa survenue:
  - **l'agent infectieux,**
  - **l'hôte,**
  - **et éventuellement l'environnement.**

# L'identification du risque

L'identification du risque infectieux pour une situation donnée est réalisée à partir des trois facteurs de risque suivants :

- la **vulnérabilité de la personne** soignée face à l'infection,
- la **nature de l'acte de soin**,
- les **conditions environnementales**.

Seule la combinaison de ces trois éléments permet de déterminer les mesures de prévention du risque infectieux de façon réfléchie et argumentée.

# Définition « Managériale »

Le risque peut se définir comme : tout événement susceptible de perturber la réalisation des objectifs de l'organisation.

En milieu de soins : tout événement susceptible d'aboutir à une rupture de la continuité des soins, avec une dégradation plus ou moins importante de la qualité des soins.

C'est le cas de l'infection nosocomiale qui est classée parmi les risques hospitaliers liés à la prise en charge du patient

**L'ANAES classe le risque infectieux nosocomial parmi les risques spécifiques aux activités médicales et de soins.**

# Face à un danger , l'analyse des risques comporte plusieurs volets:

- ⇒ **L'évaluation des risques** ( identification des dangers, l'évaluation de l'exposition , l'évaluation de la dose – réponse, la caractérisation des risques)
  - ⇒ **La gestion des risques** (actions correctives, principes d'hygiène de base , critères microbiologiques réalistes..)
  - ⇒ **La communication des risques** ( concerne le consommateur + principalement).
- ↻ **Démarche de l'HACCP** ( identification des dangers, détermination des CCP, établissement des critères , mise en place de la surveillance , actions correctives , vérification , documentation et enregistrements )

# La gestion des risques à l'hôpital

**Définition** : il n'existe pas aujourd'hui de consensus.

**Gestion du risque infectieux** ( équivalences )

Vigilance , maîtrise , prévention , démarche qualité .

Maîtrise des risques «**un effort organisé pour identifier, évaluer et réduire, chaque fois que possible les risques encourus par les patients, les visiteurs et le personnel**» (norme ISO 8402).

## la gestion des risques est réactive et préventive.

- **Une approche réactive** qui s'intéresse **a posteriori** aux événements indésirables survenus ou avérés. Elle vise à limiter le nombre des événements (incidents, accidents) ou à réduire les conséquences de ceux-ci par la mise en place d'actions correctives.
- **Une approche préventive ou anticipative**, qui identifie **a priori** les événements redoutés ou événements indésirables par une analyse du système et de ses dangers.

→ **la gestion du risque infectieux se traduit dans les faits par des actions qui visent à **montrer que l'hôpital prend ses responsabilités vis-à-vis de ce risque****

++++ **il ne s'agit cependant nullement de faire peur aux soignants car les infections nosocomiales ne sont pas obligatoirement imputables à une faute.**

**En effet , il ne faut pas oublier qu'historiquement !**

**La gestion des risques dans le domaine de la santé s'est développée aux Etats Unis dans les années 50**

**→ pour réduire le risque de mise en cause de la responsabilité des professionnels et, ce faisant, les actions en dommages-intérêt et le coût des assurances pour négligence médicale.**

## Accréditation Version 2

**16.a. Les patients et les activités à risque infectieux sont identifiés et un programme de surveillance adapté est en place.**

**16.b. Une formation de l'ensemble des professionnels à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux spécifique à la prise en charge est assurée.**

**16.c. Des protocoles ou procédures de maîtrise du risque infectieux, validés, sont utilisés.** ( hygiène des mains, usage des solutions hydroalcooliques, bonne utilisation des antiseptiques, prévention et gestion des accidents liés à l'exposition au sang, antibioprophylaxie, pose et gestion des dispositifs intravasculaires, de sonde urinaire, préparation cutanée de l'opéré, prévention des pneumopathies, isolement) .

**16.d. Le bon usage des antibiotiques, dont l'antibioprophylaxie, est organisé.**

**16.e. Un programme de prévention et de prise en charge des infections touchant les professionnels, y compris les professionnels temporaires et les étudiants, est établi en concertation avec la médecine du travail (vaccins , AES , prévention de la transmission des infections contagieuses telles que la tuberculose, la gale, les hépatites virales**

**16.f. Le signalement des infections nosocomiales est organisé et opérationnel.**

**16.g. Un dispositif permettant l'alerte, l'identification, la gestion d'un phénomène épidémique est en place.**

**Les définitions actuelles de la gestion des risques  
reflètent mal ses 3 dimensions :**

- \* Culturelle,**
- \* Managériale,**
- \* et Technique.**

## a. Dimension culturelle

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

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

 Les défauts d'organisation, particulièrement aux interfaces entre acteurs ou secteurs, constituent plus de quatre vingt pour cent des facteurs de risque dits latents .

 **Comment dépasser une culture de la faute pour développer .....une culture de sécurité ?**

## b. Dimension managériale

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

la maîtrise de l'organisation → la responsabilisation de chaque professionnel comme acteur principal de la sécurité et à sa formation.

Cette approche nouvelle de la gestion des risques :

- Permet de dépasser une approche purement réglementaire et normative de la sécurité.
- Conduit à **intégrer la sécurité aux objectifs de gestion de l'hôpital.**

.

## C. Dimension technique

- **Savoir utiliser des méthodes et outils spécifiques de la gestion des risques**

# Outils de gestion du risque infectieux

- ⇒ **Classiques** : de solides connaissances en microbiologie et en épidémiologie
- ⇒ **Plus récent** : une maîtrise des outils de la démarche qualité.
- ⇒ **Insister sur** les approches d'analyse et de changement de comportement car en définitive beaucoup de problèmes sont associées à des pratiques inappropriées de soins, donc des problèmes de comportements. **L'hygiéniste s'inscrit dans ce cadre comme un véritable agent de changement et il doit être outillé pour cela.**
- ⇒ **Réfléchir enfin** sur les actions d'information et de sensibilisation des citoyens usagers des institutions de soins (l'éducation du grand public fait partie des approches récentes de la gestion scientifique et sociale du risque nosocomiale infectieux ).

# La démarche de gestion des risques comporte les étapes suivantes

a - L'identification des risques

b - L'analyse des risques

c - La hiérarchisation des risques

d - L'élaboration et la mise en oeuvre des plans  
d'action

e - Le suivi et l'évaluation

## **1-L'identification des risques**

**Identification a priori (les événements redoutés)  
Identification a posteriori (les événements réalisés ).**

**→ Classification des risques.**

## **2-L'analyse des risques**

**Quantifier la gravité + la fréquence de  
chaque risque,**

**Déterminer ses causes (notamment  
liées à l'organisation) et ses  
conséquences (dommage ou  
préjudice).**

## **4-L'élaboration et la mise en oeuvre des plans d'action**

**Faisabilité, du rapport coût/efficacité, des  
bénéfices secondaires pour les acteurs de  
terrain.**

**Le choix = compromis**

**Mise en oeuvre ← capacité de l'institution à  
mobiliser les acteurs concernés autour des  
enjeux de maîtrise des risques.**

## **3-La hiérarchisation des risques**

**Permet de sélectionner les risques  
qui exigent la mise en oeuvre  
d'actions préventives prioritaires (   
criticité du risque , acceptabilité,  
évitabilité, son coût ).**

## **5-Le suivi et l'évaluation**

**Elle nécessite la définition  
préalable d'indicateurs.**

# Les Grands Principes de la Démarche de Gestion du Risque Infectieux

## Principe 1 : l'aspect sécurité du patient

Dans le cadre d'une démarche institutionnelle, gérer le risque infectieux consiste principalement à **veiller à responsabiliser les différents acteurs de soins** en insistant à tous les niveaux de décisions **autant sur les aspects médicaux que légaux de la prise en charge du risque infectieux.**

Moyennant un encadrement et un suivi, les référents hygiène peuvent jouer un rôle important à ce niveau (signalement des incidents).

En pratique, la gestion d'un risque sanitaire à l'hôpital passe par quatre étapes successives :

- L'identification du risque à l'aide des outils de la veille sanitaire,
- La définition d'un objectif de réduction de ce risque
- La mise en place d'un système de contrôle assurant le respect de l'objectif
- La mise en place d'un **dispositif adapté de prise en charge, voire d'indemnisation des victimes, en cas de survenue du risque.**

# Importance de l'information des usagers ( y compris le personnel !!!)

## Étude 2001 CHU Hached Sousse

( attitudes et perception du personnel en matière de gestion des risques hospitaliers )

- 21% ne connaissent pas les risques professionnels auxquels ils sont exposés
- 31% les connaissent en partie
- 44,7% du personnel rapportent qu'il ne respecte pas toujours les règles d'hygiène et de sécurité( manque de moyens , habitude, manque de formation)

## Les problèmes de gestion de la communication !!!!

- Les **journalistes** : les problèmes et les risques à l'hôpital peuvent intéresser le public .

- Dans ces conditions, les émissions et les articles consacrés aux infections nosocomiales se développent et vont sans doute encore se développer.

Le véritable enjeu de la **médiatisation** est ailleurs !!!!

- Les émissions grand public n'ont certainement pas l'objectif ni d'expliquer ni d'informer objectivement, mais de faire sensation, de faire voir et de faire vendre.

**Nous sommes dans la société du risque**, imbriquée dans la société de la science, dans la société des médias et de l'information, et où le maître mot devient « **j'ai peur !** ».

L'expert n'a plus la parole et n'est même pas interrogé .

## Une pédagogie dans les médias va devoir à l'avenir être mise en place à l'hôpital.

- la nécessité d'information du patient et de **transparence** ( en France la loi du 4 mars 2002)
- **expliquer** le risque infectieux potentiel en cas d'intervention ou de manoeuvres diverses,
- **informer le patient et sa famille** pour les mineurs, en cas de germes retrouvés en particulier le staphylocoque doré pour dédramatiser la situation et préciser l'origine de l'infection,
- organiser une information auprès du **médecin traitant** et des familles en cas de demandes de renseignements au sujet d'une infection pouvant être perçue comme nosocomiale.

# Règles de communication

- Avec les médias , les relations doivent être basées sur le principe du **dérapiage comme règle !!!!**
- Sur la forme, doit être étudiée la tonalité du discours qui doit être **rassurant, apaisant, avec des actes qui prouvent la confiance.**
- Au total , pour prévenir les crises, **il faut s'organiser AVANT** pour établir une procédure, dans le but d'éviter les conséquences chez les patients, pour maîtriser la situation quand elle se présentera, **pour apprendre à communiquer, pour rassurer les personnes, le public, les patients, et aussi les soignants.**

## **Principe 2 : La maîtrise du risque suppose l'existence d'un système de signalement**

**- qui doit être simple à gérer (une fiche simple à remplir par tout professionnel et adressé à une unité de coordination, qui peut être le service d'hygiène quant il existe ou le CLIN) .**

# Informations gérées par les systèmes de gestion du risque

La gestion du risque → démarche de gestion de la qualité

Le modèle de Donabedian : les données à recueillir peuvent être classés en rapport avec la **structure, les processus ou les résultats.**

Ainsi, on peut gérer le risque en considérant :

- la **structure** (améliorer l'architecture des locaux) ,
- les **processus** (veiller à mettre en place et appliquer des protocoles )
- ou **les deux** , c'est-à-dire la structure ( rendre disponible un personnel compétent ) et le processus (informer les équipes de soins des résultats de la surveillance épidémiologique ) comme c'est le cas de l'étude SENIC aux états unis .
- Néanmoins , la gestion du risque par les mesures de **résultats** restent toujours une approche très convaincante (c'est l'approche utilisé par Semmelweis qui en mesurant la mortalité maternelle chez les parturientes a pu imposer l'hygiène des mains comme principale mesure de maîtrise du risque infectieux) .
- Cependant en raison de la rareté de certains résultats ou de la difficulté de les mesurer, il semble plus facile d'analyser des données relatives à la structure et aux processus menant au risque (dans ce cas, il faut néanmoins être sur de la relation entre ces différentes composantes) .

## Principe 3 : Développement d'activités de prévention a priori des risques .

Outre le signalement des incidents , l'unité fonctionnelle chargé de la gestion du risque infectieux devra développé des activités de prévention fondés sur des actions de mise en conformité à des standards :

- **diffusion de procédures**
- **formations ,**
- **Audits** de procédures ou de pratiques ,
- **expertise,**
- **surveillance systématique.**

## Principe 4 : la continuité dans les actions

Gérer les risques ne signifie pas éliminer tous les risques. Cela consiste à définir la meilleure stratégie permettant de les prévenir ou de faire face à leurs conséquences. ceci est d'autant plus évident à considérer que différents travaux laissent à penser qu'au moins 20 à 30 % des infections nosocomiales peuvent être prévenues moyennant des actions appropriées et surtout **continues**.

## Principe 5 : Planifier et coordonner ses actions

- **Agir sur l'ensemble de la structure** et non pas sur quelques services motivés ou performants a priori, de manière à définir « le plus petit dénominateur commun » applicable à tous les services ;
- **Prendre en compte d'emblée et de façon globale, transversale et multidisciplinaire, l'ensemble des paramètres concernant l'identification, le diagnostic, l'alerte, la surveillance, le traitement et la prévention des infections**, en intégrant en particulier tous les aspects structurels, organisationnels et comportementaux. Ceci conduit alors souvent à aborder des aspects déjà pris en compte par d'autres systèmes de vigilance ;
- **Faire identifier par les acteurs de soins eux-mêmes, au niveau de leurs unités, les points critiques générateurs de risques ;**
- **Développer des solutions à la fois efficaces, réalistes, et intégrées au Projet d'Etablissement et à son contexte budgétaire,**

## Principe 6 : la gestion du risque correspond ainsi globalement à une démarche qualité

qui permet d'identifier trois types d'actions : **reconnaître, expliquer ou analyser et agir.**

La **surveillance épidémiologique** du risque infectieux est ainsi un **élément fondamental de toute stratégie de lutte contre l'infection nosocomiale.**

Telle que reconnue par l'étude SENIC, cette surveillance nécessite néanmoins:

- des **Moyens**
- et **une Organisation** (personnels qualifiés, comité de lutte, service d'hygiène hospitalière, système d'enregistrement voire tableau de bord , système d'évaluation type benchmarking ou autre etc..).

**Principe 7 : Au sein de chaque établissement, il paraît souhaitable de regrouper toutes les vigilances dans un pôle unique "vigilance et gestion des risques".**

L'hygiéniste hospitalier doit être au cœur du système des vigilances et de la gestion des risques. Pour la maîtrise du risque infectieux nosocomial, plusieurs domaines nécessitent une coordination d'information, de surveillance, d'identification et de mise en œuvre de mesures correctives.

- La **maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques**,
- La **maîtrise des infections nosocomiales selon le site, celle du site opératoire**. Celle-ci impose d'évaluer, améliorer et contrôler les mesures préventives appliquées en pré, per et post-opératoires, ce qui oblige à aborder avec la même acuité l'ensemble des aspects structurels, organisationnels et comportementaux ;
- La **prévention des accidents liés à l'exposition** au sang et aux produits biologiques,
- L'ensemble de la **vigilance environnementale**, nécessitant la mise en place de processus de maîtrise des risques en temps réel, concernant l'eau, l'air, les circuits, les dispositifs médicaux, les déchets, l'alimentation et le linge ;

## Quel est le risque de l'implication de l'hygiéniste ?

La maîtrise du risque infectieux nosocomial, et « tout ce qui contribue à maintenir les hôtes de l'hôpital (patients et personnels) dans le meilleur état de santé possible par rapport à cet environnement hospitalier, n'échappe pas cette règle.

C'est pourquoi l'hygiéniste hospitalier doit être au cœur du système, sans crainte que celui-ci ne remplace l'hygiène hospitalière, ou que la lutte contre les infections nosocomiales ne se dilue au milieu de ces différentes vigilances .

# Infectiovigilance

**Objet** : l'alerte sur les risques infectieux majeurs afin de prévenir toute infection nosocomiale.

Contribue à la lutte contre les infections nosocomiales et fait partie de la démarche de sécurité et de qualité des soins.

**Ne se substitue pas au dispositif de surveillance des infections nosocomiales** (prévalence, incidence ISO, BMR, consommation des ATB, AES, infections sur cathéter, bactériémies...) dont l'objectif est d'obtenir des informations épidémiologiques, indispensables pour mesurer le niveau de risque dans un établissement, définir la politique de prévention (CLIN et de l'EOH) évaluer l'efficacité de cette prévention (indicateurs).

**L'infectiovigilance est un dispositif complémentaire des enquêtes épidémiologiques et de surveillance des infections nosocomiales. C'est un système d'alerte.**

# Comment organiser l'infectiovigilance au sein de l'hôpital ?

- **Formation** (sensibiliser l'ensemble des professionnels au signalement des infections acquises même s'il ne s'agit que d'une suspicion, les aider à les reconnaître et à les prévenir)
- **Mise en place d'un réseau interne.**  
le recensement peut être confié aux référents hygiène alors que le CLIN établit une liste des infections nosocomiales qu'il souhaite recenser à l'aide d'une fiche de déclaration d'évènement indésirable infectieux).
- **Désignation d'un médecin qui réceptionne les cas** déclarés, si possible membre du service d'hygiène .

# Le contexte en Tunisie : l'hygiéniste est en grande partie un gestionnaire de risque.

## Profil de poste du gestionnaire de risque

- Evaluer les risques de l'établissement
- Sensibiliser et former les personnels à la gestion des risques et à la nécessité du signalement ,
- Coordonner les vigilances et la sécurité sanitaire ,
- Assurer une veille réglementaire et technologique,
- Assurer un rôle de conseil et d'expertise auprès de la direction de l'établissement).

## Profil de poste de l'hygiéniste en Tunisie -

- éducation sanitaire et formation continue du personnel**
- **Choix des produits détergents et désinfectants et pesticides**
- **Inspecter les services hospitaliers et annexes**
- **Contrôler la chaîne alimentaire, le circuit du linge et le mode d'évacuation des déchets**
- **Elaborer un programme d'action à l'échelle de l'hôpital tenant compte des actions prioritaires**
- **Désigner une équipe d'ouvriers qui sera chargée des opérations de DDD**
- **Procéder au nettoyage et de désinfection de tous les pavillons**
- **Superviser les travaux de cette équipe**
- **Superviser le recueil des données relatives à l'hygiène hospitalière et aux IN au niveau de l'hôpital**
- **Participer aux prélèvements systématiques dans les blocs opératoires en vue de l'évaluation de leur états aseptiques**
- **Faire des prélèvements de denrées alimentaires et d'eau de boisson pour déterminer leur qualité bactériologique**
- **Organiser des visites médicales pour tout le personnel de l'hôpital particulièrement des manipulateurs de denrées alimentaires**
- **Participer aux travaux du comité d'hygiène**
- **Dresser un rapport trimestriel et l'adresser à la tutelle.**

# Difficultés de mise en application de la démarche et Aspects à améliorer!!

## A – DIMENSION TECHNIQUE DE LA GESTION DES RISQUES

- 1 – Manque de connaissances: concernant l’usage des méthodes et outils spécifiques de la gestion des risques.
- 2 – Absence d’éléments de surveillance épidémiologique : ciblée les infections les plus en causes et celles qui ont le plus de chance de répondre à des programmes de prévention (infections urinaires ,bactériémies sur cathéter , infection pulmonaires associées aux soins de ventilation , procédures chirurgicales ).

## **B – DIMENSION CULTURELLE DE LA GESTION DES RISQUES**

3 – Difficulté d'accéder aux données (insuffisamment recueillies, confidentialité, peur de l'évaluation, etc), rendant l'identification des objectifs un travail ardu (quel risque, quels patients, quelles stratégies, etc ). Ainsi, il apparaît **difficile de concevoir un système de gestion du risque si on ne dispose pas d'un dispositif de signalement fonctionnel.**

4 – Attitudes !!!: Pour certains (hygiénistes et autres) , la gestion des risques peut être perçue comme une contrainte plutôt réglementaire (faire des prélèvements systématiques) et donc ne pas s'inscrire dans une démarche qualité ; les plaintes sont instruites dans un cadre plutôt administratif et ne sont pas utilisées comme un moyen d'alerte

➔ **Dépasser une culture de la faute et développer une culture de la sécurité .**

5 – L'insuffisance de la collaboration entre les professionnels , que ce soit à l'échelle d'un même établissement (hygiéniste, infectiologues, microbiologistes, pharmaciens, ingénieurs bio médicaux, soignants, etc), ou entre établissements (expérience du GRAIN ) .

6 - Les difficultés inhérentes aux **changements de comportements** ( au niveau hospitalier , les hygiénistes dépendent très souvent du corps administratif ou la culture du risque peut être différemment perçue).

7 - les difficultés liées à la possibilité de développer une **culture positive de l'erreur et de la sécurité.**

8 - **L'utilisateur** ( patient ou le personnel ) est insuffisamment pris en compte dans les domaines qui le concerne.

## C- DIMENSION MANAGERIALE DE LA GESTION DES RISQUES

9 –S’attaquer à trop de problèmes en même temps et ne rien faire à la fin.

10 –l’ordre de priorité qu’un hôpital peut accorder à la gestion du risque infectieux (par rapport aux nombreux autres types de risques). Il est ainsi parfois difficile de trancher entre la sécurité des patients, la gestion de la productivité (personnel) et l’achat de matériels lourds et coûteux. Il est par ailleurs important que le niveau national se prononce. En France, l’infection nosocomiale a été reconnu comme problème de santé publique **depuis 1973** (création des CLIN) , en Tunisie ( comité technique national ) .

11 –La multiplicité des actions et des intervenants. Ainsi , outre les classiques médecins et soignants , d’autres partenaires , souvent non imprégnés de culture médicale , participe , d’une manière ou une autre à la gestion du RI (personnel technique, ouvrier de maintenance, gestionnaires) → coordination ++.

12 –le manque de moyens et l'absence de cadre réglementaire, ce qui rend les actions très personnalisées et donc l'évaluation et les comparaisons très hypothétiques.

13 – l'absence de normes accessibles de soins et l'insuffisance des procédés visant à évaluer l'application des règles de bonnes pratiques (audit , etc ).

14 –l'absence de système d'enregistrement fiable des données des patients (dossier unique, dossier infirmier).

15 – L'absence de rétro information et le fait de ne pas savoir tirer des leçons des expériences passées.

16 - Le risque d'une information erronée voire mal interprétée des citoyens.

17 – Les contraintes financières auxquelles sont de plus en plus soumis les établissements de soins.

# Conclusion

- La culture du risque ne s'apprend pas du jour en lendemain.
- Elle doit s'accompagner d'une forte action de sensibilisation et de formation, d'un choix pragmatique et progressif en valorisant la démarche auprès des différents acteurs mais aussi
  - en l'inscrivant dans le contrat objectif de l'établissement afin de responsabiliser tous les intervenants.
- la démarche de gestion des risques est une démarche de management .Il faut donc un engagement fort du management pour implanter, animer et développer la démarche (politique concertée, définition explicite des responsabilités et des règles de fonctionnement du dispositif ).

- tous les soignants sont conscients que des efforts sont à faire en permanence, la nuit, le jour, le week-end, sous conditions de moyens en matériel et personnels.
- Les soignants ont aussi besoin de confiance et de reconnaissance leur permettant de montrer leur action et leur engagement dans la qualité des soins.
- Les hygiénistes de leur côté doivent mieux connaître les mécanismes des IN, leurs facteurs et les conséquences comme les décès ou les préjudices et surtout l'évitabilité.
- Et a ce niveau de nouveaux messages sont à inventer afin que l'hygiéniste puisse participer efficacement aux changements nécessaires à la mise en place d'une véritable culture de gestion du risque .

**Il est probable aussi que cela passera par une étude dont les objectifs seraient:**

- d'identifier les représentations des professionnels sur les risques hospitaliers
- d'identifier les freins et les moteurs pour le développement d'une gestion collective des risques,

**Merci pour votre attention**