



Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion

CESAG BF – CCA

Banque, Finance, Comptabilité,

Contrôle & Audit

Master Professionnel en

Comptabilité et Gestion

Financière

(MPCGF)

Promotion 8

2013 - 2015

Mémoire de fin de cycle

THEME

**CONCEPTION D'UN SYSTEME DE GESTION DES
RISQUES OPERATIONNELS LIES AU CIRCUIT DU
PATIENT: CAS DU CENTRE HOSPITALIER NATIONAL
D'ENFANTS ALBERT ROYER SENEGAL**

Présenté par:

Togbé Fiacre BANON

Co-dirigé par :

Dr. Badara NDIOR

Enseignant chercheur

M. Durotimi SINIMBOU

Gérant Ergobit Consulting Sénégal

OCTOBRE 2015

DEDICACE

Je dédie ce mémoire de fin de cycle à mes parents Monsieur Félicien BANON, Madame Louise BANON, Madame Bibiane DONKPEGAN, ma sœur Divine et mes frères Yann, Fabrice, Symphorien, Richard pour leur amour, leur soutien moral, spirituel, et financier.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Ce travail a été possible grâce au soutien de certaines personnes auxquelles je tiens à exprimer ma profonde gratitude. Je remercie :

- toute ma famille pour son soutien moral, financier et surtout leur prière ;
- monsieur Thierno Seydou NDIAYE, Directeur Général du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer, de m'avoir permis d'effectuer mes recherches dans son institution ;
- monsieur Alioune SENE, chargé de l'Audit interne au Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer, qui a bien voulu encadrer et diriger ce travail de recherche ;
- tout le personnel du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer ;
- monsieur Moussa YAZI, Directeur de la Formation et Chef de département Banque, Finance, Comptabilité, Contrôle et Audit (BF-CCA), pour les enseignements et les conseils ;
- monsieur Bertin CHABI, Chef de Département de CESAG Exécutive pour ses conseils ;
- monsieur André BAGUI, Assistant de Programme au Département BF-CCA, pour sa disponibilité et ses conseils ;
- mademoiselle Fatou DIOP, Secrétaire du Département BF-CCA, pour sa disponibilité ;
- monsieur Constant AGOH, Assistant Pédagogique au Département BF-CCA, pour sa disponibilité ;
- tout le corps professoral et administratif du Département BF-CCA, pour son encadrement, les conseils et les enseignements reçus ;
- docteur Badara NDIOR, Enseignant chercheur, pour les conseils et directives;
- monsieur Durotimi SINIMBOU, Gérant Ergobit Consulting Sénégal, pour ses conseils et son soutien qui m'ont beaucoup aidé ;
- monsieur Léon Charles BLE KOFFI, Auditeur Principal à la BCEAO et enseignant associé au CESAG, pour les conseils;
- la huitième (8^{ème}) promotion du programme MPCGF, pour le climat d'entente et l'esprit familial qui ont prévalu durant ces deux (02) années de formation.

LISTE DES SIGLES (ACRONYMES) ET ABREVIATIONS

AS/NZS :	Australian/New Zealand Standard
CHNEAR :	Centre Hospitalier National des Enfants d'Albert Royer
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
COSO :	Committee Of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission
CTE :	Comité Technique d'Etablissement
DPO :	Direction Participative par Objectives
EPS :	Etablissements Publics de Santé
FDIS :	Final Draft International Standard
FERMA :	Federation of European Risk Management Associations
FHF :	Fédération Hospitalière de France
IFACI :	Institut Français de l'Audit et Contrôle Interne
ISO :	International Organization for Standardization (Organisation Internationale de Normalisation)
ORL :	Oto-Rhino-Laryngologie
SAF :	Service Administratif et Financier
SROS :	Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire
UF :	Unités Fonctionnelles

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Tableau d'échelle de probabilité.....	21
Tableau 2 : Tableau d'échelle de gravité (impact)	21
Tableau 3 : Cartographie des risques liée à l'organisation dans un hôpital	37
Tableau 4 : Cartographie des risques liée à l'acte professionnel dans un hôpital	39
Tableau 5: Répartition du personnel du C.H.N.E.A.R	56
Tableau 6: Echelle de mesure de l'impact des risques	74
Tableau 7 : Echelle de probabilité d'occurrence.	75
Tableau 8 : Identification des risques opérationnels	76
Tableau 9 : Test de conformité	78
Tableau 10 : Analyse des risques opérationnels	79
Tableau 11 : Evaluation de l'impact des risques	80
Tableau 12 : Evaluation de la probabilité d'occurrence des risques.	80
Tableau 13 : Tableau dévaluation de la criticité.....	81
Tableau 14 : Regroupement des risques par zone.	83
Tableau 15 : Suivi des risques	85
Tableau 16 : Le plan de communication	87
Tableau 17 : Identification des risques opérationnels liée à l'accueil et à l'orientation du patient	88
Tableau 18 : Test de conformité lié l'accueil et à l'orientation du patient.....	90
Tableau 19 : Analyse des risques opérationnels	91
Tableau 20 : Evaluation de l'impact des risques	91
Tableau 21: Evaluation de la probabilité d'occurrence des risques.	92
Tableau 22 : Tableau dévaluation de la criticité.....	93
Tableau 23 : Regroupement des risques par zone.	95

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Le cube COSO 2 (Cube ERM framework).....	12
Figure 2 : ISO 31000 : 2009: Relations entre les principes, le cadre organisationnel et le processus de management du risque.....	13
Figure 3 : Processus de gestion des risques.....	17
Figure 4 : Evaluation du risque: Matrice de criticité.....	22
Figure 5 : Evaluation du risque: Relations entre les principes, le cadre organisationnel et le processus de management du risque.....	23
Figure 6 : Modèle D'analyse	43
Figure 7 : Circuit du patient au C.H.N.E.A.R.	59
Figure 8 : Matrice de criticité	82
Figure 10 : Matrice de criticité	94
Figure 11 : Trajet du patient dans le service d'accueil et orientation.....	95

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1: Organigramme du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer	105
Annexe 2: fiche de liaison du malade	106
Annexe 3: Guide d'entretien avec l'Auditeur interne du C.H.N.E.A.R.	107
Annexe 4: Guide d'entretien avec le chef de service accueil et orientation du C.H.N.E.A.R..	108
Annexe 5 : Plan de communication et de concertation.....	109
Annexe 6 : Registre de communication et de concertation.....	110
Annexe 7: Fiche de révélation des anomalies constatées	111

CESAG - BIBLIOTHEQUE

TABLE DES MATIERES

DEDICACE.....	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES SIGLES (ACRONYMES) ET ABREVIATIONS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES ANNEXES.....	vi
TABLE DES MATIERES	vii
INTRODUCTION GENERALE.....	1
PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE.....	6
CHAPITRE 1 : GESTION DES RISQUES OPERATIONNELS	8
1.1 Cadre conceptuel de la gestion des risques	8
1.1.1 Définitions du risque	8
1.1.1.1 Risque d'entreprise.....	8
1.1.1.2 Maîtrise du risque.....	9
1.1.1.3 Gestion des risques ou Management des risques	9
1.1.1.4 Objectif général de la gestion des risques	10
1.1.2 Référentiels de gestion des risques.....	11
1.1.2.1 COSO 2	11
1.1.2.2 ISO 31000 : 2009	12
1.1.2.3 FERMA	14
1.1.2.4 AS/NZS 4360	14
1.2 Cadre organisationnel de la gestion des risques.....	14
1.2.1 Mandat et engagement	14
1.2.2 De la conception à l'amélioration continue du cadre organisationnel de management des risques.....	15
1.3 Processus de gestion des risques	16
1.3.1 Communication et concertation	17
1.3.2 Établissement du contexte.....	17

1.3.3	Appréciation du risque	18
1.4.3.1	Identification du risque.....	18
1.3.3.2	Analyse du risque	19
1.3.3.3	Evaluation du risque.....	19
1.3.4	Traitement du risque.....	22
1.3.5	Surveillance et revue	23
Chapitre 2: GESTION DES SERVICES DE SANTE		25
2.1	Cadre conceptuel de la gestion des services de santé.....	25
2.1.1	Gestion des services de santé	25
2.1.2	Evolution de la gestion des services de santé.....	26
2.2	Objectifs du management Hospitalier	28
2.2.1	Loi n° 98-08 du 12 février 1998 portant réforme hospitalière au Sénégal.....	28
2.2.1.1	les raisons de cette reforme	28
2.2.1.2	les changements attendus de cette reforme	29
2.2.1.3	les principes fondamentaux de cette reforme.....	30
2.2.2	Modélisation de la gestion.....	31
2.2.3	Budget de l'hôpital	33
2.3	Droit du malade et circuit suivi par le malade dans service de santé.....	34
2.3.1	Droit du malade	34
2.3.2	Circuit suivi par le malade dans un service de santé.....	34
2.4	Différents risques à l'hôpital	36
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE		42
3.1	Modèle d'analyse	42
3.2	Description des outils de collecte et d'étude des données	44
3.2.1	L'interview	44
3.2.2	Brainstorming.....	45
3.2.3	L'analyse documentaire	46
3.2.4	L'observation physique directe	46
3.2.5	Le tableau d'identification des risques.....	47

3.2.6 Tests de conformité et de permanence	47
3.2.7 Analyse d'impact sur activité	47
3.2.8 Analyse des causes profondes	47
3.2.9 Matrice conséquence / probabilité.....	48
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE.....	51
Chapitre 4 : Présentation du C.H.N.E.A.R.....	53
4.1 Historique du C.H.N.E.A.R.....	53
4.2 Mission du C.H.N.E.A.R.....	53
4.3 Prestations offertes	54
4.4 Organisation administrative et fonctionnement du C.H.N.E.A.R.....	54
4.5 Ressources Humaines.....	55
4.6 Structure Organisationnelle du centre hospitalier national d'enfants Albert Royer	56
Chapitre 5 : Description du circuit du patient C.H.N.E.A.R. et du mode de gestion du risque opérationnel lié à ce circuit	58
5.1 Circuit du patient au C.H.N.E.A.R.....	58
5.1.1 L'accueil et l'orientation du patient	60
5.1.2 La prise en charge du patient par l'assistance social du C.H.N.E.A.R.	60
5.1.3 La facturation du patient	61
5.1.4 La prise en charge des malades internes	61
5.1.5 L'encaissement des frais afférents aux soins du patient	62
5.1.6 L'activité de l'agence comptable particulière	62
5.1.7 La gestion pharmacie du C.H.N.E.A.R.....	63
5.2 Processus de gestion des risques liés au circuit du patient au C.H.N.E.A.R.	63
5.2.1 L'identification des risques	63
5.2.2 Le traitement des risques.....	64
Chapitre 6 : Conception du système de gestion des risques opérationnels au C.N.H.E.A.R... 66	
6.1 Etude de faisabilité de la conception d'un système de management de risque opérationnel adapté au C.H.N.E.A.R.	66
6.1.1 Mandat et engagement du management pour la conception du système de gestion des risques opérationnels.....	66

6.1.1.1 Mandat du management pour la conception du système de gestion des risques opérationnels.	66
6.1.1.2 Engagement du management pour la conception du système de gestion des risques opérationnels.	67
6.1.2 Existence d'un cadre organisationnel du management de risque.....	67
6.1.3 Mise en œuvre du management des risques	69
6.1.4 Surveillance et revue du cadre organisationnel.....	70
6.2 Conception du système de gestion des risques opérationnels au C.H.N.E.A.R.....	70
6.2.1 Conception d'un système de Communication et de concertation	70
6.2.2 Etablissement du contexte.....	72
6.2.2.1 Etablissement du contexte externe	72
6.2.2.2 Etablissement du contexte interne.....	72
6.2.2.3 Etablissement du contexte du processus de gestion des risques	73
6.2.2.4 Définition des critères de risque.....	73
6.2.2.4.1 Echelle de l'impact.....	74
6.2.2.4.2 Echelle de probabilité d'occurrence.....	74
6.2.2.4.3 Les critères permettant de décider s'il est nécessaire de traiter un risque .	75
6.2.2.4.4 Les critères permettant de décider si un risque est acceptable et/ou tolérable.....	75
6.2.3 Conception d'un système d'appréciation du risque	75
6.2.3.1 Conception d'un système d'identification des risques opérationnels	76
6.2.3.2 Technique d'analyse des risques opérationnels.	78
6.2.3.3 Technique d'évaluations et estimation des risques opérationnels.....	79
6.2.3.3.1 Evaluation de l'impact des risques.....	79
6.2.3.3.2. Evaluation de la probabilité d'occurrence.....	80
6.2.3.3.3 La criticité	81
6.2.3.3.4 Conception de la matrice de criticité.....	81
6.2.4 Conception d'un système de traitement du risque	83
6.2.5 Conception d'un système de Surveillance et revue.....	84
6.2.5.1 La mise à jour du système gestion des risques opérationnels	84

6.2.5.2 La fréquence de renouvellement du système gestion des risques opérationnels	85
6.3 Mise en œuvre du système de gestion des risques pour un risque lié à l'accueil et à l'orientation du patient.	86
6.3.1 Communication et concertation	86
6.3.2 Appréciation du risque	88
6.3.3 Traitement du risque.....	95
6.3.4 Surveillance et revue	96
6.4 Recommandations à l'adresse de l'Auditeur interne du C.H.N.E.A.R.	96
CONCLUSION GENERALE	102
ANNEXES	104
BIBLIOGRAPHIE	112
WEBOGRAPHIE.....	114

INTRODUCTION GENERALE

CESAO - BIBLIOTHEQUE

Le contexte dans lequel évoluent nos pays emmène les acteurs à accorder une place importante au système de santé. Le développement harmonieux et durable du système de santé passe nécessairement par une bonne politique sanitaire dont la mise en œuvre demande une prise en compte voire une intégration de la notion de « gestion de risque » dans le quotidien de l'hôpital. C'est le cas entre autre du Centre Hospitalier d'Engoulême et du Centre Hospitalier Mémorial de Saint-Lô. Les risques qui menacent la pérennité et le bon fonctionnement des centres de santé sont vus sous plusieurs angles à savoir : les risques liés à la profession médicale, les risques liés à l'hygiène, les risques liés au parcours du patient dans l'hôpital, etc.

Considéré comme un maillon essentiel dans la gestion de l'hôpital, le circuit du patient est exposé à des risques potentiels susceptibles d'empêcher l'atteinte des objectifs. En effet, Lorsqu'un patient se rapproche d'un service de santé pour des soins, il doit suivre une procédure dans laquelle il se met en relation avec plusieurs services de l'hôpital. Chaque service qui compose le circuit de l'hôpital doit exécuter ces tâches en fonction des procédures mise en place par le management en vue de parvenir à la satisfaction du patient et à l'atteinte des objectifs de l'hôpital. Cependant le non-respect de ces procédures et leur insuffisance dans le processus de maîtrise de la satisfaction des clients peuvent exposer l'hôpital à des risques qu'il faut absolument maîtriser pour la pérennité de l'hôpital dans le long terme et l'atteinte des objectifs dans l'immédiat.

C'est à la suite de ce qui précède que le Sénégal dans l'optique de s'aligner aux normes de bonnes pratiques dans le domaine de la santé a adopté le 12 février 1998 deux lois à savoir la loi portant réforme hospitalière et la loi relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Etablissements Publics de Santé (EPS). L'objectif de cette réforme est de permettre aux services de santé du Sénégal parmi lesquels figure le Centre Hospitalier National d'Enfant Albert Royer (C.H.N.E.A.R) d'avoir une gestion plus décentralisée et plus responsabilisée dans un environnement perturbé par d'énormes risques qui pourraient être en phase de ralentir le fonctionnement et donc empêcher l'atteinte des objectifs de ces derniers.

Outre sa mission d'offrir des services de santé aux patients, le C.H.N.E.A.R est un centre de formation pour les étudiants en Médecine et Pharmacie. Pour faire face à cette mission le centre s'est doté d'une Commission Médicale Etablissement et Commission Technique

Etablissement dont un service d'audit chargé de la supervision des procédures et du contrôle opérationnel.

Au regard de la délicatesse de sa mission, le centre doit mettre en place un dispositif organisationnel capable d'assurer une gestion efficace du patient lors de son parcours dans l'hôpital.

L'atteinte des objectifs de pilotage, de gestion et opérationnels constituent une difficulté majeure à laquelle faire face le C.H.N.E.A.R. En effet malgré toute l'organisation mise en place au sein du centre nous constatons que la plus part des médecins n'ont pas les compétences managériales suffisantes pour exercer l'activité de management nécessaire pour faciliter l'atteinte des objectifs.

Les causes liées au problème identifié sont les suivantes :

- gestionnaire trop technicien (les spécialistes de la médecine) ;
- absence du système de pilotage coordonné ;
- mauvaise maîtrise des outils de gestion ;
- mauvaise maîtrise du dispositif de contrôle.

Les conséquences qui en découlent sont :

- gestion à vue du centre hospitalier ;
- faiblesse des dispositifs de prévention, et de détection contre le risque ;
- faiblesse du contrôle interne.

Pour combler le déficit constaté dans le système managérial du C.H.N.E.A.R., les solutions suivantes sont envisageables:

- renforcer le service audit interne ;
- recourir à un expert en Risk management pour la gestion des risques ;
- prendre en compte rigoureusement la gestion du risque opérationnel ;
- renforcer l'efficacité du contrôle interne ;
- concevoir un système de gestion global de risques opérationnels.

La dernière solution qui est la conception d'un système de gestion des risques opérationnels, est celle que nous retenons. Ce système sera conçu suivant l'approche de la norme ISO 31000 car cette approche est selon nous très pertinente et adaptable à tout type de structure ainsi donc adaptable à un hôpital. La norme ISO 31000 établit plus clairement un lien entre gestion du risque et le processus de prise de décision au sein de l'organisation.

Au regard de ce qui précède, la question principale à laquelle ce mémoire va tenter d'apporter une réponse est la suivante : Comment le C.H.N.E.A.R pourrait atteindre ses objectifs opérationnels ?

Les questions spécifiques qui en découlent sont :

- Quels sont les étapes du circuit du patient au C.H.N.E.A.R ?
- Quel dispositif est mis en place par le C.H.N.E.A.R pour la gestion des risques opérationnels ?
- Quel est le degré d'efficacité du dispositif de gestion de ces risques ?
- Comment réaliser un système de gestion des risques efficaces et efficaces adapté au C.H.N.E.A.R ?
- Comment mettre en œuvre le système de gestion des risques réalisés ?

Pour répondre à ces préoccupations, nous avons retenu de traiter le thème de recherche suivant : « Conception d'un système de gestion des risques opérationnels liés au circuit du patient : cas du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer Sénégal »

L'objectif principal de ce mémoire est de concevoir un système de gestion des risques opérationnels liés au circuit du patient au C.H.N.E.A.R.

De cet objectif général résultent les objectifs spécifiques suivants:

- décrire le circuit du patient au C.H.N.E.A.R ;
- élaborer un canevas d'appréciation des risques opérationnels lié à ce circuit ;
- élaborer un canevas de traitement de ces risques ;
- élaborer un canevas de communication, de concertation et de revue qui pourra intervenir à tous les niveaux du système ;
- tester le système de gestion des risques sur un maillon du circuit du patient.

Afin de donner plus de chance de réussite à notre travail, le champ de notre étude se limitera à la conception d'un système de gestion des risques liés au circuit de patient :

- l'accueil et à l'orientation du patient ;
- service social du C.H.N.E.A.R ;
- la facturation du patient ;
- la prise en charge des malades internes ;
- l'encaissement des frais afférents aux soins du patient ;
- l'activité de l'agence comptable particulière et;
- la gestion pharmacie du C.H.N.E.A.R.

Les résultats de nos travaux pourraient intéresser les acteurs ci-après :

- Le C.H.N.E.A.R

Cette étude permettrait au centre de disposer d'un système de gestion des risques opérationnels liés au circuit du patient. Ainsi, l'utilité de cet outil pourrait permettre à :

- la Direction Générale : de assurer l'atteinte des objectifs stratégiques à partir d'une vision globale sur l'hôpital ;
- l'opérationnel : de mieux exécuter leurs tâches quotidiennes en tenant compte du système de gestion des risques mis à leur disposition ;
- l'auditeur : d'avoir une base pour l'orientation du plan d'audit.

- nous-même

La conception de ce système de gestion des risques opérationnels sera l'occasion pour nous de mettre en pratique nos connaissances théoriques acquises au cours de notre formation grâce à l'ensemble de nos enseignements.

Afin de mieux cerner la problématique définie plus haut notre travail s'articulera autour de deux parties :

- la première, intitulée cadre théorique de l'étude, traitera de la gestion des risques opérationnels, de la gestion des services de santé de la méthodologie de l'étude

indiquant les outils utilisés pour la collecte et l'analyse des données nécessaires pour la conception du système de gestion des risques.

- la deuxième, pratique, traitera de la présentation du C.H.N.E.A.R, du circuit du patient et la pratique de la gestion des risques et enfin de la conception du système de gestion des risques opérationnels.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

**PREMIERE PARTIE : CADRE
THEORIQUE**

La gestion des risques à l'hôpital est une activité qui émerge depuis quelques années dans l'atmosphère de la santé. Elle nécessite une définition opérationnelle, tant dans son organisation que dans ses méthodes.

Malgré les dispositifs de contrôle interne, le système de gestion des hôpitaux continue d'être confronté à divers risques. Ainsi, pour mieux maîtriser ce système de gestion, il est opportun de concevoir un système de gestion des risques opérationnels accompagnés de plans d'actions favorisant la mise en œuvre de ce système. Une évaluation régulière de ce système s'avère nécessaire afin d'apporter les corrections appropriées.

Dans le cadre de cette première partie basée sur une revue de littérature, nous allons mettre en exergue:

- les objectifs généraux et le processus de gestion des risques ;
- l'évolution dans la gestion des services de santé ainsi que leur mode de gestion actuelle ;
- le droit du malade et circuit suivi par le malade dans le service de santé ;
- les événements incertains qui menacent l'existant de l'hôpital et/ ou le bon déroulement de ces activités ;
- le modèle d'analyse, ainsi que les outils nécessaires pour la réalisation de notre étude.

CHAPITRE 1 : GESTION DES RISQUES OPERATIONNELS

La nécessité de diffuser une culture des risques et une culture de vigilance à l'égard des risques s'impose de plus en plus à l'environnement de l'entreprise. Il s'agit non seulement d'une véritable acculturation des collaborateurs présents dans les modalités de mise en œuvre du système de gestion des risques, mais aussi de donner tous les moyens à l'entreprise de prévenir, mesurer, contrôler et gérer les risques. Pour mieux appréhender la centralisation de toutes les informations liées à la gestion des risques au sein de l'entreprise il sera question de mettre en évidence dans ce chapitre les objectifs généraux, le Cadre organisationnel ainsi que le processus de gestion des risques.

1.1 Cadre conceptuel de la gestion des risques

Pour une parfaite compréhension de l'ensemble de ce chapitre, il est opportun de définir au préalable certains concepts et expressions tels que le risque d'entreprise, la maîtrise du risque et le management des risques.

1.1.1 Définitions du risque

Définir le risque revient à mettre en exergue les facteurs pouvant empêcher l'exécution des différentes activités d'une entité. Selon l'ISO 31000 (2009 :1) le risque est «effet de l'incertitude sur l'atteinte des objectifs».

Pour une bonne compréhension de ce concept il convient d'avoir un aperçu sur le risque d'entreprise, la maîtrise du risque et la gestion du risque.

1.1.1.1 Risque d'entreprise

Dans le langage courant le risque est synonyme de menace. Selon KHAROUBI & al. (2013: 17) « Le risque est défini comme la possibilité de survenance d'un événement ayant des conséquences négatives. Il se réfère par nature à un danger, un inconvénient, auquel on est exposé. Il est considéré comme la cause d'un préjudice. ». Le risque est donc considéré comme l'avènement de certaines circonstances susceptible d'enfreindre la bonne réalisation des activités de l'entreprise par conséquent d'empêcher l'atteinte des objectifs.

Par contre, selon LOUISOT (2014 : 4) le risque peut être soit une opportunité ou une menace. D'après lui les issues favorables du risque constituent une opportunité et les issues défavorables une menace. Pour soutenir cette conception du risque comme étant une menace et une opportunité IFACI & al. (2005 :5) dans son approche a précisé que les différents événements qui subviennent dans une entreprise peuvent avoir un impact positif, négatif ou les deux à la fois. Celles ayant un impact négatif sont des risques pouvant empêcher l'atteinte des objectifs. En revanche, les événements ayant un impact positif peuvent avoir des impacts négatifs des risques ou constituer des opportunités

1.1.1.2 Maîtrise du risque

Une bonne pratique de la maîtrise des risques passe nécessairement par l'identification la catégorisation et l'évaluation de ces derniers afin de procéder à leur gestion tout en respectant le niveau d'appétence au risque défini par la gouvernance. Selon DARSA (2011: 42) « Il s'agit de l'approche des risques par les organes de gouvernance de l'entreprise ; son objectif vise notamment à définir le cadre stratégique de la démarche de gestion des risques de l'entreprise (objectifs, principes, grandes lignes directrices, vision) et les grands axes d'intervention à privilégier (quelle(s) priorité(s) stratégique(s) ?). La terminologie de maîtrise des risques sera donc « globale ». Pour cet auteur, la maîtrise du risque requiert une approche globale qui part de la stratégie c'est-à-dire de l'instance de gouvernance à l'opérationnel. Cette approche permettra d'aboutir à une méthode de gestion du risque. L'objectif d'une maîtrise du risque est de minimiser l'effet que peut avoir l'action du risque dans l'atteinte des objectifs de l'entreprise.

1.1.1.3 Gestion des risques ou Management des risques

Le management des risques est défini comme étant la mise en place d'un dispositif de contrôle et de pilotage des risques au sein d'une organisation dans le seul souci de maîtriser ou d'atténuer l'effet indésirable du risque. Pour IFACI & al. (2005 : 5), « 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 ».

Selon DARSA (2011: 41) « Il s'agit de l'ensemble des politiques, des stratégies, des dispositifs de maîtrise, de contrôle et de suivi et des moyens humains, financiers et matériels mis en œuvre par une entité organisationnelle visant à identifier, détecter, limiter et maîtriser les risques liés, directement ou indirectement, à ses activités. »

De ces deux auteurs retenons que la gestion des risques de l'entreprise est donc un processus de mise en œuvre des actions appropriées d'identification, de compréhension, d'évaluation et de maîtrise préventive ou curative des risques de l'entreprise. Ce diapositive est mise en œuvre par le conseil d'administration, les dirigeants et le personnel et permettra:

- d'identifier les événements potentiels pouvant affecter l'organisation ;
- de maîtriser les risques afin qu'ils soient dans les limites de l'appétence au risque de l'organisation ;
- de fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation des objectifs de l'organisation.

Ceux-ci étant, existe-t-il un cadre de référence pour la gestion des risques ?

1.1.1.4 Objectif général de la gestion des risques

La gestion des risques a pour objectif essentiellement de :

- sécuriser l'atteinte des objectifs de l'entreprise ; il s'agit d'un l'ensemble des mesures de prévention et de réaction mises en œuvre pour faire face à une situation d'exposition au risque;
- permettre aux dirigeants de disposer d'une vision globale et commune des principales menaces et opportunités manquées de l'entreprise;
- allouer les ressources financières, humaines et technologiques aux véritables enjeux de l'entreprise.

Selon la norme ISO 31000 (2009 : 8), le management des risques a pour objectif de:

- créer de la valeur et la préserve ;

- le management du risque est intégré aux processus organisationnels ;
- favoriser la prise de décision ;
- traiter explicitement de l'incertitude ;
- faciliter l'amélioration continue de l'organisme.

1.1.2 Référentiels de gestion des risques

Il existe plusieurs référentiels de gestion de risque, mais celles qui attirent notre attention sont notamment : le COSO 2, la norme ISO 31000 : 2009, le référentiel FERMA et le référentiel AS/NZS 4360.

1.1.2.1 COSO 2

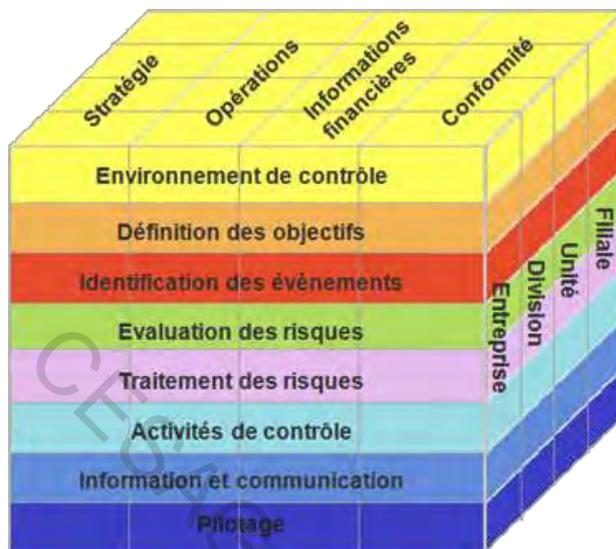
Publié en 2004 et mis à jour en 2013, le COSO 2, quant à lui à une approche basé sur les risques de l'entreprise. Il définit le risque comme étant la possibilité de survenance d'un événement nuisible à l'atteinte d'objectifs alors qu'une opportunité est la possibilité de survenance d'un événement contribuant à l'atteinte d'objectifs. Le COSO 2 se présente sous la forme d'un cube mettant en exergue les objectifs organisationnels, les composantes du management des risques et les unités ou business unit. Le dispositif de management des risques est composé essentiellement de huit éléments qui sont les suivants : l'environnement interne, la fixation des objectifs, l'identification des événements, l'évaluation des risques, le traitement des risques, les activités de contrôle, l'information et la communication et le pilotage.

YAICH (2009 : 59) précise que « Le cadre de gestion des risques du COSO 2 Report (2004) s'appuie sur le cadre de contrôle interne (COSO 1, 1992), corrige et complète le concept de contrôle interne en élargissant la réflexion sur un thème plus global de gestion des risques. Ainsi, en englobant le contrôle interne, the enterprise Risk Management - Integrated Framework vise à répondre aux besoins des entreprises et organisations en contrôle interne tout en leur permettant d'évoluer vers un processus de management des risques plus développé. ».

Le dispositif de management des risques est intégré au processus de management global de l'entreprise mais toutes les actions posées par le management ne constituent pas un élément du dispositif de gestion des risques. Ainsi, les notions de jugement et d'appréciation servant à

la prise de décision, qui sont une partie intégrante du processus de management global, ne relèvent pas du dispositif de management des risques.

Figure 1: Le cube COSO 2 (Cube ERM framework)



Source : BOURROUILH & al (2010 : 19)

1.1.2.2 ISO 31000 : 2009

Selon la Norme ISO 31000 (2009 : page v) « Le management du risque peut s'appliquer à l'ensemble de l'organisme, dans tous ses domaines et à tous les niveaux, à tout moment, ainsi qu'à des fonctions, des projets et des activités particulières ».

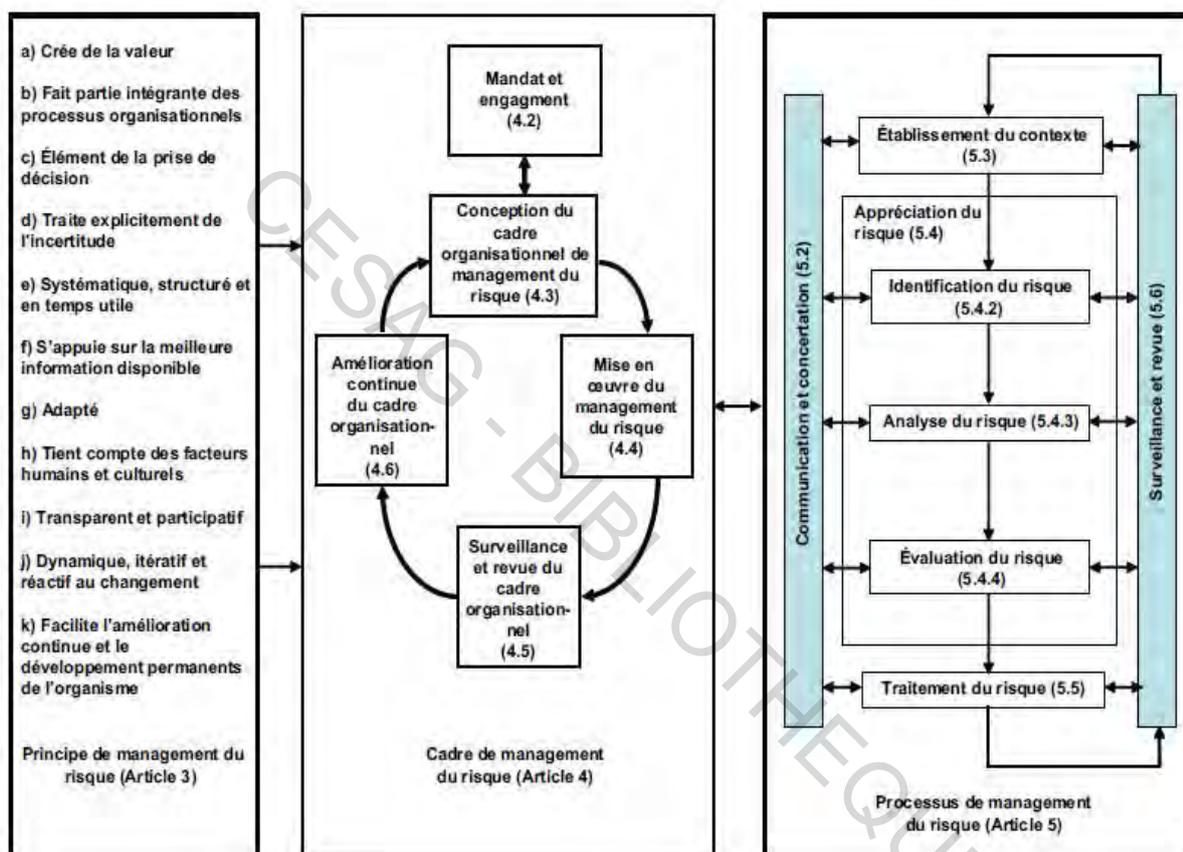
Ainsi le management des risques concerne les entreprises et leurs organisations. Comme la plus part des nouvelles normes, son objectif principal est de servir de guide auprès des entreprises. Elle souligne par ailleurs que l'intérêt et l'objectif du management des risques réside dans la globalité de son application sur tous les domaines de l'organisation.

La norme comprend trois parties, à savoir les principes, le cadre d'organisation et le processus de management :

- Les principes répondent à la question « pourquoi fait-on du management des risques ? ». Le processus d'intégration de ces principes se fait ensuite à deux niveaux : le niveau décisionnel et le niveau opérationnel.

- Le cadre d'organisation explique comment intégrer à partir du processus itératif, le management des risques dans la stratégie de l'organisation
- Le processus de management précise comment intégrer le management des risques au niveau opérationnel.

Figure 2 : ISO 31000 : 2009: Relations entre les principes, le cadre organisationnel et le processus de management du risque.



Source : ISO / FDIS 31000 (2009)

A l'instar de l'ensemble des référentiels prédéfini dans le cadre du management des risques, celui qui nous parait le mieux adapté est la norme ISO 31000. En effet ce référentiel précise la mise en œuvre et le maintien du management du risque permettant à l'organisation d'établir une base fiable pour la prise de décision. Ce lien entre gestion du risque et prise de décision est fondamental pour une bonne approche de gestion des risques.

Ceci dit, il est opportun de nous appesantir sur les objectifs généraux de la gestion des risques.

1.1.2.3 FERMA

La Federation of European Risk Management Associations, FERMA est un référentiel européen basé sur la norme ISO 31000 qui a été adopter en 2002 et qui se veut un recueil des meilleures pratiques européennes. Selon CANAMERAS (2013 : 6), FERMA souhaite favoriser la reconnaissance du management des risques et de ses spécificités, par un projet d'accréditation des compétences, qui se fonderait sur un référentiel portant sur la personne en charge de la gestion des risques des risques.

Ainsi le référentiel FERMA est un cadre de référence qui met l'accent sur la gestion des risques avec un système de contrôle des risques intégrés à la mise en œuvre de la stratégie. En effet c'est un processus continu et itératif accessibles à tous les acteurs et prenant en compte les facteurs internes et externes du risque.

1.1.2.4 AS/NZS 4360

Paru en 1995 puis révisé en 1999 et en 2004 l'Australian/New Zealand Standard, AS/NZS 4360 est le plus ancien des référentiels de management des risques. Il est essentiellement composé de deux parties : la première relative à la synthèse du standard de risk management et la seconde détaille le standard dans « Risk Management guidelines-Companion ». Ce référentiel met un accent particulier sur la l'importance de l'intégration de la culture du risque en entreprise. Il stipule d'une part que le risque est la résultante de l'effet et d'une probable déviation de ce qui était prévu et d'autre part que le management des risques peut être la gestion des menaces mais également des opportunités.

1.2 Cadre organisationnel de la gestion des risques

Le cadre organisationnel est l'ensemble des éléments permettant de faciliter un management des risques efficace. Pour MOTET (2009 :10) « le cadre organisationnel n'est pas un « système de management » mais une approche pour intégrer les pratiques du management du risque dans le système de management existant dans l'organisme ».

1.2.1 Mandat et engagement

La mise en place d'un système de management du risque efficace nécessite l'approbation de la direction de l'organisme, ainsi que l'établissement d'un plan stratégique rigoureux pour

conduire à un engagement à tous les niveaux. Il est donc primordial pour la direction de définir et d'approuver la politique de management du risque afin de s'assurer que le cadre organisationnel de management du risque reste approprié à la stratégie de l'organisation.

1.2.2 De la conception à l'amélioration continue du cadre organisationnel de management des risques

Après le mandat et l'engagement de la Direction de l'organisation s'en suit la conception du cadre organisationnel de management du risque, mise en œuvre du management du risque, surveillance et revue du cadre organisationnel et enfin l'amélioration continue du cadre organisationnel.

➤ Conception du cadre organisationnel de management du risque

L'une des innovations prise en compte par la norme ISO 31000 est l'intégration de « l'établissement du contexte » comme activité de départ du processus générique du management du risque. D'après Le Moniteur (2012 : 15) la mise en œuvre du cadre organisationnel de management du risque, nécessite l'évaluation et la compréhension du contexte interne et externe de l'organisation.

La Norme ISO 31000 (2009 : 10-12), met en exergue les éléments suivant relatifs à l'organisation et son contexte :

- compréhension de l'organisme et de son contexte ;
- établissement de la politique de management du risque ;
- responsabilité ;
- intégration aux processus organisationnels ;
- ressources ;
- établissement de mécanismes de communication et de rapports internes.

➤ Mise en œuvre du management du risque

La Norme ISO 31000 (2009 : 13) précise que le cadre organisationnel de management des risques doit contenir entre autre:

- la définition d'un calendrier et d'une stratégie de mise en œuvre du cadre organisationnel de management des risques ;

- l'application de la politique et du processus de management du risque aux processus organisationnels ;
- la conformité aux obligations légales et réglementaires ;
- l'organisation des séances d'information et de formation ;
- la communication et la concertation avec les parties prenantes afin de s'assurer que son cadre organisationnel de management du risque reste approprié.

➤ Surveillance et revue du cadre organisationnel

Elle consiste à s'assurer de l'efficacité du management des risques et de sa capacité à participer à l'atteinte des performances organisationnelles.

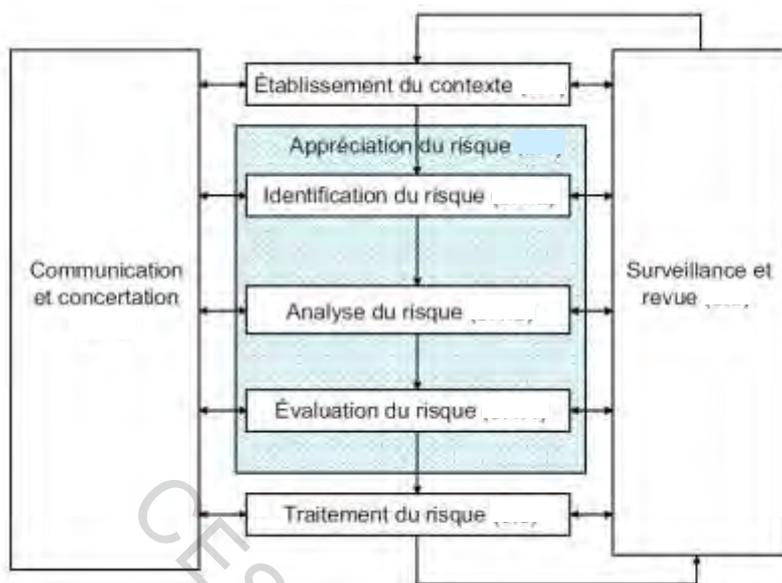
➤ Amélioration continue du cadre organisationnel

L'amélioration continue du cadre organisationnel se fait à partir d'un système de surveillance et de revue. Cette amélioration permet une prise de décision non seulement sur la possibilité d'amélioration du cadre organisationnel mais aussi sur la politique et le plan de management des risques.

1.3 Processus de gestion des risques

Le processus de management des risques est constitué des étapes suivantes : Communication et concertation, Établissement du contexte, appréciation du risque, traitement du risque, surveillance et revue.

Figure 3 : Processus de gestion des risques



Source : ISO / FDIS 31000 (2009 :14)

1.3.1 Communication et concertation

La Communication et la concertation consistent à échanger et à partager régulièrement les informations relatives au processus de gestion des risques avec toutes les parties prenantes de l'organisation à fin d'éviter une éventuelle asymétrie d'information. Selon la norme ISO GUIDE 73 (2009 : 3) la communication et la concertation est un « processus itératifs et continu mis en œuvre par un organisme afin de fournir, partager ou obtenir des informations et d'engager un dialogue avec les parties prenantes concernant le management du risque ». Elle permet ainsi de : réduire les incompréhensions avec les décisionnaires, obtenir de nouvelles connaissances en sécurité, impliquer la responsabilité des décisionnaires. La Communication et la concertation se font à partir de l'élaboration des plans de communication et de concertation qui traitent des questions relatives au risque de l'organisation.

1.3.2 Établissement du contexte

Il s'agit ici de fixer les objectifs, les stratégies, les domaines d'application et les paramètres des activités de l'organisme. Afin d'établir un contexte approprié, il est d'abord nécessaire de définir les critères : d'évaluation (seuil de traitement des risques), d'impact (seuil de prise en compte des risques), d'acceptation (seuil d'acceptation des risques).

Selon la norme ISO 31000 l'établissement du contexte comprend quatre étapes :

- établissement du contexte externe ;
- établissement du contexte interne ;
- établissement du contexte du processus de management du risque ;
- définition des critères de risque.

1.3.3 Appréciation du risque

L'appréciation de risque comprend l'identification, l'analyse et l'évaluation du risque.

1.4.3.1 Identification du risque

L'événement comme le risque est incident d'origine interne ou externe qui pourrait affecter la mise en œuvre de la stratégie ou l'atteinte des objectifs. Il est donc important de maîtriser les facteurs pouvant affecter la mise en œuvre de la stratégie ou l'atteinte des objectifs.

Selon DARSA (2013 : 87) « Identifier un danger au titre des risques opérationnels consiste à se questionner sur ce qui pourrait être (et ne devrait pas être), ou sur ce qui ne pourrait pas être (et devrait être) et en mesurer l'impact sur l'organisation. Comment et pourquoi l'existence de ce danger participe-t-il à la concrétisation du risque ? » Pour cet auteur l'identification des risques revient à identifier les facteurs internes et externes qui influencent les événements. Cette appréhension permettra non seulement de déterminer efficacement les facteurs de vulnérabilité mais aussi la catégorisation des risques. Une fois les principaux facteurs de contribution identifiés, le management peut évaluer leur importance et se focaliser sur ceux qui sont susceptibles de nuire à la réalisation des objectifs.

En outre l'identification des risques peut se faire selon la démarche suivante :

- **l'analyse dysfonctionnelle des processus** : c'est le cas des dysfonctionnements que peuvent ressortir une grille de séparation des tâches, la lourdeur du processus et les manquements du processus;
- **l'analyse du retour d'expérience formel interne et externe** : Le retour d'expérience interne à l'entreprise s'analyse à partir de la base d'incidents, rapports d'audit, d'inspection ou d'enquête, rapport des commissaires aux comptes. Tandis que le retour d'expérience externe : s'analyse à partir textes de lois (code spécifique ou Lettre de

Politique Sectorielle), revue et analyse de la réglementation, entretien avec le régulateur du secteur ;

- **la créativité** : elle se fait à partir d'un « Brainstorming » qui permet d'identifier les risques émergents ou « impensables ».

Ainsi cette démarche aboutie à l'établissement d'une base de données des risques après la validation par les interlocuteurs de la formulation des différents risques identifiés.

1.3.3.2 Analyse du risque

Analyser un risque revient à déterminer les causes et les conséquences de ce dernier. Autrement dit il permet de ressortir de façon claire et objective les différents événements qui pourraient enfreindre à l'atteinte des objectifs. PIERANDREI (2015 :42) précise que « Analyser les risques revient à se poser trois questions : Comment naissent les situations de risque? Quelles sont les probabilités et conditions pour qu'elles se produisent? Et quelles seront les conséquences si elles se produisent? ». Ainsi, l'analyse du risque requiert une compréhension global du risque afin de fournir non seulement des données pour l'évaluation et de choisir les techniques de traitement les plus appropriées mais également de favoriser la prise de décision.

1.3.3.3 Evaluation du risque

Evaluer un risque consiste à mesurer sa criticité c'est-à-dire faire une combinaison entre la probabilité de survenance et le niveau de gravité (l'impact). HASSID (2008 : 54) Souligne que « Les conséquences d'un risque donné dépendent de la probabilité de survenance du sinistre, appelé également fréquence et du montant du sinistre potentiel (gravité). Ni la fréquence, ni la gravité ne peuvent être prévues avec précision » L'évaluation repose donc sur une liste exhaustive des facteurs de risques avec leurs impacts sur les objectifs, en les hiérarchisant par priorité.

Il existe deux techniques d'évaluation des risques à savoir la technique d'évaluation qualitative et la technique d'évaluation quantitative.

- **La technique d'évaluation qualitative:** elle est généralement utilisée lorsque les risques identifiés ne peuvent pas suivre une évaluation quantitative ou lorsque les données sur les risques ne sont pas convenables pour effectuer une évaluation quantitative.

- **La technique d'évaluation quantitative:** Elle est plus précise et complète que la technique d'évaluation qualitative. Cette technique englobe à son tour trois principaux modèles qui sont les modèles probabilistes, les modèles non probabilistes, Benchmarking.
- Benchmarking : elle consiste à analyser et à adapter les meilleures pratiques en matière d'évaluation des risques appliquées par les autres entités du secteur ;
 - les modèles probabilistes : elles associent les notions de probabilité d'occurrence et impact (gravité du risque) sur la base de certaines hypothèses. La probabilité d'occurrence et l'impact résultant d'un événement sont évalués sur la base de données historique ou des hypothèses de comportements futurs (voir tableau n° 1 et tableau n° 2 à la page 20).

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Tableau 1 : Tableau d'échelle de probabilité

classe	intitulé	Probabilité associée	Catégorie du risque
V1	Extrêmement improbable	$P < 0,01$	Très faible
V2	Très improbable	$0,01 < P \leq 0,1$	Faible
V3	Improbable	$0,1 < P \leq 0,3$	Moyen
V4	Possible	$0,3 < P \leq 0,7$	Fort
V5	Probablement à certain	$0,7 < P$	Très Fort

Source : DESROCHES & al. (2007)

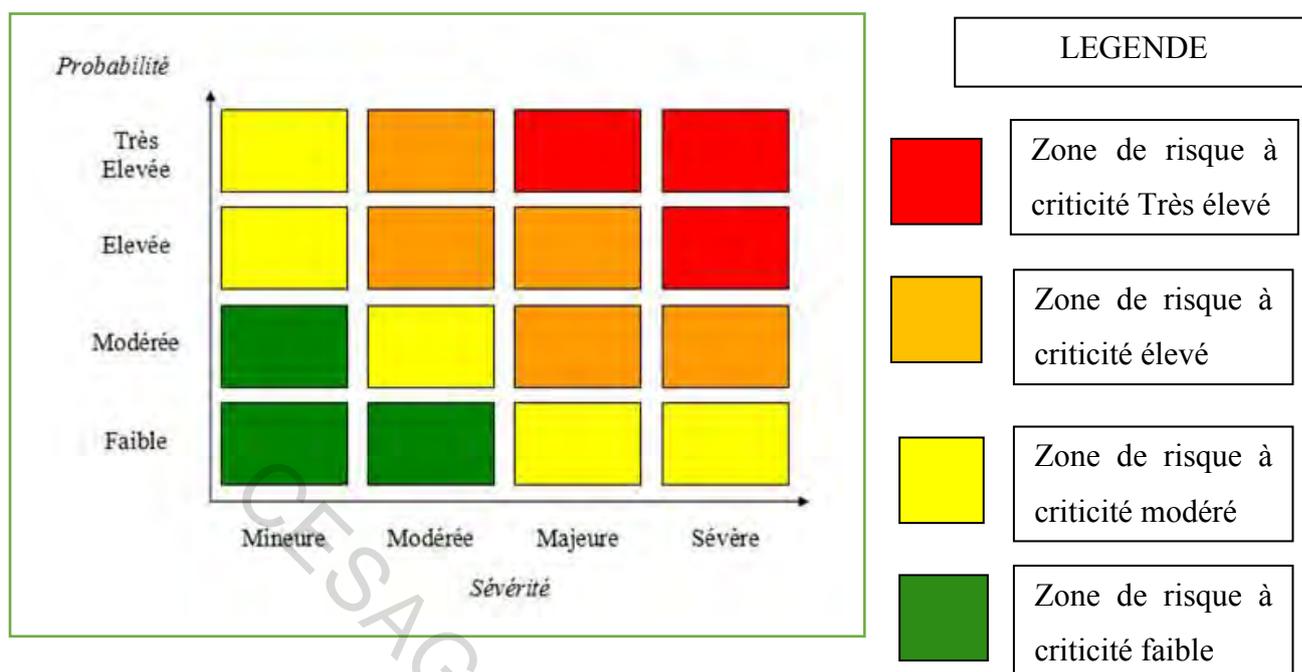
Tableau 2 : Tableau d'échelle de gravité (impact)

Classe de gravité	Intitulé de la classe	Nature des conséquences
G1	Mineure	Aucun impact
G2	Significative	Impacte très faible
G3	Grave	Dégradation importante des performances
G4	Critique	Dérive supérieur
G5	Catastrophique	Impossibilité d'atteindre les performances atteintes

Source : DESROCHES & al. (2007)

- les modèles non probabilistes : Les modèles non probabilistes utilisent uniquement des hypothèses subjectives pour apprécier la gravité du risque. L'évaluation de l'impact se base sur des données historiques ou des hypothèses de comportements futurs.

Figure 4 : Evaluation du risque: Matrice de criticité



Source : nous même inspiré de PELLISSIER (2015)

Toutefois l'évaluation des risques est basée sur trois (3) piliers : les modalités (Évaluation collective, individuelle, en atelier), les principes d'évaluation, les échelles d'évaluation.

Après une évaluation des risques il est opportun de passer à leurs traitements.

1.3.4 Traitement du risque

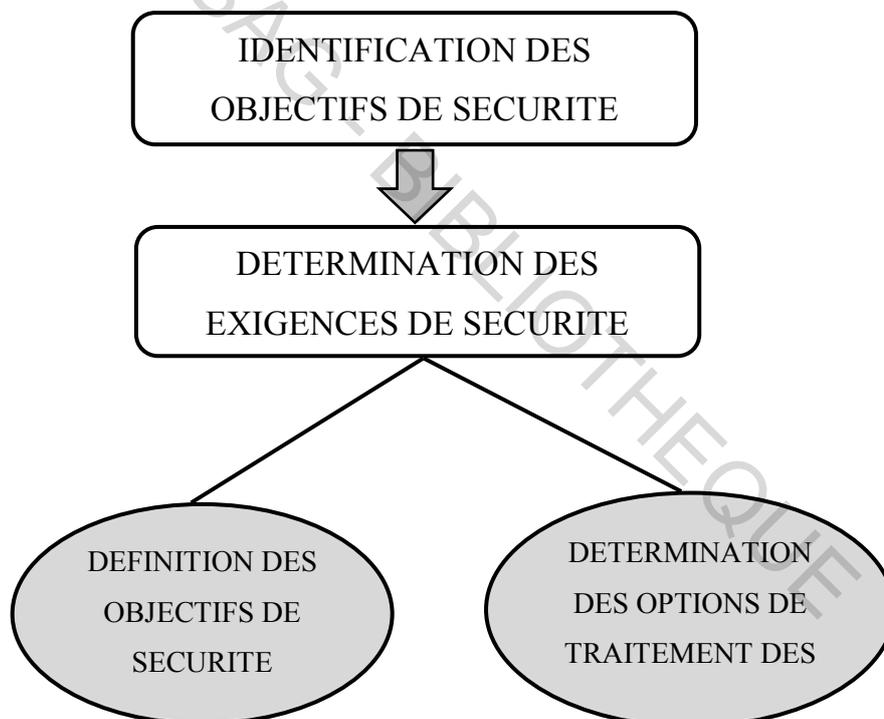
Il s'agit du processus qui consiste à sélectionner et à mettre en œuvre des mesures visant à réduire l'effet du risque sur l'atteinte des objectifs. Il faut mettre en relation le risque et le coût de traitement. Il existe quatre options du traitement du risque :

- le refus où l'évitement : le risque considéré est trop élevé, l'activité amenant le risque doit être supprimée ;
- le transfert : le risque sera transféré à une autre entité (un assureur, un sous-traitant) capable de le gérer ;
- la réduction : le risque doit être diminué. Il s'agit de réduire l'impact du risque de manière que le risque soit acceptable ;
- conservation du risque : le risque est maintenu tel qu'il se présente.

Selon IFACI & al. (2005 : 83) « Une fois les risques évalués, le management détermine quels traitements à appliquer à chacun de ces risques. Les différentes solutions possibles sont : l'évitement, la réduction, le partage et l'acceptation des risques. En fonction de la solution retenue, il convient de considérer l'effet des différentes solutions en termes de probabilité et d'impact ainsi que de coûts et de bénéfices »

L'analyse et l'évaluation des traitements des risques permettent à l'organisation de passer du risque inhérent au risque résiduel (niveau de risque acceptable). Ainsi Les conséquences sur la probabilité d'occurrence et sur l'impact sur les risques doivent être prises en compte lorsque les différents traitements sont évalués.

Figure 5 : Evaluation du risque: relations entre les principes, le cadre organisationnel et le processus de management du risque.



Source : Nous même inspiré de LALANNE (2013 :29)

1.3.5 Surveillance et revue

La surveillance et la revue doivent intervenir à toutes les étapes du processus de management des risques. La norme ISO 31010 (2009 :101) précise que dans le cadre du processus de

gestion des risques, il est important de surveiller et d'examiner régulièrement les risques et leur probabilité de survenance pour s'assurer que :

- les hypothèses concernant les risques sont toujours valides;
- les hypothèses sur lesquelles repose l'évaluation des risques (le contexte externe et interne, en particulier) sont toujours valides;
- les résultats prévus sont sur le point d'être atteints;
- les résultats de l'évaluation des risques sont en accord avec l'expérience réelle;
- les techniques d'évaluation des risques sont correctement appliquées;
- les traitements des risques sont efficaces.

Ainsi cette étape consiste à s'assurer que le processus reste pertinent et adapté aux objectifs de l'organisme. Il faut également noter qu'il est important d'identifier les changements nécessitant une réévaluation du risque ainsi que les nouvelles menaces qui pourrait survenir.

Conclusion du chapitre 1 :

A l'issu de ce chapitre, il ressort que Le système de management des risques se fonde sur un processus qui part de la Communication et concertation à la surveillance et la revue en passant par l'établissement du contexte, Appréciation du risque et Traitement du risque. Une cartographie des risques élaborée sur la base des objectifs spécifiques en référence aux objectifs stratégiques permet de mettre en place un système de contrôle et de maîtrise des risques. L'on s'interroge alors sur le mode de gestion des services de santé pour la conception d'un tel dispositif.

Chapitre 2: GESTION DES SERVICES DE SANTE

Les services de santé dans leur croissance ont un mode de fonctionnement similaire à celle des entreprises. Autrement dit, en mobilisant les ressources nécessaires autour de sa gestion, les services de santé rendent possible leur autonomie financière. Par la décentralisation, la dévolution et la compétitivité du marché ce mode de gestion contribue à la limitation des dépenses et à la création d'un environnement de compétitivité avec l'émergence du secteur privé.

L'objet de ce chapitre s'intéresse au cadre conceptuel de la gestion des services de santé, objectifs du management hospitalier à fin de permettre une bonne compréhension du concept. Nous aborderons également dans ce chapitre la question du droit du malade et circuit suivi par le malade dans un service de santé. Enfin, nous présenterons les différents risques à l'hôpital.

2.1 Cadre conceptuel de la gestion des services de santé

Il s'agira avant tout de définir les services de santé puis d'avoir une vue sur son évolution.

2.1.1 Gestion des services de santé

Une compréhension du concept « gestion de service de santé » nous impose une compréhension intrinsèque des notions « gestion » et « service de santé ».

La notion de gestion s'apparente à celle du management, selon BOUVIER & al. (2008 : 5) « On gère des choses mais on dirige (manage) des personnes. Le management consiste à savoir exactement ce que l'on veut que le personnel fasse et veiller à ce qu'il le fasse de la meilleure des manières et au moindre coût ».

Par ailleurs Pour DE KERVASDOUE (2011 : 47) « Les établissements des soins participant au service publics ont pour mission de prendre en charge tous les malades, et si possible, de prévenir, de diagnostiquer et de guérir leur malade dans les meilleures conditions humaines et économiques compte tenue des connaissances médicales du moment. Soulignons que l'exercice des missions de service public peut être assuré par des établissements de santé privés ».

Partant de ces affirmations, la gestion des services de santé peut se définir comme un ensemble de mécanismes, de procédures et de pratiques adoptés par les services de santé afin de satisfaire le patient et d'atteindre les objectifs fixés par le management. Autrement dit elle contribue d'une part à la réduction et la maîtrise des coûts du secteur de santé et d'autre part à d'assainir la gestion hospitalière.

2.1.2 Evolution de la gestion des services de santé

La gestion des services de santé n'a pas connu la même évolution d'un continent à un autre ou d'un pays à un autre. Parler du cadre conceptuel de la gestion des services de santé reviendrait à parler de l'évolution de la gestion des services de santé par rapport à certains pays, notamment de la France et du Cameroun.

➤ France

En France la gestion hospitalière a vu le jour dans les années 90. Cette ère est marquée par un mouvement de renouveau du service public qui a conduit au concept de « New public Management » dans les années 80. En Effet dans le souci de renforcer l'adaptation quantitative et qualitative de l'offre de soins, l'état Français a promulgué le 31 juillet 1991 la loi portant réforme hospitalière qui prévoit la création des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) complétant la carte sanitaire.

Les établissements voient leur autonomie renforcée et doivent analyser leurs activités c'est-à-dire mettre en œuvre des systèmes d'informations efficaces leur permettant une meilleur gestion. Selon le site de la Fédération Hospitalière de France (FHF)¹ « les établissements hospitaliers requièrent plus d'autonomie et un management des ressources humaines hospitalières axé sur les notions de motivation et de responsabilisation. Cette politique hospitalière implique le renforcement des prérogatives des organes de direction, du corps médical et du conseil d'administration et la définition de pôles d'activité qui symbolisent la réforme phare de la déconcentration de gestion. ».

Les évolutions théoriques de l'hôpital bureaucratique ont influencé les politiques de régulation. Celles-ci ont favorisé non seulement une intervention croissante du corps médical

¹ François LAMRANI, 2011, *le management hospitalier*, Fédération Hospitalière de France, 1 page

dans la gestion des établissements mais aussi une réorganisation du mode de prise de décision. Mais, si le modèle théorique repose clairement sur la théorie néo-classique, son application relève plus du bricolage institutionnel. En effet, le mode de gestion appliquée à l'hôpital semble être marqué par certaines incohérences. Si la participation des médecins est promue dans chaque projet de loi, dans les faits le renforcement des pouvoirs du directeur est une réalité incontournable.

Progressivement, les établissements hospitaliers ont réformé leur organisation interne. La loi du 31 juillet couronne ainsi un long processus de réforme marqué par cet esprit, mais qui se traduira dans les faits, notamment avec les deux réformes de 2005 et 2009, par une forme de bricolage institutionnel.

➤ **Cameroun**

Lors de la colonisation, nous avons eu la création de postes sanitaires et d'hôpitaux indigènes par les Français et les Anglais. Ces institutions étaient dirigées par un organe collégial dénommé: Commission Administrative. Cet organe avait la totalité des pouvoirs de direction et de gestion. Cependant, il n'était pas constitué de techniciens de l'administration ou de la gestion. Le seul élément permanent à l'hôpital était l'économiste qui avait la charge d'assurer le fonctionnement quotidien de l'institution. Depuis lors, l'organisation administrative des services de santé a considérablement évolué. Sur le plan juridique, les textes de 1964, 1968, 1978, 1987, et de 1991 ont progressivement mis en place des structures d'administration et de gestion plus structurées, capables de contrôler la gestion des établissements publics hospitaliers.

En ce qui concerne la structure des organes de direction, les pouvoirs publics camerounais ont toujours été désireux de doter l'hôpital d'une administration permanente et spécialisée. Ils décidèrent donc de créer à partir des décrets du 15 octobre 1968, du 24 juin 1978 et du 30 décembre 1987 le poste de Directeur dans les établissements hospitaliers.

Une nouvelle progression des instances de direction allait être mise en œuvre à partir de 1987 avec les décrets du 30 décembre 1987 et du 23 janvier 1991. Ces textes viennent enrichir davantage les équipes directionnelles. Le premier institue trois niveaux de grades à la tête des hôpitaux généraux de Yaoundé et de Douala. Un Conseil d'Administration, une Direction et une Commission Financière.

2.2 Objectifs du management Hospitalier

Les objectifs du management hospitalier pourraient mieux s'appréhender autour des points suivants :

- Loi n° 98-08 du 12 février 1998 portant réforme hospitalière au Sénégal ;
- Modélisation de la gestion : davantage de responsabilité médicale ;
- Budget de l'hôpital.

2.2.1 Loi n° 98-08 du 12 février 1998 portant réforme hospitalière au Sénégal.

Adopté le 12 février 1998 par l'Assemblée nationale la réforme hospitalière est constituée de deux lois à savoir la loi portant réforme hospitalière et la loi relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Etablissements Publics de Santé (EPS).

Cette réforme a pour objectif de contribuer à l'amélioration de la performance des EPS.

2.2.1.1 les raisons de cette réforme

Les raisons de la mise en œuvre d'une telle réforme sont multiples. La réforme hospitalière du Sénégal ressort entre autre les raisons suivantes :

- absence de la notion de performance dans le fonctionnement des hôpitaux ;
- difficultés à satisfaire la population et le personnel ;
- ressources financières insuffisantes ;
- incapacité de l'hôpital à assurer la maintenance de l'infrastructure et des équipements ;
- recours trop fréquent à l'appui extérieur pour éviter la dégradation des infrastructures et des équipements ;
- manque de rationalité économique dans la gestion ;
- insuffisance de la responsabilisation de l'équipe de direction et des professionnels de la santé ;
- les soins ne sont pas considérés comme un processus de production mais comme de simples tâches à exécuter ;
- usagers perçus non pas comme des personnes capables d'exprimer une demande, mais comme de simples bénéficiaires.

Au vu de ces différents dysfonctionnements, les autorités éprouvent la nécessité de réformer le secteur de la santé au Sénégal. Pour réussir la réforme en milieu hospitalier il est nécessaire que les pouvoirs publics tirent préalablement des enseignements des réformes hospitalières passées, afin de définir un scénario réaliste pour l'avenir de l'hôpital.

Ainsi, que pouvons-nous espérer de cette réforme ? Et quels sont les principes fondamentaux de cette réforme?

2.2.1.2 les changements attendus de cette réforme

La réforme hospitalière au Sénégal vise à apporter des changements significatifs dans la gestion des hôpitaux. Selon TALLA & al. (1999 : 11-19) les changements apportés se résument à trois niveaux comme suit :

➤ Au niveau de l'hôpital :

- le nouvel hôpital devra assurer l'équilibre de ses comptes et une qualité de soins pour répondre à ses obligations de performance ;
- assurer aux hôpitaux une autonomie de gestion avec un statut d'établissement public, ce qui permettra ainsi une gestion plus souple ;
- la direction et le personnel devront être responsables devant le conseil d'Administration ;
- la vision stratégique grâce aux projets d'établissement ;
- la logique performance en lieu et place de la logique administrative ;
- la nouvelle organisation (Conseil d'Administration, Commission Médicale d'Etablissement, Comité Technique d'Etablissement) et des services nouveaux (Services de Soins Infirmiers, Contrôle de Gestion, Agence Comptable Particulier).

➤ Au niveau des usagers :

- l'accessibilité financière des soins à la très grande majorité de la population ;
- la disponibilité permanente des services et produits ;
- la prise en charge de toutes les urgences ;
- l'institution d'une charte du malade ;
- la mise en place d'un système informatisé pour chaque malade hospitalisé ;

- la représentation des usagers au Conseil d'Administration.
- Au niveau du personnel :
 - l'élaboration d'un statut spécial du personnel des Etablissement Public de Santé (EPS) ;
 - L'institution de primes d'intéressement au profit du personnel.

Cette réforme touche ainsi dans sa globalité toutes les parties prenantes afin de contribuer à la satisfaction du patient et à l'atteinte des objectifs de l'hôpital.

2.2.1.3 les principes fondamentaux de cette réforme

La loi N° 98-08 portant sur la réforme hospitalière du 12 février 1998 définit en son chapitre premier les principes fondamentaux de celle-ci. Ils se résument à :

- l'accessibilité aux soins ;
- la responsabilisation de la direction de l'hôpital, qui doit être capable d'assurer le respect d'un cahier de charges, en s'appuyant sur des méthodes propres à la gestion d'entreprise ;
- la responsabilité des médecins par rapport à leur service ;
- la mobilisation de l'ensemble du personnel autour d'objectifs communs, propres à l'établissement ;
- le recentrage de l'Etat sur ses missions de service public et sur l'exercice de sa tutelle, en jouant un rôle de contrôle et de régulation ;
- la prééminence de la qualité et du coût des soins, en tenant compte des diverses expressions de la demande ;
- la maîtrise des charges financières et du recouvrement des coûts.

Ainsi il est à noter que le degré d'autonomie réelle dont pourrait bénéficier les établissements hospitaliers dans leur gestion ne dépend pas seulement des textes mais aussi du comportement de la tutelle.

2.2.2 Modélisation de la gestion

Modélisé dans notre cas revient à établir un modèle permettant de favoriser une bonne gestion des services de santé. Pour GRANGER & al. (2012 : 150) « Il s'agit de transformer les administrations hospitalières, traditionnellement organisées sur le modèle des deux lignes hiérarchiques, en entreprises para-étatiques placées dans une situation de quasi-marché. Ce nouveau modèle suppose trois étapes. Dans un premier temps, l'on accroit à l'autonomie de gestion des hôpitaux ; dans un second temps, l'on « corporatise » ceux-ci en leur appliquant les principes de la gouvernance d'entreprise ; enfin, l'on procède au transfert des établissements du secteur public vers une gestion privée ».

En effet la gestion de l'hôpital se doit désormais collégiale et administratif en tenant compte de l'équilibre entre l'investissement et les recettes obtenues. Et cela advient grâce à une bonne modélisation de la gestion.

Cette modélisation implique : Une gestion plus participative, une réforme du mode de gestion version budget global, une gestion par centre de responsabilité, une prise en compte d'un système de délégation et une prise en compte du contrôle de gestion.

➤ Une gestion plus participative

De manière générale la gestion participative est définie selon GRAZIA & al. (2000 : 1) comme « La gestion des établissements de santé se doit d'être plus responsabilisant, moins cloisonné, collégiale et pluridisciplinaire. En effet les services de santé sont la plus part du temps organisés en service, en département ou encore en fédération. Quelque fois ces services ou départements sont structurés en plusieurs Unités Fonctionnelles (UF) composées de cellule d'organisation du travail, de division des tâches et enfin de dissolution de responsabilité.

Ainsi la participation du personnel à la gestion ne s'impose pas mais s'organise. En réalité l'hôpital n'a pas seulement besoin de texte mais également de méthodologie, de formation, et d'intéressement au résultat (à l'atteinte des objectifs).

➤ **La réforme du mode de gestion : version budget global**

Défini par KOUYATE (2013:18) « un acte de prévision et d'autorisation des dépenses et des recettes », le budget global est réalisé sur la base d'un découpage budgétaire des établissements et d'une Direction Participative par Objectives (DPO) qui associe davantage les médecins chefs de service. Le budget de l'hôpital est élaboré par centre de responsabilité en définissant des objectifs d'activité et de moyen se rapportant à celle-ci.

Le budget global représente ainsi la somme des dépenses de tous les centres de responsabilité de l'établissement.

➤ **Une gestion par centre de responsabilité**

La gestion par centre de responsabilité implique non seulement un bon découpage de l'établissement, cohérent sur plan fonctionnel et budgétaire, mais aussi, un système d'information performant donnant au personnel des informations à temps réel sur leurs activités, leurs dépenses, afin de leurs favoriser la prise de décision. Selon DUPUY (2007 : 47) « les centres de responsabilités disposaient d'une délégation de gestion de la part du directeur et faisaient l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur ». Il est donc nécessaire de déconcentrer la gestion, de responsabiliser le personnel (plus particulièrement les cadres et chefs de service) à tous les niveaux hiérarchiques.

➤ **Une prise en compte d'un système de délégation**

La délégation est prononcée par le directeur et est exercée sous son autorisation hiérarchique. Le choix de la délégation est très important et permet de mutualiser le risque d'absentéisme personnel dans les hôpitaux.

➤ **Une prise en compte du contrôle de gestion**

Le contrôle de gestion est nécessaire à la délégation. Selon CAUVIN & al. (1990 : 189) « A l'hôpital le contrôle de gestion évoque immédiatement les procédures de tutelle ou d'analyse de gestion. L'historique du contrôle de gestion témoigne en effet de la nette prépondérance des procédures de tutelle, orientées vers l'allocation des ressources, sur le contrôle interne. »

Il correspond ainsi à l'ensemble des procédures de suivi, de mesure et d'évaluation ainsi que d'analyse comparée des activités, des résultats, et des coûts en termes quantitatifs et qualitatifs, par service ou centre de responsabilité. Ces procédures sont mise en œuvre sous la tutelle de la direction ou de la direction des finances ou le cas échéant de la direction chargée de la qualité et doivent associer largement le personnel.

LACHEZE-PASQUET (1997 : 95) précise à son tour que l'objectif du contrôle de gestion, est de favoriser le partage des informations utiles à la décision entre les décideurs hospitaliers des différents niveaux de responsabilité : directeurs, responsables fonctionnels, gestionnaires de service, médecins, personnels soignants et techniques. Pour lui deux situations se présentent dans ce cas :

- celui qui a plus de pouvoir de décision n'est pas forcément celui qui a le plus d'information pour décider ;
- celui qui détient l'information n'est le plus souvent pas en position de décideur.

2.2.3 Budget de l'hôpital

L'établissement du budget constitue une des étapes incontournable dans la gestion de l'hôpital.

Selon DELNATTE & al. (2001 :105) « Le budget apparaît comme un état prévisionnel et limitatif, sanctionné par une décision prenant la forme d'une délibération du conseil d'administration, rendu exécutoire par l'autorité administrative chargée de l'établissement »

Le budget hospitalier correspond à une série de trois actes administratifs :

- **le premier acte administratif** : le conseil d'administration délibère et détermine l'ensemble des dépenses et recette de fonctionnement et d'investissement relative à un exercice budgétaire et comptable donné.
- **le second acte administratif** : consiste à fixer des crédits autorisés en dépenses et en recettes pour le fonctionnement et l'investissement par grands groupes.
- **le troisième acte administratif** : consiste à affecter les crédits alloués par groupe fonctionnel entre les comptes budgétaires.

Les dépenses et les recettes de fonctionnements et d'investissement du budget de l'année N+1 sont définies de manière prévisionnelle selon des paramètres externes et internes.

Toutes dépenses et recettes relatives à un exercice donné, sont enregistrées dans un document unique. Cette unicité n'empêche pas l'existence d'une part de deux sections (fonctionnement, investissement), et d'autre part d'un budget général ou « principal » et de plusieurs « budgets annexes ».

2.3 Droit du malade et circuit suivi par le malade dans service de santé

2.3.1 Droit du malade

Il s'agit particulièrement des droits à l'accès aux soins, à l'information, au secret et à l'indemnisation des risques sanitaires. Selon EVIN (2002 : 12) il s'agit de « Pouvoir bénéficier des soins que son état de santé nécessite est la première condition du droit à la santé ».

Par ailleurs les services de santé ont pour obligation d'évaluer le niveau de satisfaction des malades en termes de conditions d'accueil et de séjour.

Notons par ailleurs que la notion d'évaluation de la qualité de la prise en charge des patients qui devient l'un des objectifs principal des établissements de santé.

2.3.2 Circuit suivi par le malade dans un service de santé

Selon le site internet de L'hôpital du Gier ² le circuit suivi par le patient est constitué de l'accueil administratif, l'infirmier organisateur de l'accueil, l'examen médical, Hospitalisation, Paiement (la facturation), Sortie du service des soins.

➤ Accueil administratif :

Il s'agit dans cette étape de constituer un dossier administratif afin d'identifier le patient. Cette étape est indispensable pour sa prise en charge. Elle est réalisée à partir de certaines

² L'hôpital du Gier (consulté le 09/09/2015), *le circuit du patient*, <http://www.hopitaldugier.fr/circuit-du-patient-2.html>

informations récoltées sur le patient pas le biais de la carte d'identité, du passeport, ou encore du permis de conduire. Certaines informations complémentaires seront demandées au patient telle que les coordonnées d'une personne référente à contacter en cas d'urgence.

➤ **l'infirmier organisateur de l'accueil**

La prise en charge du patient ne s'organise pas en fonction de leur ordre d'arrivée au Service d'accueil mais plus tôt en fonction de la gravité de leur état de santé.

L'infirmier organisateur de l'accueil a pour mission d'évaluer le degré d'urgence de l'état de santé du patient afin d'effectuer au besoin les premiers soins et l'orientera vers une salle d'examen ou vers la salle d'attente appropriée à son état de santé.

➤ **l'examen médical**

Il s'agit d'évaluer l'état de santé du patient dans une salle d'examen. Une fois examiné, le patient est conduit en salle d'attente afin de patienter.

Pourquoi faut-il attendre ?

L'attente dépend de :

- la fréquentation du service ;
- de la gravité de la pathologie des autres patients ;
- de l'obtention des résultats d'éventuels examens complémentaires ;
- des disponibilités en lits d'hospitalisation.

Elle représente une phase nécessaire du parcours de soins. Tout est donc mis en œuvre par l'équipe soignante pour la réduire au minimum.

➤ **Hospitalisation :**

Hospitalisation intervient d'une part lorsque l'état de santé du patient ne nécessite pas le retour à domicile et d'autre part lorsque des examens complémentaires sont indispensables et ne peuvent être réalisables dans l'immédiat.

➤ **Paiement (la facturation):**

Comme à l'entrée du patient le paiement se fait à l'accueil administratif. Le patient s'y rend afin de s'acquitter du montant de sa prise en charge. Ce paiement clôturera le dossier administratif de son passage dans le service de santé.

➤ **Sortie du service des soins (Retour à domicile) :**

A la suite des étapes précitées le soignant constate qu'à la suite des examens réalisés, le patient ne nécessite pas une hospitalisation. Avant la sortie du patient du service de santé, le médecin lui laissera les consignes nécessaires à sa prise en charge et lui remettra un courrier à l'attention de son médecin traitant.

2.4 Différents risques à l'hôpital

Défini comme la probabilité de survenance d'un événement indésirable causant un préjudice au patient, au soignant et à l'organisation, le risque est un phénomène qui enfreint l'évolution de l'hôpital. Selon GOGUEY (1999), Il existe deux types de risques dans les établissements de santé à savoir :

- les risques "réglementés" : il s'agit des risques liés à l'incendie, la construction, l'anesthésie, l'utilisation des produits sanguins labiles, le risque infectieux, le risque médicamenteux, les risques liés aux dispositifs médicaux, etc...
- les risques "non réglementés" : il s'agit de l'oubli, la maladresse, la qualification incertaine, l'erreur, l'accident (chute), le recopiage, la transcription verbale, la malveillance, non encadrement des juniors, non relecture des clichés radiographiques, l'absence de protocole, les procédures non respectées, le défaut de consentement, le mauvais suivi, la charge de travail, les médicaments périmés, la mauvaise signalisation des urgences, etc...

Ainsi, afin d'appréhender le risque dans sa globalité il convient de ressortir, à partir des tableaux de risque (tableau n° 3 et tableau n° 4), l'ensemble des risques liés à l'organisation et à l'acte professionnel dans les services de santé.

Tableau 3 : Cartographie des risques liée à l'organisation dans un hôpital

ORGANISATION					
Organisation du travail	Coordination des activités / des circuits	Système d'information	Non-respect des réglementations spécifiques	Hôtellerie	Logistique
<ul style="list-style-type: none"> • Absence de transmission • Mauvaise planification des tâches <ul style="list-style-type: none"> • Surcharge de travail • Report d'examens • Inadaptation à l'emploi <ul style="list-style-type: none"> • Préjudice aux malades • Mauvaise planification des ressources <ul style="list-style-type: none"> • Indisponibilité du personnel • Surcharge de travail • Insuffisance de surveillance • Indisponibilité du médecin • Insatisfaction du personnel. 	<ul style="list-style-type: none"> • Désorganisation du brancardage <ul style="list-style-type: none"> • Attente • Erreur de malade • Désorganisation du bloc opératoire <ul style="list-style-type: none"> • Attente • Erreur de malade • Report d'hospitalisation • Désorganisation du transport des échantillons biologiques <ul style="list-style-type: none"> • Attente / retard • Défaut de coordination inter-service dans 	<ul style="list-style-type: none"> • Nonaccès au dossier patient • Perte de la traçabilité • Perturbation de l'activité • Défaut de confidentialité du réseau • Insuffisance de communication • Nonaccès aux données médicales • Défaut d'archivage • Perte de dossier • Piratage 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque liés aux soins <ul style="list-style-type: none"> • Déchets <ul style="list-style-type: none"> ○ Risque de radioactivité ○ Risque de contamination • Sécurité anesthésique <ul style="list-style-type: none"> ○ Absence de consultation ○ Accident post-interventionnel • Stérilisation <ul style="list-style-type: none"> ○ Contamination KJ • Lutte contre les infections nosocomiales • Vigilances • Hygiène • Risques liés aux activités techniques <ul style="list-style-type: none"> • Traitement des fluides et des effluents • Sécurité incendie 	<ul style="list-style-type: none"> • Dénutrition • Intoxication alimentaire • Rupture de la chaîne du froid • Non-respect de la préconisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Transport <ul style="list-style-type: none"> • Inadaptation du transport • Rupture de la chaîne du froid • Maintenance <ul style="list-style-type: none"> • Panne • indisponibilité • Non-respect des procédures • Risque de contamination des appareils de filtration de l'air

	<p>l'urgence</p> <ul style="list-style-type: none"> • Décès patient • Défaut de gestion des stocks • rupture • Non-sécurisation des travaux • Non-respect de la procédure en cas de décès • Insatisfaction des patients 		<ul style="list-style-type: none"> ○ incendie • électricité 		
--	---	--	---	--	--

Source : **POULLAIN Isabelle et LESPY Frédéric (2002), *Gestion des risques : Guide pratique à l'usage des cadres de santé*, Editions Lamarre, paris, page 39**

Tableau 4 : Cartographie des risques liée à l'acte professionnel dans un hôpital

ACTE PROFESSIONNEL								
Accueil	Modalités d'admission	Diagnostic	Prescription	Geste thérapeutique	Non-respect des procédures, protocole, règles de l'art et bonne pratique	Soins et vigilances globales vis-à-vis du patient	Sortie / Suivi	Risques professionnels (accident, maladie)
<ul style="list-style-type: none"> • Défaut d'orientation • Patient ou famille perdu • Absence de correspondant téléphonique • Défaut d'identification du personnel soignant 	<ul style="list-style-type: none"> • Non-respect règles d'admission • Internement abusif 	<ul style="list-style-type: none"> • Délais • Absence de diagnostic • Malformation congénitale • Décès suite à une grossesse extra-utérine • Diagnostic erroné • Suicide • Non-dépistage d'une malformation • Erreur 	<ul style="list-style-type: none"> • Risque thérapeutique • Choc anaphylactique • Risque anesthésique • Risque toxique • Risque de prescription erronée • Suicide • Intervention chirurgicale inappropriée • Thérapeutique non appropriée 	<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte corporelle • Brûlure • Complication intra-articulaire • Complication de chirurgie esthétique • Complication endoscopique • Cécité • Paralysie • Bris de dents • Inefficacité du geste • Intervention 	<ul style="list-style-type: none"> • Accident corporelle • pneumothorax • Accident transfusionnel • Risque immunohémodolytique • Accident anesthésique • Infections nosocomiales • Violation de la charte du patient • Violation du 	<ul style="list-style-type: none"> • atteinte corporelle et/ou psychologique • escarre • Pneumothorax • Maltraitance • Chute • Hémorragie cataclysmique • Abscès intra-musculaire • Accident positionnel • Non-respect du régime alimentaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Retour à domicile non organisé • Absence d'information aux correspondants extérieurs • Non-planification du suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Atteinte corporelle • Intoxication par inhalation réitérée • Risque ionisant • Insuffisance veineuse • Lombalgie • Allergies / eczéma / dermatose • Complication post-vaccinale • Réaction toxique

		d'interprétation radiologique		<p>chirurgicale inappropriée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infections nosocomiales • panophtalmie 	<p>secret médical</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescription orale • Glissement des tâches 	<ul style="list-style-type: none"> • Fugues • Suicide • Défenestration • Infection nosocomiale 		<ul style="list-style-type: none"> • Brûlure rétinienne • Conjonctivite • Accident lié à l'exposition du sang • Accident de trajet • Atteinte psychologique ➤ Suicide ➤ « usure professionnelle » ➤ Epuisement lié au travail de nuit ➤ Trouble du rythme biologique ➤ Absentéisme ➤ Stress
--	--	-------------------------------	--	--	---	--	--	--

Source : POUILLAIN et al (2002).

Conclusion du chapitre 2 :

Au travers de ce chapitre il ressort que la gestion des services de santé a subi plusieurs mutations jusqu'au point d'arriver à une gestion qu'on pourrait qualifier d'une gestion axée sur les résultats. Aussi nous avons identifié les objectifs de la gestion hospitalière qui se résume en une gestion collégiale et participative de l'hôpital. Enfin, mettre en exergue le circuit suivi par le patient dans l'hôpital nous donne une vision sur les différents services que le patient maille dans son séjour dans l'hôpital. Cependant cette nouvelle orientation ne peut être totale sans une identification et maîtrise de risque qui pourrait empêcher l'atteinte des résultats.

Une certaine méthodologie devra être appliquée dans la partie pratique. Le prochain chapitre sera ainsi consacré à cette méthodologie.

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Ce chapitre consacré à la méthodologie de recherche, vise à mettre en place un cadre conceptuel qui nous permettra de mettre en pratique notre démarche théorique pour la conception d'un système de gestion des risques opérationnels. Il sera principalement porté sur la modélisation de notre modèle d'analyse et la représentation des outils utilisés.

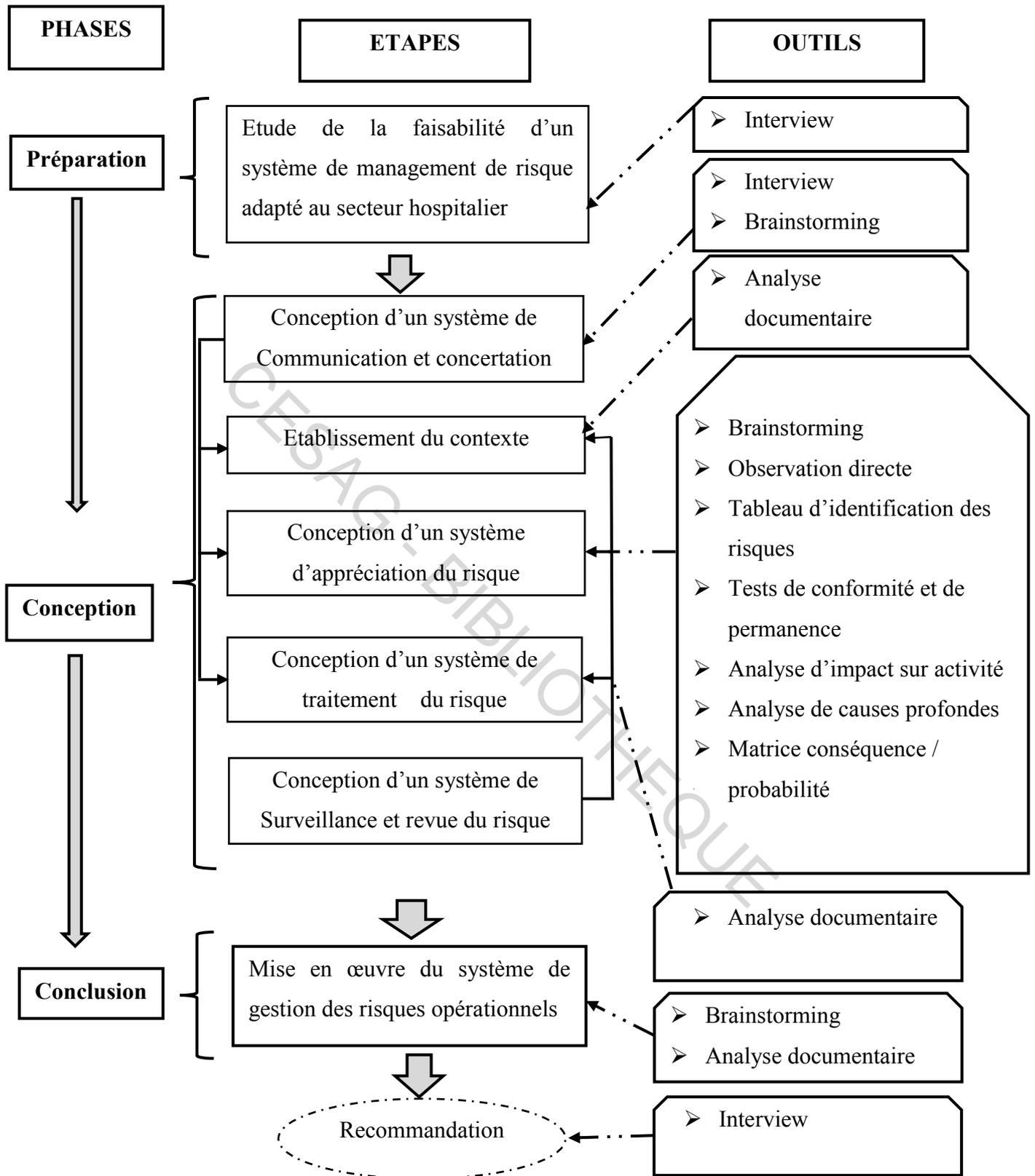
3.1 Modèle d'analyse

Dans le souci de réussir la conception du système de gestion de risque opérationnel du Centre Hospitalier National des Enfants d'Albert Royer (C.H.N.E.A.R.), nous avons découpé le travail à faire en phases et étapes en y associant des outils correspondants. Les outils et techniques retenus pour notre conception sont les suivantes :

- l'interview ;
- brainstorming ;
- l'analyse documentaire ;
- l'observation physique directe ;
- le tableau d'identification des risques ;
- tests de conformité et de permanence ;
- analyse d'impact sur activité ;
- analyse de causes profondes ;
- matrice conséquence / probabilité.

Le modèle d'analyse est représenté dans la figure n° 6 ci-après :

Figure 6 : Modèle D'analyse



Source : Nous même

3.2 Description des outils de collecte et d'étude des données

Afin de mener à bien notre étude sur la conception d'un système de gestion des risques opérationnels, nous avons utilisé des outils nécessaires pour la collecte des données.

Les outils utilisés sont les suivants : l'interview, brainstorming, l'analyse documentaire, l'observation physique directe, le tableau d'identification des risques, les tests de conformité et de permanence, analyse d'impact sur activité, analyse des causes profondes, matrice conséquence / probabilité.

3.2.1 L'interview

L'interview permet de collecter des données afin de les analyser. Ces différentes données recueillies nous permettront d'avoir une connaissance des procédures pratiques du travail. Pour SCHICK (2010 : 195), « l'interview permet à l'auditeur d'appréhender les différents processus de l'organisation en posant les questions aux personnes impliquées dans le domaine audité. Il peut aussi recueillir de l'information afin de comprendre, pour chaque opération réalisée : les objectifs poursuivis, la nature des tâches exécutées, les documents utilisés, les difficultés rencontrées et ainsi identifier les risques potentiels ». Dans le cadre de notre étude, nous allons orienter nos interviews vers le responsable de l'Audit Interne et le Chef de Service Accueil et Orientation du C.H.N.E.A.R (voir annexe 3 page 103 et annexe 4 page 104). Ces interviews nous ont permis de comprendre le circuit du patient au C.H.N.E.A.R, les différentes étapes de la prise en charge du patient et les différentes procédures mise en place au sein de l'hôpital en matière de management des risques.

L'interview que nous allons mener comprend trois phases à savoir : la préparation, l'administration et la synthèse des questionnaires.

- **La préparation de l'interview** : elle a permis d'élaborer des questionnaires et à désigner des acteurs concernés par l'interview à administrer.
- **L'administration des questions** : les questionnaires ont été administrés oralement sous forme de questions fermées ou ouvertes. Les réponses fournies ont été notées et analysées dans la phase de synthèse.

- **La synthèse des questionnaires** : elle a consisté en une mise en commun des réponses obtenues lors de l'interview afin d'en faire le traitement d'en retenir les plus pertinentes pour notre étude.

3.2.2 Brainstorming

Le brainstorming est une technique qui facilite la production d'idées d'un individu ou d'un groupe. Selon PEETERS (2009 : 58) « le brainstorming est une technique de créativité et de récolte d'idée il ne s'applique pas lorsqu'une procédure conduisant aux solutions est connue.

Le brainstorming se déroule habituellement en trois phases :

- un premier temps d'analyse et de préparation des participants, du local et de la question qui fera l'objet du travail ;
- un deuxième temps qui est l'activité de production d'idée en commun, nécessairement menée par un animateur ;
- le temps final de dépouillement, de classement et de sélection des idées, (réalisé ou non dans le groupe de travail initial) ».

Ainsi Il permet de mettre en commun plusieurs idées dans le minimum de temps en vue de sortir des points clés en fonction des orientations de la discussion. Le brainstorming peut être utilisé dans le cadre :

- de l'évaluation des risques ;
- des techniques stimulant l'imagination à toutes les étapes du processus de gestion des risques ;
- des discussions dans lesquelles les problèmes sont identifiés ;
- d'un examen plus détaillé ou d'un niveau approfondi lié à des problèmes particuliers.

Dans le cadre de notre étude, le brainstorming s'est déroulé entre le chargé de l'audit interne, le Chef de Service Accueil et Orientation, l'Agent comptable et le chef service administratif financier. Il nous permet non seulement d'établir un plan de communication et de concertation efficace adapté aux réalités de l'hôpital, mais aussi dans le processus d'identification de risque.

3.2.3 L'analyse documentaire

L'analyse documentaire consiste à la consultation de documents internes et externes à l'entité. Elle a pour but de donner une connaissance générale de l'entité. Selon AHOUANGANSI (2010 : 390) « l'auditeur se fait communiquer un certain nombre de documents en vue de l'appréciation des risques ».

Dans le cadre de notre étude, nous avons eu à consulter les documents suivants :

- le manuel de procédures
- l'organigramme de l'hôpital
- les textes relatifs à la réforme hospitalière et à la charte du malade
- rapport d'audit (2013)
- rapport d'audit (2014)
- tableau d'identification des risques 2014 qui est un document interne au C.H.N.E.A.R.

Ces différents documents nous ont permis d'approfondir nos connaissances sur l'hôpital et de leur mode de gestion. Ils nous ont également permis de maîtriser le circuit suivi par le patient depuis son entrée à l'hôpital jusqu'à sa sortie.

3.2.4 L'observation physique directe

Elle consiste à vérifier l'existence physique du matériel dans une entité. L'observation ne peut se faire à l'insu des opérationnels selon RENARD (2009 : 352) « Au cours de ces observations l'auditeur ne sera ni un guetteur ni un espion. Les acteurs sont au courant de son observation : si elle est attentive, il décèlera aisément les insuffisances ou les dysfonctionnements ». L'observation directe a donc été un outil déterminant dans la compréhension et l'analyse des différentes tâches exécutées par l'opérationnel.

Dans le cadre de notre étude cette observation a pu s'effectuer à partir d'un séjour de deux semaines que nous avons effectué dans le service suivant : service social, agence comptable, service administratifs et financiers, pharmacie. En effet ce séjour nous a permis non seulement de confirmer la mise en œuvre de certaines procédures internes et/ou externes à l'hôpital mais aussi de relever certains dysfonctionnements pouvant permettre à mieux parfaire notre système de gestion des risques opérationnels en conception.

3.2.5 Le tableau d'identification des risques

Ce tableau (voir tableau n°8 page73) nous a permis de recenser les risques liés au circuit suivi par le patient dans l'hôpital. Nous avons à cet effet associé à chaque tâche, les risques les plus significatifs susceptibles de se réaliser.

3.2.6 Tests de conformité et de permanence

Ce test (voir tableau n°9 page 75) a pour objectif de mettre en évidence les manquements, les erreurs ou les limites de programme ou de ce processus. Autrement dit, il s'agit de s'assurer que les opérations s'effectuent conformément à la procédure décrite et de s'assurer également qu'elles le sont de manière pertinente.

3.2.7 Analyse d'impact sur activité

L'analyse d'impact sur l'activité, nous a permis d'analyser la manière dont les principaux risques pourraient avoir un impact sur l'activité de l'organisation. Selon l'ISO 31010 (2009 :136) « De manière spécifique, l'AIA propose une compréhension convenue de:

- l'identification et le caractère critique des processus métier-clés, des fonctions et des ressources associées et les principales interdépendances qui existent au sein d'une organisation;
- l'impact d'un sinistre sur la capacité et la possibilité d'atteindre des objectifs commerciaux essentiels;
- la capacité et les aptitudes nécessaires pour gérer l'impact d'un sinistre et aider l'organisation à retrouver des volumes d'opérations acceptables. »

Dans le cadre de notre étude l'analyse d'impact sur activité (voir tableau n°10 page 76) nous a permis d'apprécier les conséquences des risques sur les activités de l'hôpital en vue de faire une bonne évaluation du contrôle interne qui, par la suite, nous a permis de mieux évaluer la probabilité d'occurrence et l'impact du risque.

3.2.8 Analyse des causes profondes

Cette analyse consiste à identifier l'origine des risques car pour un traitement efficace des risques, il est opportun de comprendre leur cause. Le plus souvent, l'analyse des causes

profondes s'applique à l'évaluation d'une perte majeure, mais peut également être utilisée pour analyser les pertes d'un point de vue plus global afin de déterminer à quel niveau les améliorations peuvent être apportées. Comme l'analyse d'impact sur activité, l'analyse des causes profondes nous a permis de mieux évaluer le système de contrôle interne mis en place par l'audit interne dans le cadre de la gestion des risques opérationnels.

3.2.9 Matrice conséquence / probabilité

Encore appelé matrice de criticité, la matrice conséquence / probabilité (voir figure n°8 page 79) consiste à cartographier sur un repère l'ensemble des risques identifiés et évalués. Cette matrice nous a donné une vision assez claire et précise sur la nature des risques identifiés. Notons que cette matrice nous a permis de prioriser les risques en fonction des modes de traitement existants.

Conclusion du chapitre 3 :

Ce chapitre nous a permis non seulement de tracer le cadre méthodologique mais aussi d'élaborer le modèle d'analyse, tout en mettant en exergue les outils et techniques à utiliser dans notre étude.

Ainsi, il nous servira de fil conducteur pour la conception du système de gestion des risques au sein du Centre Hospitalier National des Enfants d'Albert Royer (C.H.N.E.A.R.)

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CONCLUSION DE LA PREMIERE PARTIE :

A travers la revue de littérature, nous avons fait une synthèse qui nous a permis d'appréhender la gestion des risques dans le système hospitalier.

Cette première partie avait d'abord pour objectif de comprendre et de maîtriser tous les contours de la gestion des risques opérationnels, en faisant ressortir le processus de gestion des risques opérationnels et ensuite de développer le mode de gestion des services de santé afin de mieux cerner le système hospitalier. En somme ces deux approches ont donné un aperçu quant à l'implémentation d'un système de gestion des risques dans le milieu de santé.

Nous avons enfin mis en exergue la méthode de collecte de données utilisées pour nous permettre de recueillir les informations qui nous aideront à concevoir un système de gestion des risques opérationnels.

**DEUXIEME PARTIE : CADRE
PRATIQUE**

Cette partie est consacrée de manière pratique à la conception d'un système de gestion de risque adapté au C.H.N.E.A.R.

En effet l'application de la loi sur la réforme hospitalière de 1998 amène les services de santé à faire un équilibre entre les dépenses et les recettes. Ce faisant elle permet à la gestion des services de santé d'avoir une approche par les risques afin de satisfaire le patient et atteindre les objectifs de l'hôpital.

Nous présenterons d'abord le C.H.N.E.A.R. et ensuite son système actuel de gestion des risques opérationnels.

Conformément au modèle théorique, nous allons concevoir le système de gestion des risques opérationnels adéquat au C.H.N.E.A.R.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 4 : Présentation du C.H.N.E.A.R.

Les états africains bénéficient de l'évolution des services de santé des pays du nord. Créé par l'agence ne pour le Développement international sur l'initiative d'un pédiatre, L'hôpital d'Enfants Albert Royer est devenu opérationnel en 1982.

Dans le cadre de système d'appuis traditionnels, le Canada avait entièrement en charge le fonctionnement de l'hôpital par la mise en disposition des bâtiments, des équipements et des compétences. Ce projet est une collaboration arrivée à terme en 1996 avec le désengagement du Canada et une reprise par l'Etat sénégalais.

La réforme hospitalière de 1998 (la loi n°98-12) consacre certains hôpitaux sénégalais, dont l'hôpital d'Enfants Albert Royer, en établissements publics de santé.

Dans le cadre de la présentation du C.H.N.E.A.R., nous allons nous appesantir sur sa situation et son historique, sa mission, les prestations offertes, son organisation administrative et son fonctionnement, ses ressources humaines et sa structure organisationnelle.

4.1 Historique du C.H.N.E.A.R.

L'Hôpital d'Enfants Albert ROYER est né d'un Protocole d'entente signé le 18 février 1977, entre l'Etat du Sénégal et le Canada. Il a été officiellement inauguré le 22 mai 1981 et mis en service en 1982 avec le concours du Fonds canadien. La structure porte le nom d'un Médecin pédiatre.

En 1996, l'Hôpital fut entièrement repris par l'Etat du Sénégal et plus tard, à la faveur de la réforme hospitalière de 1998, il devient un établissement public de santé de niveau national dénommé Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer, créé par décret n°99-854 du 27 août 1999, en application de l'article 20 de la loi n° 98-12 du 2 mars 1998, relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des établissements publics de santé.

4.2 Mission du C.H.N.E.A.R.

Le C.H.N.E.A.R. est un service public hospitalier, à ce titre il a pour missions, de façon générale, toutes celles contenues dans la loi 98-08 du 2 mars 1998 portant Réforme hospitalière, notamment en ses articles 1, 8 et 9. Il est spécialisé dans la prise en charge

médicale des enfants âgés de zéro (0) à quinze (15) ans. Il a pour mission d'offrir des services de santé aux patients.

Au-delà de sa vocation de structure de soins, l'hôpital est un centre de formation pour les étudiants en médecine et pharmacie mais aussi, un cadre de recherche sur les maladies de l'enfant.

4.3 Prestations offertes

Le C.H.N.E.A.R. a en son sein :

- le bloc administratif
- la clinique externe où sont assurés quotidiennement les consultations pédiatriques, les consultations ophtalmologiques et dentaires et les premiers soins aux malades admis en urgence.
- le pavillon des soins d'urgence ou pavillon K ;
- le pavillon d'hospitalisation des grands enfants ou pavillon O ;
- le pavillon d'hospitalisation des nourrissons ou pavillon M ;
- le pavillon d'hospitalisation des nouveau-nés ou pavillon N ;
- une unité de radiologie ;
- un bloc pour le laboratoire ;
- une unité qui sert de pharmacie ;
- une salle de cours et une salle de réunion ;
- une salle de garde pour les médecins ;
- un pavillon dit pavillon des mères qui abrite des services de maintenance, la cuisine et le foyer.

4.4 Organisation administrative et fonctionnement du C.H.N.E.A.R.

Le Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer est administré par un Conseil d'administration, géré par un Directeur et comprend deux organes consultatifs : la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et le Comité Technique d'Etablissement (CTE).

L'organisation et le fonctionnement de l'établissement sont contenus dans la loi 98-12 du 02 mars 1998 relative à la création, à l'organisation et au fonctionnement des Etablissements

Publics de Santé et dans le décret 98-701 du 26 août 1998 portant sur l'organisation administrative et financière des établissements publics de santé hospitaliers.

➤ **De la tutelle de l'établissement**

Comme tous les établissements publics de santé, le C.H.N.E.A.R. est placé sous la tutelle financière du Ministre chargé des Finances et sous la tutelle technique du Ministre chargé de la Santé (art.14 de la loi 98-12).

➤ **Secteurs d'activités de l'établissement**

L'hôpital comprend deux grands secteurs d'activités :

- Les activités cliniques avec les services de médecine, de chirurgie et kinésithérapie, de pharmacie, de laboratoire et de radiologie, de Stomatologie, d'Ophtalmologie, d'ORL ;
- les secteurs administratives et techniques avec le Service administratif et financier, le Service de l'Agence comptable particulière, le Service du Contrôle de Gestion, le Service de l'Audit interne, la Cellule de Passation des marchés, le Service des Soins infirmiers, le Service social, le Service des Ressources Humaines, le Service technique de la Maintenance, le Service des archives et de la documentation, la Cellule hygiène et sécurité.

4.5 Ressources Humaines

Le C.H.N.E.A.R. compte 237 agents parmi lesquels on relève :

- 29 universitaires ;
- 123 agents relevant de l'Etat ;
- 85 agents contractuels ;

La répartition du personnel par catégorie socio-professionnelle est la suivante :

Tableau 5: Répartition du personnel du C.H.N.E.A.R

	Effectifs		Total
	Masculin	Féminin	
Cadres Supérieurs	31	30	61
Techniciens supérieur et cadres moyens	23	47	70
Techniciens, Agents de maîtrise et ouvriers qualifiés	23	51	74
Employés, Manœuvre, Ouvriers, Apprentis	23	9	32
Total	100	137	237

Source : Service des Ressources Humaines du C.H.N.E.A.R (2015)

4.6 Structure Organisationnelle du centre hospitalier national d'enfants Albert Royer

Dans le sillon de la réforme, le C.H.N.E.A.R. est placé désormais sous la double tutelle du ministère des finances et de celle chargée de la santé et de la prévention médicale. Par décret n°98-702 portant organisation administrative et financier des établissements publics de santé, le C.H.N.E.A.R. à l'instar des autres EPS comporte au sommet un conseil d'administration qui est un organe délibératif et deux organes consultatifs que sont la commission médicale d'établissement et le comité technique d'établissement :

- Le conseil d'administration définit les grandes orientations de la politique de l'établissement, veille au bon respect du règlement en vigueur et adopte le budget ;
- La commission médicale d'établissement statue sur les questions touchant les aspects médicaux et médico-techniques et est consultée régulièrement sur le fonctionnement de l'hôpital ;
- Le comité technique d'établissement est une instance consultative où sont représentées toutes les catégories socioprofessionnelles avec à sa tête le directeur.

Au niveau organisationnel (voir annexe 1 page 101), le Directeur est assisté dans l'exercice de ses missions :

- du contrôleur de gestion, de l'auditeur interne, du responsable des activités sociales, du responsable de la médecine du travail, du responsable de l'hygiène et de la sécurité et du responsable chargé du suivi du projet d'établissement ;

- des services médico-techniques que sont le laboratoire et la radiologie qui participent à l'exploitation et au diagnostic médical ;
- des services médicaux offrant des prestations de soins et sont regroupés au tour des unités d'hospitalisation, la clinique externe qui s'occupe de la consultation à l'externe, la clinique ophtalmologique, dermatologique et stomatologiste ;
- de la pharmacie hospitalière et le service des soins infirmiers qui est un relais, un service de soutien à l'activité médicale ;
- des services administratifs constitués du Service Administratif et Financier et de l'Agence Comptable Particulière.

Conclusion du chapitre 4 :

Au terme de ce chapitre nous remarquons que le C.H.N.E.A.R. est un établissement de santé de niveau 3 car il a une vocation qui s'étend sur l'ensemble du territoire national, liée à sa haute spécialisation en médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie. Elle a donc en son sein toutes les exigences prescrites par la réforme hospitalière. En outre il est opportun de souligner que certaines actions restent à mener dans une optique d'amélioration continue afin d'atteindre les objectifs fixés.

Le chapitre suivant porte sur la gestion des risques opérationnels au C.H.N.E.A.R.

Chapitre 5 : Description du circuit du patient C.H.N.E.A.R. et du mode de gestion du risque opérationnel lié à ce circuit

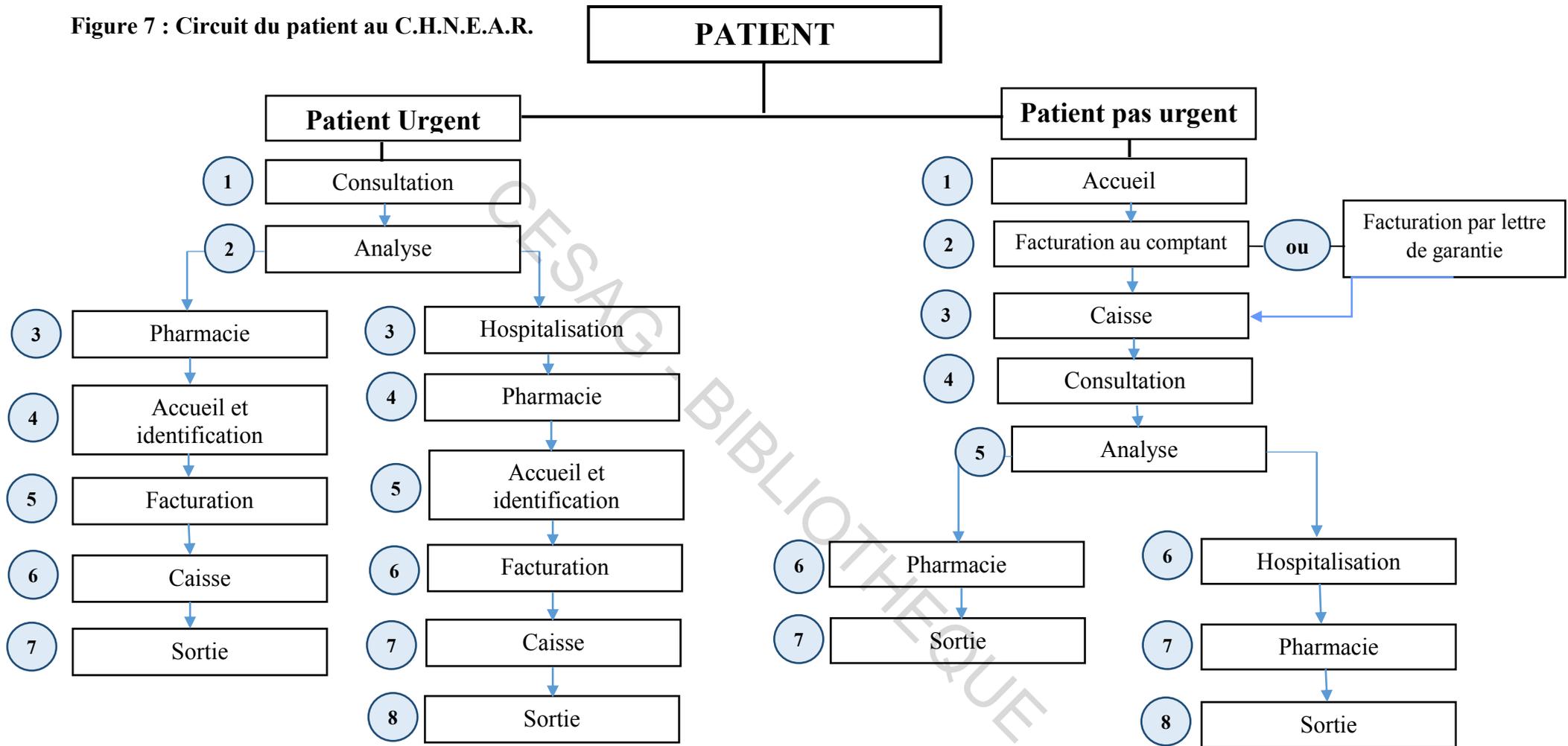
La description du circuit du patient C.H.N.E.A.R. et du mode de gestion du risque opérationnel lié à ce circuit est une étape importante pour la conception d'un système de gestion des risques opérationnels. Elle permet une prise de connaissance de l'existant de l'entité en vue de mieux intégrer les différentes phases de la gestion des risques opérationnels.

Le présent chapitre traitera des questions du circuit du patient et du processus de gestion des risques au C.H.N.E.A.R.

5.1 Circuit du patient au C.H.N.E.A.R.

Le circuit du patient au C.H.N.E.A.R. est relatif au trajet que suit le patient à l'hôpital dans le souci de bénéficier à des soins de qualité. Notons que le circuit change selon l'état de santé du patient (selon l'urgence). Ce circuit est décrit dans la figure n° 7 ci-après.

Figure 7 : Circuit du patient au C.H.N.E.A.R.



Source : nous-même à partir de l'entretien avec le chef service accueil et orientation du C.H.N.E.A.R.

5.1.1 L'accueil et l'orientation du patient

A l'arrivée, le patient passe impérativement par le service de l'accueil et de l'orientation qui travaille en collaboration avec la clinique externe (gère la consultation générale). La consultation est organisée par poste de consultation (en 6 à 7 postes de consultation par jour).

En effet des numéros d'ordre de couleur bleu allant de 0 à 150 sont attribués à chaque patient par l'agent d'accueil car la principale mission de ce dernier est la gestion de la file d'attente. Il existe deux numéros d'ordre de couleur rouge mais ceux-ci sont attribués au patient par l'infirmier de la clinique externe suivant le degré d'urgence du patient après évaluation.

L'agent d'accueil procède également, avant orientation, à l'enregistrement du patient à partir de la fiche du rendez-vous ou de la fiche de liaison du malade (voir Annexe n° 2, page 102).

Après l'enregistrement le patient est orienté vers la clinique externe pour la prise de constante (le poids et la température). Puis réorienté vers les points d'encaissement (la facturation et ensuite la caisse) et c'est à partir de cet instant que l'agent d'accueil fait le tri auprès des médecins dans le but de donner à chaque médecin 15 patients.

Il est opportun de souligner que le circuit au niveau de l'accueil est différent pour le patient qui vient en urgence. Dans ce cas il est acheminé directement vers les postes de consultation pour une prise en charge avant de les enregistrer.

5.1.2 La prise en charge du patient par l'assistance social du C.H.N.E.A.R.

Lorsque l'incapacité d'un patient à s'acquitter des frais de soin est prouvé à la suite d'un entretien mené par l'agent d'accueil et d'orientation, ledit patient est déclaré cas social.

Le service social reçoit le patient déclaré comme cas social avant sa consultation afin de l'aider à se faire consulter. A la suite de cette aide si le patient se trouve toujours dans l'incapacité de continuer le traitement faute de moyen financier, une enquête est ouverte afin d'identifier les problèmes sociaux qui pourraient empêcher ce dernier à de s'acquitter des frais de soin.

Lorsque le patient est déclaré comme cas social, un dossier social est ouvert par l'assistante sociale pour recueillir toutes les informations qui lui sont nécessaires en vue d'une meilleure prise en charge.

5.1.3 La facturation du patient

Il existe au C.H.N.E.A.R. deux types de facturation à savoir la facturation comptant et la facturation à terme. Cette étape précède l'encaissement.

- **La facturation comptant** : la facturation comptant consiste à codifier le patient en lui faisant l'état de ce qu'il devra verser au comptant à la caisse de l'hôpital. Cette facturation se fait par l'agent du Bureau de Facturation à partir d'un logiciel appelé "HOSPITALIA", qui permet de faciliter la facturation et l'encaissement des frais relatifs aux soins du patient. Les informations entrées dans le logiciel génèrent automatiquement la facture qui transférées au caissier pour validation et l'encaissement.
- **La facturation à terme** : il s'agit ici de la facturation de patient ayant des imputations (lettre de garantie) ou pris en charge par une compagnie d'assurance dans ce cas la facturation est faite de telle sorte que le patient paie la côte part qui lui incombe. Précisons à ce niveau que la facture est générée en deux exemplaires dont un exemplaire remis au patient pour qu'il puisse s'acquitter au comptant de sa côte part et le second servira à l'agent du Bureau de Facturation à faire un état chaque fin de mois afin de permettre à l'Agence Comptable particulier de procéder au recouvrement du montant du par les bailleurs de la prise en charge.

5.1.4 La prise en charge des malades internes

La prise en charge des malades internes est gérée par le bureau des entrées du C.H.N.E.A.R.

Ce bureau est en charge de l'ensemble des procédures effectuées par le patient avant de l'hospitaliser et de mettre à jour le registre d'hospitalisation.

A l'issue de la consultation, si le médecin juge que le malade doit être interné, il envoie une fiche d'information au bureau des entrées qui atteste que le malade doit être hospitalisé afin que ceux-ci puissent entamer les procédures administrative et financière permettant au patient de rejoindre sa chambre d'hospitalisation. On entend par procédure administrative et

financière la délivrance d'une autorisation d'admission et d'encaissement d'une provision (caution versée par le patient).

A la fin de ses soins, le major du pavillon dans lequel le patient a été interné lui délivre un billet de sortie qui atteste que le patient doit être libéré. Ce billet de sortie sera transmis au bureau d'entrée. A la réception du billet de sortie, le bureau d'entrée vérifie si le patient est en règle avec l'hôpital. Dans ce cas deux hypothèses différentes se dégagent :

- le montant dû par le patient est supérieur à la caution (provision) ;
- le montant dû par le patient est inférieur à la caution (provision).

Dans la première hypothèse le patient devra solder son compte avant que l'agent du Bureau d'Entrée lui délivre la fiche de sortie et dans la seconde hypothèse un dossier de remboursement est établi par l'agent du Bureau d'Entrée pour permettre au patient de rentrer dans ses fonds dans un délai d'une semaine.

Lorsque le patient ne dispose pas dans l'immédiat de moyens financiers pour solder sa facture le bureau des entrées l'oriente vers l'Agence Comptable Particulière pour que ce dernier lui face un moratoire qui lui permettra de solder sa facture sur une période bien défini.

5.1.5 L'encaissement des frais afférents aux soins du patient

L'encaissement des frais afférents au soin du patient se fait à partir du même logiciel utilisé par le bureau de facturation. A ce niveau le caissier encaisse juste le montant qui s'affiche à son écran suite à la validation des données effectuées par la facturation.

5.1.6 L'activité de l'agence comptable particulière

L'activité de l'agence comptable dans le circuit du patient se situe essentiellement dans le remboursement du patient et dans l'établissement d'un moratoire pour un patient interne (hospitalisé) qui se trouve dans l'incapacité de solder les frais liés aux soins.

- **Remboursement du patient** : cette situation survient lorsque la caution versée par le patient au bureau d'entrée (à l'hospitalisation) n'a pas été épuisée, il y a donc au niveau de compte de l'hôpital un trop perçu. Ce remboursement se fait dès réception du dossier du paiement transmis par l'agent Bureau des Entrées à l'Assistant de

l'Agent comptable particulier et sur présentation d'un reçu de remboursement établi par le bureau des entrées et la pièce d'identité de la personne présente pour l'encaissement du montant à rembourser.

- **L'établissement d'un moratoire pour un patient interne (hospitalisé) qui se trouve dans l'incapacité de solder les frais liés aux soins :** cette situation survient lorsque la caution versée par le patient au Bureau d'Entrée est insuffisante pour couvrir les frais lié au séjour du patient dans l'hôpital. Dans ce cas le patient est orienté vers l'Agence comptable Particulière où il est emmené à négocier le paiement du solde suivant un moratoire. Le patient rempli ainsi la fiche de moratoire et laisse l'original de sa pièce d'identité à la disposition du service chargé du recouvrement.

5.1.7 La gestion pharmacie du C.H.N.E.A.R.

Les patients ont recourt à la pharmacie en cours de traitement ou dans la plupart du temps avant leurs sortie de l'hôpital.

La pharmacie de vente du C.H.N.E.A.R. fonctionne comme toute pharmacie ; la seule différence c'est que l'encaissement se fait au niveau de la caisse après la facturation du patient.

5.2 Processus de gestion des risques liés au circuit du patient au C.H.N.E.A.R.

La gestion des risques au C.H.N.E.A.R. est réalisée sous forme de surveillance des risques. Cette surveillance est exécutée en deux grandes phases essentielles à savoir : l'identification et le traitement des risques.

5.2.1 L'identification des risques

L'identification des risques au C.H.N.E.A.R. se fait lors d'une mission mené le chargé de l'audit interne sur la base de:

- un questionnaire de contrôle interne ;
- feuille de révélation et d'analyse des risques ;
- une grille de séparation des taches ;
- l'analyse du diagramme de circuit ;
- rapport du commissaire aux comptes ;

- manquements constatés dans l'exécution des procédures ;
- manquements constatés dans les comportements des agents.

Les risques ainsi identifiés sont répertoriés dans un tableau afin de procéder à leur traitement.

5.2.2 Le traitement des risques

En cas de détection de risque le service d'audit interne informe la Direction Générale de l'existence d'évènements qui pourrait non seulement empêcher l'atteinte des objectifs mais aussi être une source d'élaboré de stratégie plus efficace pour la pérennité de l'hôpital. Cette notification est accompagnée d'une proposition de plan d'action. Une mission d'audit sera donc entreprise sous autorisation de la direction en vue de maîtriser les risques identifiés.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Conclusion du chapitre 5 :

A l'issue de ce chapitre qui a nous a permis de décrire l'environnement interne du C.H.N.E.A.R., particulièrement le circuit du patient C.H.N.E.A.R. et le mode de gestion du risque opérationnel lié à ce circuit, nous disposons d'outils nécessaires pour concevoir un système de gestion des risques opérationnels.

La conception de ce système fera l'objet du prochain chapitre.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

Chapitre 6 : Conception du système de gestion des risques opérationnels au C.N.H.E.A.R

Le chapitre précédant consacré à la description du processus existant de la gestion de risque opérationnel nous a montré la nécessité d'une conception d'un système de gestion de risques opérationnels. La conception d'un système de gestion des risques opérationnels approprié au C.H.N.E.A.R. est un moyen permettant d'assurer le suivi des risques pouvant porter atteinte à la pérennité du centre hospitalier.

Ce chapitre sera entièrement consacré à l'élaboration d'un système de gestion de risques opérationnels liés au circuit du patient dans le centre hospitalier. Ce système sera conçu à l'image de celui présenté dans la partie théorique de notre étude. Pour ce faire ce chapitre traitera de la faisabilité de la conception d'un système de management de risque opérationnel adapté au C.H.N.E.A.R, de la conception du système de gestion des risques opérationnels, de la mise en œuvre du système gestion des risques liées à l'accueil et à l'orientation du patient et des recommandations qui pourraient favoriser l'intégration du système dans le centre hospitalier.

6.1 Etude de faisabilité de la conception d'un système de management de risque opérationnel adapté au C.H.N.E.A.R.

Il s'agira de décliner les différents aspects qui encouragent la possibilité d'une conception d'un système de gestion des risques opérationnels au sein du C.H.N.E.A.R.

6.1.1 Mandat et engagement du management pour la conception du système de gestion des risques opérationnels.

Le mandat et l'engagement constituent en quelque sort une implication de la Direction dans le processus de conception du système de gestion des risques.

6.1.1.1 Mandat du management pour la conception du système de gestion des risques opérationnels.

L'intégration du système de management des risques trouve un grand intérêt pour la Direction du C.H.N.E.A.R. dans la mesure où, consciente de la nécessité de la gestion des risques, elle

approuve la politique de gestion des risques basée sur le référentiel ISO 31000 qui lui a été proposé par le chargé de l'audit interne lors d'une rencontre organisée à cet effet.

Pour la Direction du C.H.N.E.A.R, l'atteinte des objectifs stratégiques à travers les objectifs opérationnels et managériaux est fondamentale. Pratiquer une approche de gestion de l'entreprise à travers les risques, c'est opter pour l'assurance la plus raisonnable qui soit d'atteindre les objectifs fixés en maîtrisant les événements pouvant les affecter. C'est alors de tout intérêt que le top management donne le mandat pour la conception d'un processus de gestion des risques opérationnels liés au circuit du patient.

6.1.1.2 Engagement du management pour la conception du système de gestion des risques opérationnels.

La conception du système de gestion des risques mandaté ne peut se faire sans engagement. La Direction, pour la conception d'un système de gestion de risque efficace, s'est engagé à mettre à disposition du département en charge de l'audit interne tous les moyens financiers, techniques et matériels nécessaire à la conception et la mise en œuvre de ce système de gestion des risques.

6.1.2 Existence d'un cadre organisationnel du management de risque

L'efficacité du cadre organisationnel de management des risques constitue un volet essentiel pour le succès du management des risques.

➤ Compréhension de l'organisation et de son contexte

La compréhension du cadre organisationnel et de son contexte passe nécessairement par une évaluation et une compréhension du contexte interne et externe du C.H.N.E.A.R.

D'une part l'évaluation du contexte externe du C.H.N.E.A.R. nous a permis de comprendre entre autre que:

- l'environnement social, culturel, légal et réglementaire du C.H.N.E.A.R. est régi par la loi n° 98-08 du 12 février 1998 portant réforme hospitalière ;

- l'environnement économique et financier du C.H.N.E.A.R. à pour support le Ministère de l'Economie et des Finances pour toutes les questions liées à structure financière et économique de l'hôpital ;
- le C.H.N.E.A.R. inter agit notamment avec le ministère de la santé, le Ministère de l'Economie et des Finances, les compagnies d'assurances, des bailleurs de fonds dans le but de non seulement favoriser le bon fonctionnement du centre mais aussi faciliter l'accès aux soins.

D'autre par l'évaluation du contexte interne à son tour nous a permis de comprendre entre autre que :

- le C.H.N.E.A.R. est organisé et fonctionne comme une entreprise. Le centre regroupe en son sein un Conseil d'Administration, un Directeur, un Comité Technique d'Etablissement et la Commission Médicale d'Etablissement et les Organes Médicaux Spécialisés ;
- les relations entre les acteurs (parties prenantes) internes sont remarquables du faite de leurs bonnes collaborations et la présence d'un département Ressources Humaines qui s'assure entre autre de motivation des acteurs, de la culture de l'entreprise et du respect des valeurs ;
- la bonne circulation de l'information géré par une Cellule Communication est Relation Publique par afin de favoriser la prise de décision.

➤ **Politique de management du risque**

Après le mandat et le fort engagement du top management à implémenter une politique de management des risques au sein du C.H.N.E.A.R., le chargé de l'audit interne pourra bénéficier de toutes ressources nécessaires tant internes qu'externes dans la mise en œuvre de cette politique. Cette politique est en phase avec les objectifs du centre dans la mesure où elle vise à maîtriser les événements susceptible d'impacté la bonne gestion du centre. Elle pourrait donc être mise en œuvre à travers la Commission Technique d'Etablissement et Commission Médicale d'Etablissement.

➤ **Responsabilité**

La structure organisationnel et les point de prise de décision de l'hôpital nous permet de dire qu'il est hiérarchisé avec à l'appui un principe de délégation de pouvoir qui est exploité dans le contexte de management des risques. Cette organisation structurelle nous a permis de comprendre que chaque service est responsable des risques qui pourront survenir lors de l'exécution des tâches.

➤ **Intégration du management des risques au processus organisationnel**

Nous avons constaté un peu plus haut que l'hôpital mettait déjà en œuvre la gestion des risques mais n'avait pas l'approche qu'il fallait pour une gestion efficace des risques opérationnels en vue d'atteindre ses objectifs. Aussi, concernant la politique de management des risques et la responsabilité des acteurs qui font déjà partie intégrante de l'organisation, nous pouvons conclure que de façon globale l'hôpital possède les éléments nécessaire pour l'intégration du management des risques au processus organisationnel.

➤ **Ressources**

D'importantes ressources telles que les ressources financières, humaines, matérielles et techniques sont mobilisées par la direction dans le cadre du management des risques au C.H.N.E.A.R. En cas d'insuffisance de ses ressources, une quote-part du budget sera utilisée pour renforcer la mise en œuvre du système de gestion des risques opérationnels.

➤ **Mécanismes de communication**

La communication se fait avec l'aide d'un service chargé de la communication qui est un organe clé dans la structure organisationnel de l'hôpital.

6.1.3 Mise en œuvre du management des risques

➤ **Mise en œuvre du cadre organisationnel de management du risque**

La mise en œuvre du cadre organisationnel du management du risque se fait par l'auditeur interne à partir d'un calendrier approprié afin d'appliquer la politique et le processus de management des risques aux processus organisationnel.

➤ **Mise en œuvre du processus de management de risque**

La mise en œuvre du management des risques dans tous les services ayant un rapport avec le circuit du patient au sein de l'hôpital.

6.1.4 Surveillance et revue du cadre organisationnel

La surveillance et la revue du cadre organisationnel se fait à partir d'un examen périodique afin de juger si le cadre organisationnel, la politique et le plan de management des risques sont toujours appropriés au vu du contexte interne et externe du C.H.N.E.A.R.

Ainsi le développement de ces différents éléments constitutif le cadre organisationnel du management de risque nous permet de dire qu'il est possible de concevoir un système de management des risques opérationnels adapté au C.H.N.E.A.R.

6.2 Conception du système de gestion des risques opérationnels au C.H.N.E.A.R.

La conception du système de gestion des risques se fera à partir de :

- conception d'un système de communication et de concertation ;
- établissement du contexte ;
- conception d'un système d'appréciation du risque ;
- conception d'un système de traitement du risque ;
- conception d'un système de surveillance et de revue.

6.2.1 Conception d'un système de Communication et de concertation

Le système de communication et de concertation dans le cadre de notre étude est un élément essentiel dans le dispositif de gestion des risques opérationnels dans la mesure où il permettra à l'auditeur interne de:

- maîtriser et constater l'évolution de risques identifiés ;
- être informé sur l'apparition de certains risques non identifiés qui pourront empêcher l'atteinte des objectifs du C.H.N.E.A.R ;
- anticiper sur la survenance de certains risques.

Nous proposons en annexe n°5 (page 106) un plan de communication et un registre de communication en annexe n°6 (page 107) pour gérer toute la communication et la concertation nécessaire tout au long du cycle de vie de la gestion des risques. La communication et de la concertation internes et externes permettront donc au top management de s'assurer que les parties prenantes et les personnes responsables de la mise en œuvre du processus de management du risque comprennent les principes de prise de décisions et les raisons pour lesquelles certaines actions sont nécessaires. Elle se doit d'être global et d'intervenir à toutes les étapes de notre système de gestion des risques opérationnels. La mise en œuvre de ce plan se fera à partir de trois mécanismes à savoir : réunion de staff, réunion de la commission médicale d'établissement, réunion de la commission technique d'établissement et l'élaboration d'une fiche de révélation des anomalies constaté.

- **Réunion de staff** : il s'agit d'une réunion qui regroupe tous les différents chefs. cette rencontre est fait par quinzaine afin d'échanger sur les différentes difficultés rencontrées dans chaque service d'une part et de se concerter sur le niveau d'évolution de la gestion des risques opérationnels.
- **Réunion de la commission médicale d'établissement** : il s'agit d'une réunion qui regroupe tous les médecins de l'hôpital. cette commission mène des réflexions sur l'orientation médicale et les problèmes médicaux rencontrés dans l'exercice de leurs fonctions. cette commission doit se rencontrer au moins une fois par mois.
- **Réunion de la commission technique d'établissement** : il s'agit d'une réunion qui regroupe un membre de chaque catégorie du personnel élu par ses pairs. cette commission a pour but de faire participer le personnel technique de l'hôpital à la résolution des problèmes. cette commission doit se rencontrer au moins une fois par mois.
- **L'élaboration d'une fiche de révélation des anomalies constatées** : il s'agit ici de mettre à la disposition de chaque service une fiche qui le permettra de mentionner de manière systématique et immédiate les différentes anomalies constatées dans l'exécution de différentes tâches. (voir Annexe n° 7).

Notons que la présence de l'auditeur interne à ces différentes réunions précitées est d'importance capitale car l'efficacité de ce plan de communication et de concertation en dépend.

Les réunions de ces différents organes font l'objet d'établissement de compte rendu ou de procès-verbal qui peuvent servir de moyen de preuve et à vulgariser certaines informations qui pourront concourir à une meilleure prise en charge des risques.

6.2.2 Etablissement du contexte

L'établissement du contexte du C.H.N.E.A.R. comprend l'établissement du contexte externe et interne, établissement du contexte du processus de gestion des risques et la définition des critères de risque.

6.2.2.1 Etablissement du contexte externe

L'environnement externe du C.H.N.E.A.R. est constitué d'un ensemble de lois et décrets émanant de l'autorité publique qui demande à tous les établissements publics du Sénégal d'uniformiser leur gestion au tour de certains indicateurs. Nous pouvons citer comme facteur de cet environnement, la loi n° 98-08 du 12 février 1998 portant réforme hospitalière qui a contribué à l'harmonisation du système sanitaire au Sénégal. L'objectif de l'application de cette réforme est l'équilibre des recettes et dépenses de l'hôpital sans toutefois s'éloigner de sa vocation principale qui est celle de faire des soins.

Outre la réforme du 12 février 1998, le C.H.N.E.A.R. se sert des bonnes pratiques externes pour agrémenter sa gestion.

6.2.2.2 Etablissement du contexte interne

Dans le souci de se conformer aux orientations prescrites par la réforme hospitalière, le C.H.N.E.A.R possède une structure interne telle que le comité technique d'établissement et la commission médicale d'établissement. Pour une bonne compréhension du contexte interne il nous revient de comprendre :

- des capacités de l'organisation en termes de ressources et de connaissance,
- des flux d'informations et des processus de prise de décision,
- des acteurs internes,
- des perceptions, des valeurs et de la culture,
- des règles et des processus,
- des normes et des modèles de référence adoptées par l'organisation, et

- des structures organisationnelles du centre.

6.2.2.3 Etablissement du contexte du processus de gestion des risques

Le système de gestion des risques opérationnels à concevoir touche essentiellement au circuit du patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie. Le circuit du patient au C.H.N.E.A.R. est en phase avec plusieurs services à savoir: le service accueil et orientation, le service Administrative et Financier, le service médical et la pharmacie. Ce système de gestion sera conçu lors d'une mission de trois mois et revu chaque début d'exercice afin de prendre en compte toute mutation survenue.

L'évaluation des risques identifiés se fera à partir de la méthode quantitative d'évaluation des risques. La bonne utilisation de cette méthode requiert la définition d'un tableau d'estimation de l'impact et d'un tableau d'estimation de la probabilité d'occurrence afin de mieux ressortir la criticité du risque. Il est important de souligner que la gestion du risque sera évaluée à partir de l'écart constaté lors de la mise en œuvre du système de gestion du risque. Cette mise en œuvre nous permettra de juger de l'efficacité du système.

A partir des données fournies par l'identification et l'évaluation des risques l'auditeur a le choix entre l'acceptation, l'évitement, le partage et la réduction pour les traités.

6.2.2.4 Définition des critères de risque

En fonction de la gravité du risque une échelle est définie afin d'estimer son impact sur la réalisation des objectifs. La conséquence peut être : Catastrophique, Majeure, Forte, Modérée, Faible.

Outre l'impact le second facteur est la probabilité d'occurrence qui s'exprime en fonction de l'évaluation du système de contrôle interne. Définir la probabilité d'occurrence du risque revient à dire si la probabilité de survenance du risque est Très forte, Forte, Moyenne, faible, Très faible.

Le niveau du risque se déterminera par la criticité qui n'est rien d'autre que l'impact que multiplie la probabilité d'occurrence. De cette criticité sera établie une matrice de criticité qui

permettra à l'auditeur de mieux appréhender les zones à risque afin d'y associer un traitement efficace.

6.2.2.4.1 Echelle de l'impact

Afin de mesurer avec efficacité l'impact du risque opérationnel sur l'ensemble des activités des agents du C.H.N.E.A.R. touchant au circuit emprunté par le patient, Nous avons opté pour une échelle dont la mesure varie entre de 1 à 5 voir Tableaux n° 7.

Tableau 6: Echelle de mesure de l'impact des risques

	Cote	impact	Description
Risque	5	Catastrophique	Conséquence graves sur l'image de l'hôpital
	4	Majeur	Conséquence grave sur les ressources humaines de l'hôpital
	3	Fort	Conséquence grave sur le bon déroulement du séjour du patient dans le centre.
	2	Modéré	Conséquence faible sur tout le circuit du patient
	1	Faible	Conséquences très négligeables des effets du risque en termes de pertes financières, de rapidité et de qualité sur les différentes tâches du processus.

Source : nous-même

6.2.2.4.2 Echelle de probabilité d'occurrence

Pour une bonne estimation de la probabilité de survenance des risques, nous avons opté pour une échelle de mesure allant de 1 à 5 décrit dans le tableau n° 8. Le chiffre 5 est attribué lorsque le risque est récurrent.

Tableau 7 : Echelle de probabilité d'occurrence.

Appréciation du contrôle interne	Critère d'évaluation		
	Description de la réalisation	probabilité	cote
Très catastrophique	Il est presque certain que le risque se produise	Très forte	5
catastrophique	Il y a de bonne chance que le risque se produise	Forte	4
Moyen	Il est possible que le risque se produise	Moyenne	3
Maitrisé	Il y a peu de chance que le risque se produise	faible	2
Très maitrisé	Il est presque impossible que le risque se produise	Très faible	1

Source : nous-même

6.2.2.4.3 Les critères permettant de décider s'il est nécessaire de traiter un risque

Les risques opérationnels précédemment identifiés ne feront l'objet de traitement que si leur niveau de criticité pourrait non seulement entraver le bon fonctionnement de l'hôpital mais aussi porter atteinte à l'image de ce dernier.

6.2.2.4.4 Les critères permettant de décider si un risque est acceptable et/ou tolérable

Les différents risques qui menacent l'environnement du C.H.N.E.A.R. sont traités ou acceptés par ce dernier. Le seuil d'acceptation des risques est lié au niveau de criticité du risque en question. Ainsi seront acceptés les risques ayant un niveau de criticité inférieur ou égale à 2.

6.2.3 Conception d'un système d'appréciation du risque

Concevoir un système d'appréciation du risque consiste à concevoir des canevas qui permettront d'identifier, d'analyser et d'évaluer les risques opérationnels.

6.2.3.1 Conception d'un système d'identification des risques opérationnels

Il convient dans cette étape à identifier les risques opérationnels afférents au circuit du patient au C.H.N.E.A.R à l'aide de questionnaires, observations, de brainstorming et d'entretiens. Une fois identifiée c'est différents risques sont inscrits dans le tableau n° 8 ci-après :

Tableau 8 : Identification des risques opérationnels

Objectifs opérationnels	Evènements	N° d'ordre	Risques opérationnels	Dispositifs de maîtrise de risque	Risque résiduel	Niveau d'acceptation	Risque maîtrisé
		R 1					
		R 2					
		R 3					
		R N					

Source : nous-même

➤ **Description des différentes rubriques du tableau d'identification des risques**

- **Objectifs opérationnels** : il s'agit dans cette rubrique d'énumérer les différents objectifs que se fixent les agents dans la bonne exécution de leurs différentes tâches et processus.
- **Evènements** : il s'agit dans cette rubrique d'énumérer tous les évènements aussi bien positifs que négatifs qui pourraient survenir dans le processus d'atteinte des objectifs opérationnels qui ont été listés dans la colonne précédente.
- **N° d'ordre** : il s'agit ici d'attribuer des numéros d'ordre c'est à dire de R1 à RN (RN étant le nombre total de risque identifié). Notons que la numérotation reste continue d'un tableau d'identification de risque à un autre.
- **Risques opérationnels** : il s'agit ici d'associer à chaque évènement précité les différents risques opérationnels correspondants.

- **Dispositif de maîtrise de risque** : il s'agit ici d'énoncer le dispositif ou le système mise en place pour la maîtrise du risque identifié.
- **Risque résiduel** : il s'agit dans cette rubrique de ressortir le niveau du risque après application du dispositif de maîtrise de risque.
- **Niveau d'acceptation** : il revient dans cette rubrique de définir le niveau d'appétence de l'entreprise aux risques identifiés.
- **Risque maîtrisé** : il s'agit de dire si le risque est maîtrisé après application du dispositif précédemment énoncé. Cette réponse doit être de deux sortes : soit "oui" soit "non".

Ce tableau d'identification des risques opérationnels doit être effectué à tous les services intervenants dans le circuit du patient. L'auditeur interne doit donc être en mesure :

- d'identifier les risques opérationnels liées à l'accueil et à l'orientation du patient ;
- d'identifier les risques opérationnels liées au service social du C.H.N.E.A.R ;
- d'identifier les risques opérationnels liées à la facturation du patient ;
- d'identifier les risques opérationnels liées à la prise en charge des malades internes ;
- d'identifier les risques opérationnels liées à l'encaissement des frais afférents aux soins du patient ;
- d'identifier les risques opérationnels liées à l'activité de l'agence comptable particulière et;
- d'identifier les risques opérationnels liés à la gestion de la pharmacie du C.H.N.E.A.R.

A la suite de l'identification des risques, il est nécessaire pour l'auditeur interne de réaliser un test de permanence qui consistera à vérifier la permanence de procédure dans l'exécution des tâches. Cette vérification se fera à partir du contrôle des pièces justificatives en vue de confirmer ou infirmer l'exécution des procédures. Ce test de permanence peut être établi à partir du Tableau n° 9 ci-après.

Tableau 9 : Test de conformité

N° de dossier	X	X	X	X

Source : nous même

➤ **Description des différentes rubriques du test de permanence :**

N° de dossier : il s'agit d'inscrire le numéro d'identification des différents dossiers utilisés pour la vérification.

X : doivent être inscrits les points faisant l'objet de vérification.

Les colonnes en gris : doivent être renseignées si oui ou non les procédures énoncées sont concrètement effectuées lors des constitutions des dossiers.

6.2.3.2 Technique d'analyse des risques opérationnels.

Il convient dans cette phase de reprendre les différents risques identifiés afin de procéder à leur analyse. Cette analyse se fera à partir de l'identification de causes (l'origine du risque) et des conséquences (impacts négatifs ou positifs) afférant à chaque risque identifié. Le modèle d'analyse des risques opérationnels est contenu dans le tableau n° 10.

Tableau 10 : Analyse des risques opérationnels

Objectifs opérationnels	N° d'ordre	Risques opérationnels	Causes des risques opérationnels	Impacts ou conséquences opérationnels
	R 1			
	R 2			
	R N			

Source : nous-même

6.2.3.3 Technique d'évaluations et estimation des risques opérationnels

L'évaluation est effectuée à partir des risques identifiés.

Parmi les différentes méthodes d'évaluation des risques, notre choix c'est portée sur la méthode quantitative car elle est à notre avis plus complète et peut être utilisée pour évaluer la majorité des risques existant dans un système.

6.2.3.3.1 Evaluation de l'impact des risques

L'échelle d'impact définie dans les critères du risque nous servira de référence pour réaliser l'évaluation de l'impact des risques identifiés et analysés. L'évaluation de l'impact se fera donc à partir du Tableau n° 11 ci-après.

Tableau 11 : Evaluation de l'impact des risques

Objectifs opérationnels	N° d'ordre	Risques identifiés	Estimation de l'impact du risque	
			Impact	cote
	R 1			
	R 2			
	R N			

Source : nous-même

6.2.3.3.2. Evaluation de la probabilité d'occurrence

En fonction de cette échelle la probabilité d'occurrence établie dans les critères du risque, chaque risque sera évalué dans un tableau intitulé "Tableau d'évaluation de la probabilité d'occurrence des risques " (Voir Tableau n° 12).

Tableau 12 : Evaluation de la probabilité d'occurrence des risques.

Objectifs opérationnels	N° d'ordre	Risques Identifiés	Appréciation sur le contrôle interne	Estimation de la probabilité	
				probabilité	cote
	R 1				
	R 2				
	R N				

Source : nous-même

6.2.3.3.3 La criticité

La criticité (C) est la multiplication entre la gravité (G) et la probabilité d'occurrence (P). La criticité nous permet de faire une hiérarchisation des risques afin de faire un traitement par priorité.

$$C = G \times P$$

La criticité du risque opérationnel dans le cas du C.H.N.E.A.R. sera connue à l'aide du tableau n° 13 ci-dessous.

Tableau 13 : Tableau dévaluation de la criticité

Objectifs opérationnels	N° d'ordre	Risques Identifiés	Impact	Probabilité	Criticité
	R 1				
	R 2				
	R N				

Source : nous-même

➤ **Description des différentes rubriques clés du tableau de criticité.**

- **Impact :** il s'agit dans cette rubrique de reporter les différentes cotes attribuées dans le tableau d'évaluation de l'impact des risques
- **Probabilité:** il s'agit dans cette rubrique de reporter les différentes cotes attribuées dans le tableau d'évaluation de la probabilité d'occurrence des risques.
- **Criticité:** il s'agit dans cette rubrique de faire une multiplication entre les valeurs attribuées à l'évaluation de l'impact et à l'évaluation de la probabilité d'occurrence des risques.

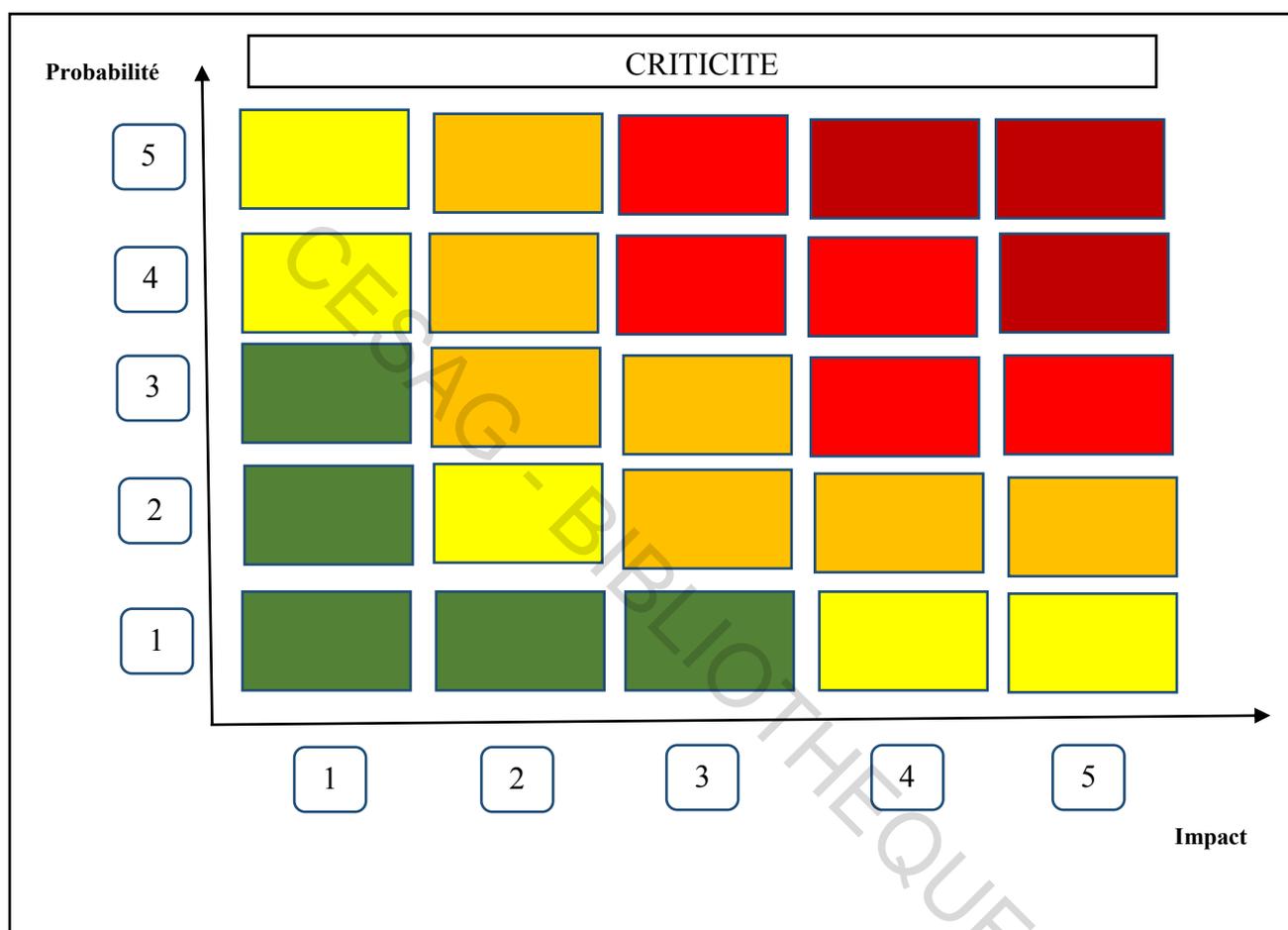
6.2.3.3.4 Conception de la matrice de criticité

La matrice de criticité est la représentation graphique des différentes données relatives à la probabilité d'occurrence et l'impact défini lors de l'évaluation du risque. La matrice nous

permet à partir d'une figure de localiser les zones à risque afin de pouvoir définir et de prioriser les actions correctives.

La réalisation de cette matrice se fera par l'utilisation de la figure n° 8 ci-après.

Figure 8 : Matrice de criticité



Description des couleurs	Niveau de criticité faible	Niveau de criticité modéré	Niveau de criticité fort	Niveau de criticité majeur	Niveau de criticité Catastrophique

Source : nous-même

Le traitement des risques se fera donc en fonction de la position du risque sur la matrice après représentation.

6.2.4 Conception d'un système de traitement du risque

Quatre options s'offrent à nous pour un traitement efficace des risques identifiés : l'évitement, le partage, la réduction et l'acceptation. Le choix de l'une ou plusieurs de ces options se fera après regroupement des risques par zone à partir du tableau n° 14 ci-après :

Tableau 14 : Regroupement des risques par zone.

Description	Niveau Faible	Niveau Modéré	Niveau fort	Niveau majeur	Niveau Catastrophique
Risques afférent					

Source : nous-même

- **Niveau catastrophique** : il s'agit dans cette colonne de regrouper les risques qui ont une cote de criticité très élevée. Les risques se trouvant dans cette zone doivent subir un traitement particulier dans la mesure où ils pourraient être très fatals pour l'hôpital. A ces risques les mesures de traitement qui seront utilisées doivent être de taille et dans certains cas mobilisées d'énormes ressources. Ce traitement peut se faire d'une part par le partage de l'effet des risques avec par exemple des compagnies de d'assurance dans le cas où ses risques pourraient considérablement toucher à la pérennité de l'hôpital et d'autre part le management de peut décider de contourner l'existence de ses risque en les lévitant.
- **Niveau majeur** : cette zone est quasiment similaire au niveau catastrophique précédemment énoncé par conséquent les traitements accordés aux différents risques identifiés seront identiques.

- **Niveau fort** : il s'agit dans cette zone de regrouper les risques qui ont une forte cote de criticité (cote moyenne de criticité). Le traitement des risques se situant dans cette zone se fera à partir d'une revue et amélioration du dispositif existant de maîtrise des risques afin de réduire l'effet de ces risques.
- **Niveau modéré** : il s'agit dans cette zone de regrouper les risques qui ont une cote de criticité moins forte. Les risques se situant dans cette zone sont jugés tolérables car leur effet sur le management de l'hôpital est acceptable. Il convient toutefois de garder ses risques en surveillance afin d'éviter tout effet de surprise.
- **Niveau faible** : il s'agit dans cette zone de regrouper les risques qui ont une cote de criticité faible. Le traitement des risques doivent se faire à deux niveaux dans cette zone. Au niveau des risques qui ont la probabilité d'occurrence élevé avec un impact faible, le management devra mettre en place des mécanismes conduisant à réduire leur probabilité d'occurrence. Par ailleurs concernant les risques qui ont une probabilité d'occurrence faible et l'impact très élevé le management devra mettre un accent particulier sur leur surveillance car ils sont dans cette zone les plus dangereux.

6.2.5 Conception d'un système de Surveillance et revue

L'environnement dans lequel évolue le C.H.N.E.A.R. oblige l'auditeur interne à travailler dans une logique d'amélioration continue. Cette amélioration se fera par la mise en place d'un système de surveillance et de revue qui aura pour but de veiller à la pérennité du dispositif de gestion de risque conçu. La surveillance et la revue interviennent à toutes les phases du processus du système de gestion de risque opérationnel et comprend la mise à jour et la fréquence de renouvellement du système de gestion des risques opérationnels.

6.2.5.1 La mise à jour du système gestion des risques opérationnels

Une mise à jour du système de gestion des risques est nécessaire car certains risques peuvent survenir notamment dans le cadre d'une nouvelle activité ou de l'évolution du contexte dans lequel évolue le C.H.N.E.A.R., de l'identification d'un risque qui n'avait pas été perçu, de la disparation d'un ou plusieurs risques.

Il revient donc au C.H.N.E.A.R. à travers son service d'audit de reconduire l'exercice en adoptant les mesures suivantes :

- Se remettre totalement en question à toutes les phases de la gestion de risque notamment lors de l'appréciation du risque et d'éviter ainsi de se focaliser sur les mêmes sujets et approches de l'identification du risque ;
- Se servir de l'appréciation des risques précédents pour faire émerger et pour mieux identifier les nouveaux risques par rapport aux risques persistants.

6.2.5.2 La fréquence de renouvellement du système gestion des risques opérationnels

La fréquence du système de gestion des risques sera fonction de deux volets essentiels à savoir l'actualisation de l'appréciation du risque et l'actualisation sur le plan international de la norme traitant de gestion du risque opérationnel.

Concernant le premier volet le C.H.N.E.A.R. doit former le personnel intervenant et se baser sur le planning de suivi des risques (voir tableau n° 15) afin d'actualiser le tableau d'identification des risques. Bien que la fréquence d'actualisation de l'appréciation du risque dans l'entreprise oscille entre 6 mois et 3ans selon l'entreprise, nous suggérons au C.H.N.E.A.R. d'aligner l'actualisation de l'appréciation du risque sur un exercice c'est à dire 1 an. Autrement dit ce délai permettra au C.H.N.E.A.R. d'être en phase avec l'élaboration du budget afin de prendre en compte le coût lié à cette actualisation.

Concernant le second volet il revient au C.H.N.E.A.R. de se conformer aux normes sur la gestion des risques opérationnels en fonction de leurs évolutions.

Tableau 15 : Suivi des risques

	Suivi des risques
Catastrophique	Le suivi de ses risques se fera toute l'année
Majeur	Le suivi de ses risques se fera toute l'année
Fort	Le suivie de ses risques se fera chaque trois mois
Modéré	Le suivie de ses risques se feront chaque trois mois
Faible	Le suivi de ses risques se fera au moins deux fois par an

Source : nous-même

6.3 Mise en œuvre du système de gestion des risques pour un risque lié à l'accueil et à l'orientation du patient.

Le système de gestion de risques opérationnels fera l'objet d'un test par le chargé de l'audit interne du C.H.N.E.A.R. afin de juger de l'efficacité dudit dispositif. Ce test se sera effectué à partir des différentes étapes précédemment développées.

6.3.1 Communication et concertation

Le plan de communication et de concertation dans ce cas sera libellé sous la forme d'un brainstorming. Il consistera à faire une assise mensuelle afin de :

- sensibiliser les agents de l'accueil et de l'orientation sur l'existence et/ou la probabilité de survenance de certain risque;
- Détecter certains risques non identifiés liés à l'accueil et de l'orientation des patients;
- Former les agents de l'accueil et de l'orientation sur les mesures à prendre en cas de détection de risque.

En complément au brainstorming le plan de communication suivant (tableau n° 16) pour l'efficacité de la communication et de la concertation.

Tableau 16 : Le plan de communication

Plan de communication et de concertation										
Planification / Réalisation / Maîtrise des communications										
Cibles	Messages	Messagers	Quand			Livrable		Statut OK/ NON	Date réalisation	visa
			Déclencheur	Date prévue	Fréquence	Forme	Outils			
<i>A qui s'adresse la communication ? Fait référence à personnes/groupe de l'organigramme de projet</i>	<i>Que veut-on communiquer ? Description du contenu de la communication.</i>	<i>Qui est responsable d'assurer la communication</i>	<i>Ce qui déclenche la communication ? (jalou, demande formelle, décision...)</i>	<i>Date fixe prévue</i>	<i>Régularité prévue (hebdomadaire, mensuelle...)</i>	<i>sous quelle forme est livrée la communication ? (reunion, rapport, newsletter mail, ...)</i>	<i>Email, site web, présentation powerpoint</i>	<i>Communication livrée ?</i>	<i>date de livraison effective</i>	<i>Nom de la personne qui a livré</i>
L'ensemble du Personnel du service accueil et orientation	Risque lié Retard dans la prise en charge du patient.	L'Auditeur Interne	Des l'identification du risque	05/10/2015	Hebdomadaire	Réunion et mail	Email, Powerpoint	OUI	06/10/2015	Alioune SENE
L'ensemble du Personnel du service accueil et orientation	Risque lié mauvaise orientation du patient	L'Auditeur Interne	Des l'identification du risque	05/10/2015	Mensuelle	Réunion et mail	Email, Powerpoint	OUI	06/10/2015	Alioune SENE
L'ensemble du Personnel du service accueil et orientation	Risque lié à l'identification du patient	L'Auditeur Interne	Des l'identification du risque	05/10/2015	Hebdomadaire	Réunion et mail	Email, Powerpoint	OUI	06/10/2015	Alioune SENE

Source : Nous-même

6.3.2 Appréciation du risque

➤ **Identification des risques opérationnels liée à l'accueil et à l'orientation du patient**

Tableau 17 : Identification des risques opérationnels liée à l'accueil et à l'orientation du patient

Objectifs opérationnels	Evènements	N° d'ordre	Risques opérationnels	Dispositifs de maîtrise de risque	Risque résiduel	Niveau d'acceptation	Risque maîtrisé
Gestion efficace de la file d'attente.	Détection de plusieurs maladies chez les patients	R 1	Retard dans la prise en charge du patient	Prise en charge du patient après attribution d'un numéro vert par ordre d'arrivée	La durée d'attente du patient s'élève à 1 heures 30 minutes	La durée d'attente du patient doit s'élever en moyenne à 45 minutes	NON
	Visite répétée de certains patients sur une durée donnée.	R 2	mauvaise orientation du patient	Les patients sont orientés pour la prise de constante ensuite vers un généraliste et enfin vers un spécialiste après détection du mal	Les patients ont en moyen 3 rendez-vous pour le suivi après leur consultation	Les patients ont en moyen 2 rendez-vous pour le suivi après leur consultation	OUI

	Double identification de certains patients	R 3	Erreur dans l'identification du patient	Identification du patient à l'aide d'une fiche de liaison ou de rendez-vous	Double enregistrement des patients	Les patients doivent être enregistrés qu'une seule fois	NON
--	--	-----	---	---	------------------------------------	---	-----

Source : Nous-même

CESAG - BIBLIOTHEQUE

➤ **Test de conformité lié l'accueil et à l'orientation du patient**

Nous procédons à ce test pour vérifier la conformité du tableau d'identification des risques. Ces vérification son résumé dans le tableau n° 18 ci-après.

PAT 1 : Le patient a effectué 30 minutes dans la file d'attente

PAT 2 : Le patient a effectué plus d'une heure du temps dans la file d'attente

PRDV 1 : Le patient a eu 2 rendez-vous après la première consultation

PRDV 2 : Le patient a eu plus 2 rendez-vous après la première consultation

DCEI : Le dossier comporte une erreur dans l'identification

Tableau 18 : Test de conformité lié l'accueil et à l'orientation du patient

N° de dossier	PAT 1	PAT 2	PRDV 1	PRDV 2	DCEI
22991 / 13	OUI	NON	NON	OUI	OUI
28662 / 07	NON	OUI	NON	OUI	NON
12198 / 14	NON	OUI	OUI	NON	NON
26500 / 15	NON	OUI	OUI	NON	NON
04722 / 15	OUI	NON	OUI	NON	OUI
26489 / 15	NON	OUI	NON	OUI	NON
26934 / 14	NON	OUI	NON	OUI	NON

Source : nous même

Conclusion du test : ce test de permanence effectué confirme l'existence des risques identifiés plus haut.

➤ **Analyse des risques identifiés**

Les risques identifiés seront analysés à partir du tableau n° 19 ci-après :

Tableau 19 : Analyse des risques opérationnels

Objectifs opérationnels	N° d'ordre	Risques opérationnels	Causes des risques opérationnels	Impacts ou conséquences opérationnels
Gestion efficace de la file d'attente.	R 1	Retard dans la prise en charge du patient	Système de gestion de la file d'attente manuel	Intensification du mal du patient
	R 2	mauvaise orientation du patient	Manque de personnel d'accueil et d'orientation	Mauvais traitement du patient
	R 3	Erreur dans l'identification du patient	Non numérisation de la fiche de liaison et de rendez-vous	Difficulté dans l'archivage des informations relatives aux patients

Source : nous-même

➤ **Evaluation de l'impact des risques**

L'évaluation des risques identifiés seront à partir du tableau n° 20 ci-après :

Tableau 20 : Evaluation de l'impact des risques

Objectifs opérationnels	N° d'ordre	Risques identifiés	Estimation de l'impact du risque (*)	
			Impact	cote
Gestion efficace de la file d'attente.	R 1	Retard dans la prise en charge du patient	Majeur	4
	R 2	mauvaise orientation du patient	Faible	1
	R 3	Erreur dans l'identification du patient	Fort	3

(*) L'estimation de l'impact du risque s'est déminée en faisant une correspondance entre les risques identifiés et la catégorie à laquelle ils appartiennent dans le tableau d'échelle de mesure de l'impact des risques (tableau n°6, page 73).

Source : nous-même

➤ **Evaluation de la probabilité d'occurrence des risques identifiés**

L'évaluation des risques identifiés sera effectuée à partir du tableau n° 21 ci-après :

Tableau 21: Evaluation de la probabilité d'occurrence des risques.

Objectifs opérationnels	N° d'ordre	Risques Identifiés	Appréciation sur le contrôle interne	Estimation de la probabilité	
				probabilité	cote
Gestion efficace de la file d'attente.	R 1	Retard dans la prise en charge du patient	Maitrisé	faible	2
	R 2	mauvaise orientation du patient	catastrophique	Forte	4
	R 3	Erreur dans l'identification du patient	Moyen	Moyenne	3

(*) L'estimation de la probabilité d' du risque s'est déminée en faisant une correspondance entre les risques identifiés et la catégorie à laquelle ils appartiennent dans le tableau d'échelle de probabilité d'occurrence des risques (tableau n°7, page 74).

Source : nous-même

➤ **Calcul de la criticité des risques**

La criticité des risques identifiés sera déterminée à partir du tableau n° 22 ci-après :

Tableau 22 : Tableau dévaluation de la criticité

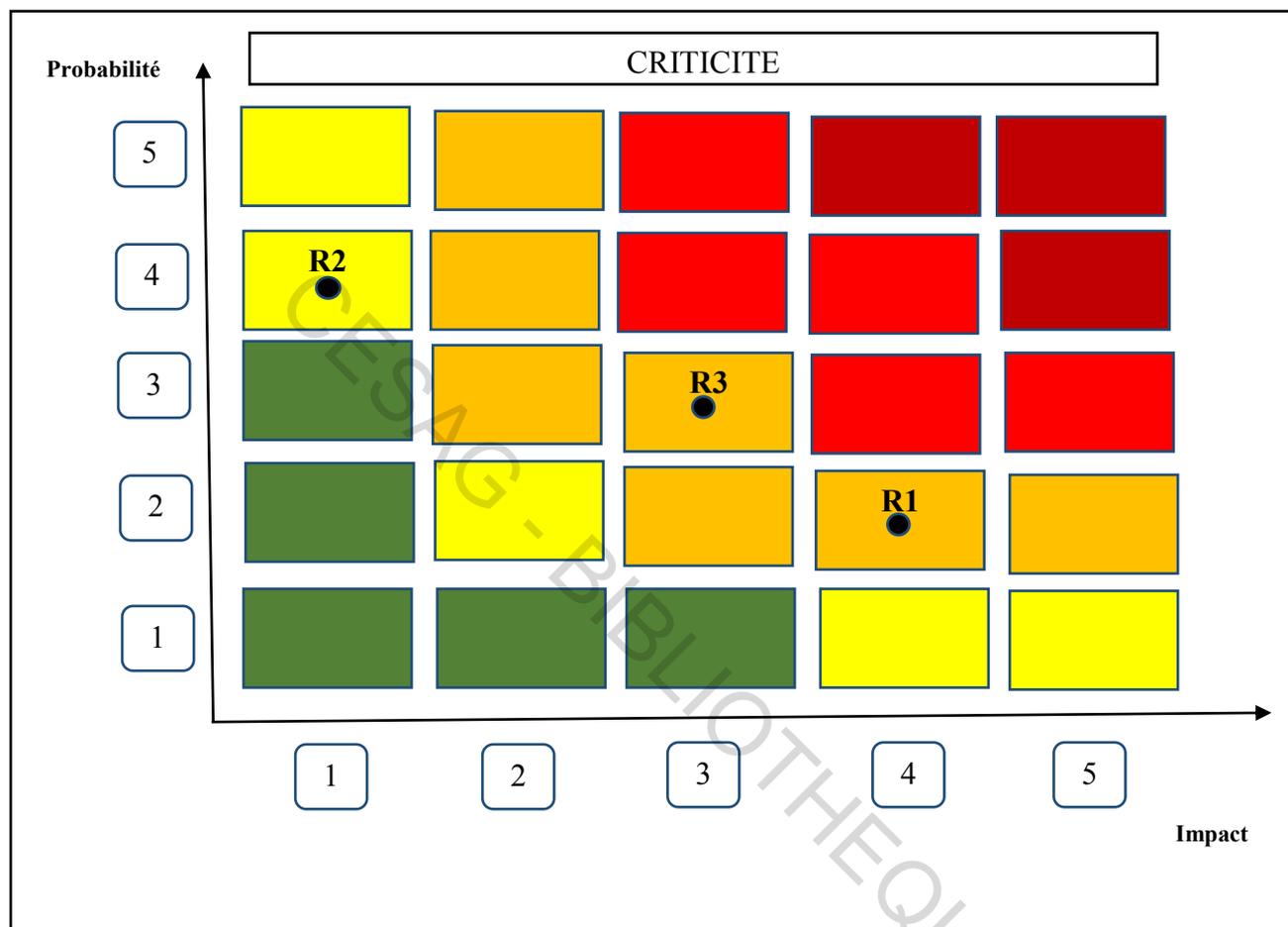
Objectifs opérationnels	N° d'ordre	Risques Identifiés	Impact	Probabilité	Criticité
Gestion efficace de la file d'attente	R 1	Retard dans la prise en charge du patient	4	2	8
	R 2	mauvaise orientation du patient	1	4	4
	R 3	Erreur dans l'identification du patient	3	3	9

Source : nous-même

➤ **Représentation de la matrice de criticité**

La matrice de criticité est représentée selon la figure n° 9 ci-après :

Figure 9 : Matrice de criticité



Source : nous-même

6.3.3 Traitement du risque

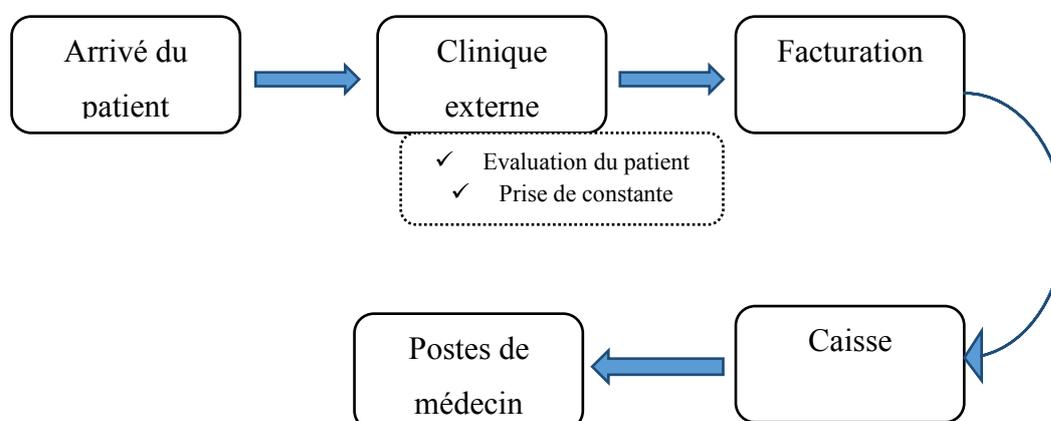
Tableau 23 : Regroupement des risques par zone.

Description	Niveau Faible	Niveau Modéré	Niveau fort	Niveau majeur	Niveau Catastrophique
Risques afférent		R2: mauvaise orientation du patient	R1: Retard dans la prise en charge du patient. R3: Erreur dans l'identification du patient		

Source : nous-même

- **Niveau modéré :** Le traitement des risques identifiés dans cette zone se fera à partir surveillance régulière au niveau du circuit d'orientation du patient. Le patient doit être orienté comme prescrit sur la figure n° 10 ci-après.

Figure 10 : Trajet du patient dans le service d'accueil et orientation



Source : nous-même

- **Niveau fort** : Le traitement des risques identifiés dans cette zone se fera à partir d'une revue et amélioration du dispositif existant qui consistera à mettre en place d'une part un système informatisé pour l'identification des patients et d'autre part un système automatisé pour la gestion efficace de la file d'attente. Le système automatisé permettra au patient de connaître sa position dans la file d'attente afin de signaler au cas où la durée d'attente pourrait empiéter sur son état de santé.

6.3.4 Surveillance et revue

La surveillance et la revue des risques identifiés se feront à partir d'une mission d'audit trimestrielle. Cette mission permettra d'une part une mise à jour de la cartographie des risques et d'autre part au management de s'assurer de l'efficacité du système mis en œuvre dans le cadre de la gestion des risques liés à l'accueil et l'orientation des patients en vue d'apporter des mesures correctives.

6.4 Recommandations à l'adresse de l'Auditeur interne du C.H.N.E.A.R.

Nos recommandations porteront sur la mise en œuvre du processus de management de risque conçu. Ceci dit nous ferons des recommandations relative à la mise en œuvre de :

- la communication et de la concertation ;
- l'établissement du contexte externe ;
- l'établissement du contexte interne ;
- la définition des critères de risque
- l'identification des risques opérationnels ;
- l'analyse des risques opérationnels ;
- l'évaluation des risques des risques opérationnels ;
- traitement du risque ;
- la surveillance et la revue.

➤ Recommandations n°1 : recommandations sur la mise œuvre du plan de la communication et de concertation

Pour une communication efficace et réussite, le responsable du projet de mise en œuvre du processus de gestion des risques de l'hôpital, en occurrence l'auditeur interne se doit d'établir dans un premier temps un plan de communication incluant tous les besoins de communication

du projet, qu'ils soient interne comme externe à l'hôpital. C'est à cet effet, que nous lui avons proposé un canevas de plan de communication et un registre d'enregistrement de toutes les communications tout au long de la mise en œuvre du processus de gestion des risques.

L'objectif de ce plan est de faciliter les échanges, de les planifier, de les suivre et surtout d'éviter des asymétries d'information qui pourraient provoquer des conflits suites à des incompréhensions résultant d'un défaut d'information. Il est primordial d'établir pour un tel projet de cette envergure un plan de communication à divulguer à l'ensemble des parties prenantes pour en assurer la participation des uns et des autres et surtout faciliter une gestion coordonnée du changement.

➤ **Recommandations n°2 : recommandations sur la mise œuvre de l'établissement du contexte externe**

L'établissement du contexte externe vise à une conformité du CHNEAR aux règles et lois qui régissent son fonctionnement. Il s'agit ici de la Loi N°98-08 portant réforme hospitalière. Cette loi en particulier en ses chapitres premier et deuxième traite des règles régissent les opérations courantes en vue du traitement des patients dans les hôpitaux.

L'objectif est donc d'identifier les points de conformité et s'assurer que dans l'exécution des opérations courantes l'hôpital à travers ses agents respectent la loi qui dégage les droits et devoirs des uns et des autres.

C'est aussi l'opportunité de prendre en considération les bonnes pratiques des autres hôpitaux en la matière sous forme de benchmark, pour améliorer les pratiques internes.

➤ **Recommandations n°3 : recommandations sur la mise œuvre de l'établissement du contexte interne**

En référence au cadre organisationnel conçu sur la base de l'existant en terme d'organisation du C.H.N.E.A.R, l'établissement du contexte interne revient ici à renforcer l'intégration de besoins organisationnels du processus de management des risques à celui de l'organisation actuelle de l'hôpital pour réduire au maximum les points de changement et faciliter l'adhésion de tous. Il s'agira donc de renforcer les capacités de l'organisation en termes de ressources et de connaissances, les flux d'informations et prise de décisions, des perspectives, valeurs et cultures en matière de gestion des risques.

➤ **Recommandations n°4 : recommandations sur la mise œuvre de la définition des critères de risque**

L'auditeur devra au niveau des critères de risques mettre l'accent sur la fréquence de survenance d'un risque concernant l'échelle de probabilité d'occurrence et sur l'image de l'hôpital et sa conformité à la réglementation en vigueur concernant l'échelle de l'impact.

➤ **Recommandations n°5 : recommandations sur la mise œuvre de l'identification des risques opérationnels**

Nous recommandons pour l'identification des risques une définition des critères de risque en prenant en compte les facteurs suivant :

- la nature et les types de causes et de conséquences qui peuvent survenir, et la façon dont elles vont être mesurées ;
- la méthode de définition de la vraisemblance et /ou des conséquences ;
- la méthode de détermination du niveau de risque ;
- les avis des parties prenantes ;
- la prise en compte ou non des combinaisons de plusieurs risques et le cas échéant, la méthode à utiliser et les combinaisons à considérer.

Dans le cadre de notre travail, nous avons opté pour une approche d'identification basée sur la définition préalable des objectifs. Ceci suppose que les risques sont identifiés à partir des événements susceptibles d'avoir un effet sur un objectif. C'est à cet effet, que nous avons proposé la grille d'identification à la phase de conception.

➤ **Recommandations n°6 : recommandations sur la mise œuvre de l'analyse des risques opérationnels.**

Lors de l'analyse des risques l'auditeur devra déterminer avec exactitude l'origine du risque et les conséquences que ce dernier pourrait avoir sur le fonctionnement de l'hôpital, en occurrence sur le circuit du patient. Pour ce faire, il est question de faire d'une part un choix sur la méthode d'analyse à mettre en œuvre (quantitative, qualitative et semi-quantitative). D'autre part, il s'agira de faire à la précision prêt le choix des outils et techniques d'analyses les plus adaptés à la méthode d'analyse choisie et au contexte.

A la phase de conception nous avons proposé une approche standardisée de sélection des outils et techniques d'analyses des risques.

➤ **Recommandations n°7 : recommandations sur la mise œuvre de l'évaluation des risques des risques opérationnels**

L'évaluation des risques doit être effectuée à partir des outils suivant :

- échelle de l'impact ;
- tableau évaluation de l'impact des risques ;
- échelle de probabilité d'occurrence ;
- tableau évaluation de la probabilité d'occurrence des risques.

Il convient donc que l'auditeur interne s'assure de la bonne maîtrise de ses outils afin de parvenir à une évaluation qui pourra plus ou moins refléter la réalité.

C'est après ça qu'il sera possible de faire une priorisation des risques en fonction de leur criticité et organiser leur présentation sur une cartographie en vue de faciliter le traitement et la perception. Cette carte peut prendre plusieurs formes en fonction des outils maîtrisés par le risque manager, mais le plus utilisé est souvent la matrice de criticité des risques que nous recommandons vivement à l'auditeur à travers la proposition faite à la phase de conception.

➤ **Recommandations n°8 : recommandations sur la mise œuvre du traitement du risque**

Le traitement des risques est basé sur un choix objectif entre l'acceptation, l'évitement, le partage et la réduction du risque à travers un dispositif de contrôle bien adapté. Pour éviter des risques qui pourraient subvenir de ce choix ou l'inefficience du processus, il serait bénéfique pour l'hôpital que le responsable du projet de mise en œuvre du processus de gestion des risques de l'hôpital (l'auditeur interne) veille à ce que le processus de gestion des risques soit itératif. En effet pendant l'identification, l'analyse, l'évaluation et le traitement, l'auditeur doit s'assurer que le niveau du risque résiduel observé correspond au niveau d'acceptation du risque fixé par l'hôpital. Ainsi lorsque le niveau résiduel observé n'est pas acceptable l'auditeur devra chercher à améliorer le dispositif de traitement car le traitement se doit d'être efficace, efficient et économique.

➤ **Recommandations n°9 : recommandations sur la mise œuvre de la surveillance et la revue**

Pour une surveillance efficace des risques et du dispositif en lui-même il revient au responsable du projet de mise en œuvre du processus de gestion des risques de l'hôpital d'élaborer un calendrier de suivi pour chaque risque identifié. Ce calendrier servira donc de tableau de bord et de repère.

Il s'agit ici en réalité du contrôle interne avec pour objectif premier après regroupement de tous les dispositifs de contrôle des risques, d'identifier ceux qui sont préventifs, dissuasifs, curatifs et détectifs. C'est à partir de là que l'activité de surveillance et de suivi qui n'est rien d'autre que la mise en œuvre des activités de contrôle à tous les niveaux et par tous prend la relève tout en étant intégré au processus de gestion global des risques.

Conclusion du chapitre 6 :

Ce chapitre nous a permis de proposer un canevas pour une gestion optimal des risques opérationnels après une étude de faisabilité conduisant à mesurer les capacités de l'hôpital à abriter un tel système de gestion de risque opérationnel. Nous avons par la suite effectué un test pour mesurer la fiabilité du système proposé. L'objectif de ce test a été de mieux appréhender les faiblesses du système en vue d'y remédier.

CONCLUSION DE LA DEUXIEME PARTIE :

La seconde partie de ce travail de recherche, nous a permis d'aboutir à une conception du système de gestion des risques opérationnels liés au circuit du patient au CHNEAR.

Nous avons en premier lieu fait une description de l'existant afin de faire ressortir le circuit du patient au CHNEAR et le processus de gestion des risques opérationnels utilisés par le chargé de l'audit interne. En second lieu, nous avons proposé un système de gestion des risques opérationnels plus adaptés aux réalités de l'hôpital. Ces étapes nous ont donc permis de formuler des recommandations spécifiques sur la mise en œuvre de ce système.

Il appartiendra au top management, en particulier au chargé de l'audit interne d'utiliser ce système de gestion de risque à bon escient afin de parvenir à un pilotage optimal des risques qui pourraient enfreindre l'atteinte des objectifs du centre.

CONCLUSION GENERALE

Cette étude nous a permis de concevoir un système de gestion des risques opérationnels adaptés au C.H.N.E.A.R de Dakar.

La première partie a fait l'objet de la revue de littérature portant sur les différentes approches théoriques nécessaires pour la conception d'un système de gestion des risques. Dans la deuxième partie il s'agissait de mettre en pratique toute la procédure décrite dans la première partie afin d'aboutir à la conception du système.

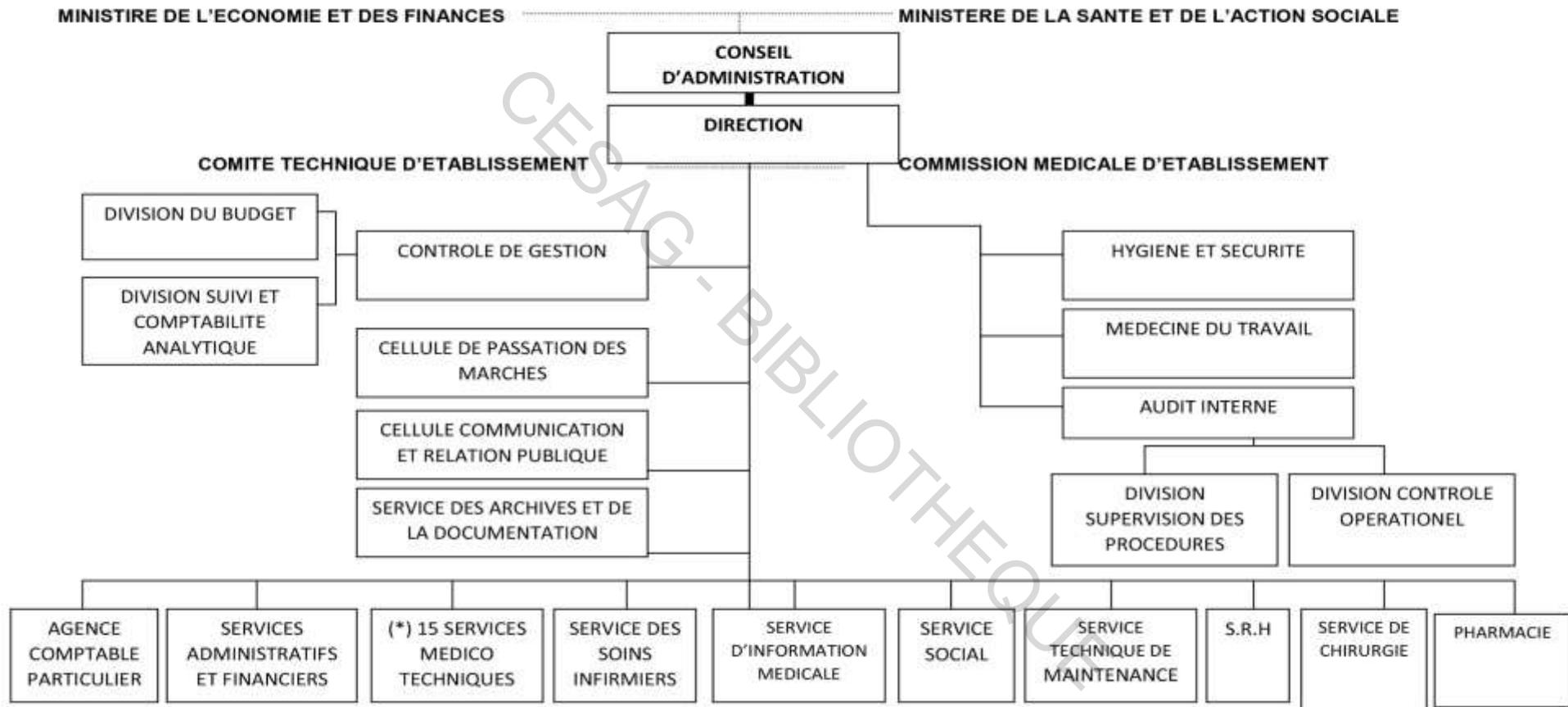
Cependant notre étude comporte des limites car elle n'a pas été effectuée jusqu'à la mise en œuvre vu le manque de temps dont nous avons disposé.

Malgré ses efforts pour se conformer aux directives de la réforme hospitalière, le C.H.N.E.A.R regorge néanmoins de nombreux dysfonctionnements. Son organisation actuelle ne lui permet pas d'atteindre au mieux les objectifs qui lui sont fixés. Des efforts doivent être fournis par la direction pour doter les services de plus de moyens matériels, humains en l'occurrence le service d'audit pour qu'il puisse faire preuve d'efficacité afin de répondre aux attentes de l'hôpital.

Afin de rendre ce système de gestion des risques opérationnels viable, nous suggérons à la direction du C.H.N.E.A.R de diligenter une mission de mise en œuvre dudit système. Cette mission aura pour but de proposer des outils pour faciliter la mise en œuvre et préconiser des recommandations pour réussir la mise en œuvre.

ANNEXES

Annexe 1: Organigramme du Centre Hospitalier National d'Enfants Albert Royer



Organigramme approuvé le 23 décembre 2013 par le Conseil d'Administration du C.H.N.E.A.R.

Source : Service des archives et de la documentation du C.H.N.E.A.R. (2013)

Annexe 2: fiche de liaison du malade

CENTRE HOSPITALIER NATIONAL
D'ENFANTS ALBERT ROYER
FANN - DAKAR

FICHE DE LIAISON DU MALADE

IDENTIFICATION DU PATIENT (A remplir par la Clinique Externe)

Date du jour : et heure d'arrivée :
N° d'identification (N° d'ordre / Année en cours / E) E
Prénom 1 :
Prénom 2 :
Nom :
Date de naissance :
Age (en mois ou en jrs pour 0 mois) : Sexe :
Prénom du père : Profession :
Prénom et nom de la mère : Profession :
Adresse précise : Tél. :
Provenance : Transfert Domicile
Si transfert ou mutation préciser l'origine :

LES CONSTANTES (A remplir par la clinique Externe)

Température : Poids (en kg) : Taille en cm :

CONSULTATION(S) (A remplir par le Médecin)

Heure de consultation :
Lieu(x) de consultation : CG OPT STO AST GEN DER
CARD DREP VIH NEUR CHIR PNEUMO
Gastro-Nutrition ORL

Motif principal de consultation :

Motif secondaire de consultation :

Hypothèse diagnostique :

Traitement :

SUIVI DU PATIENT

Rendez-vous le :

Hospitalisation Pavillon d'Hospitalisation

Mis(e) en observation

Référé oui non

Si oui structure de référence :

Source : Service de l'accueil et de l'orientation du C.H.N.E.A.R.

Annexe 3: Guide d'entretien avec l'Auditeur interne du C.H.N.E.A.R.

1. En quoi consiste votre travail ?
2. Quel est le circuit que suit le patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie du CHNEAR ?
3. Qui sont vos collaborateurs dans l'exécution de vos tâches?
4. En quoi consiste leur tâche vis-à-vis de votre service ?
5. Quel sont les documents utilisés pour l'exécution des différentes tâches ?
6. Quelle approche de l'audit avez-vous dans l'exécution de votre tâche ?
7. Y-t-il une cartographie des risques ?
8. Quelles techniques utilisez-vous pour l'identification des risques ?
9. Analysez-vous les risques identifiés ? si oui comment ?
10. Comment traitez-vous les risques identifiés ?
11. Existe-t-il un dispositif de gestion des risques ?
12. Qui sont les responsables de ce dispositif ?
13. En cas de détection de risque que faites-vous ?
14. Quelles sont les différentes phases du processus de gestion des risques opérationnels au CHNEAR ?
15. Quelles sont les procédures mises en œuvre pour chacune de ces phases?
16. Qui sont les principaux acteurs de chacune de ces procédures ?
17. Quels sont les difficultés récurrentes que vous rencontrez dans la gestion des risques opérationnels ?
18. Comment arrivez-vous à vous assurer que vos collaborateurs mettent en pratique vos recommandations ?
19. En votre qualité d'Auditeur Interne, comment vous assurez-vous de la qualité des informations reçues ?
20. Comment planifiez-vous l'intervention sur le terrain au cours de l'année ?
21. Comment traitez-vous les écarts entre les procédures et le constat effectué sur le terrain ?
22. Quels sont vos attentes quant à la conception de ce système de gestion des risques opérationnels ?
23. Existe-t-il un manuel de procédure ? si oui, couvre-t-il toute l'organisation ou juste une partie de l'organisation ?

Annexe 4: Guide d'entretien avec le chef de service accueil et orientation du C.H.N.E.A.R.

1. Quel est le circuit que suit le patient depuis son entrée jusqu'à sa sortie du CHNEAR ?
2. En quoi consiste votre travail ?
3. Existe-t-il un manuel de procédure ? si oui, couvre-t-il tout le service ou juste une partie du service ?
4. Quel sont les documents utilisés pour l'exécution des différentes tâches ?
5. Identifier vous obligatoirement tous les patients qui se présentent au centre pour des soins ?
6. Par quel moyen (outil) identifier-vous les patients ?
7. Quelles sont les différentes phases du processus d'identification ?
8. Existe-t-il des procédures mises en œuvre pour chacune de ces phases? Si oui lesquels ?
9. A l'aide de quels documents enregistrez-vous les patients qui se présentent dans votre service ?
10. Après identification des patients, comment enregistré vous les informations recueillir avec le patient ?
11. Qui sont les principaux acteurs de chacune de ces procédures ?
12. Quels sont les difficultés récurrentes que vous rencontrez dans l'exécution de vos tâches ?
13. Qui sont vos collaborateurs dans l'exécution de vos tâches?
14. En quoi consiste leur tâche vis-à-vis de votre service ?
15. Quel est la durée moyen du patient lors de s' prise en charge au C.H.N.E.A.R ?
16. Combien de rendez-vous Les patients ont en moyen pour le suivi après leur première consultation ?

Annexe 5 : Plan de communication et de concertation

Plan de communication et de concertation

Planification / Réalisation / Maîtrise des communications

Cibles	Messages	Messagers	Quand			Livrable		Statut OK / NON	Date réalisation	visa
			Déclencheur	Date prévue	Fréquence	Forme	Outils			
A qui s'adresse la communication ? Fait référence à personnes/groupe de l'organigramme de projet	Que veut-on communiquer ? description du contenu de la communication.	Qui est responsable d'assurer la communication	Ce qui déclenche la communication ? (demande formelle, décision...)	Date fixe prévue	Régularité prévue (hebdomadaire, mensuelle...)	sous quelle forme est livrée la communication ? (reunion, rapport, newsletter mail, ...)	Email, site web, présentation powerpoint	Communication livrée ?	date de livraison effective	Nom de la personne qui a livré

Annexe 6 : Registre de communication et de concertation

REGISTRE DE COMMUNICATIONS										
Résumé							Description			
Identifiant	Status	Date d'Approbation	Approuvé par	Date d'envoi	Envoyé par	Envoyé à	Type	Message	File Location	Feedback

Annexe 7: Fiche de révélation des anomalies constatées

Dakar, le N° C.H.N.E.A.R./DIR/AI Service :			
Tâche	Anomalie	Causes	Conséquences
<u>Visa du chef de service</u>			

Source : nous-même

BIBLIOGRAPHIE

1. AHOANGANSI E. (2010), *Audit et révision des comptes: aspects internationaux et espace OHADA*, Editions Mondexperts, Abidjan-Cotonou, 923 pages.
2. BOUVIER B. et ANNE-MARIE (2008), *Management des entreprises en 24 fiches*, Dunod, paris, 149 pages.
3. CAUVIN C. et COYAUD C. (1990), *Gestion Hospitalière: finance et contrôle de gestion*, ECONOMICA, paris, 286 pages.
4. DARSA J. (2013), *Les risques opérationnels de l'entreprise: Un environnement toujours plus risqué ?*, GERESO Edition, le mans, 267 pages.
5. DARSA J. (2011), *La gestion des risques en entreprise*, GERESO Edition, le mans, 347 pages.
6. DELNATTE J. et CROLIER J. (2001), *Comptabilité générale et budget des hôpitaux*, Editions école nationale de la sante publique, Rennes, 466 pages.
7. DUPUY O. (2007), *la nouvelle gouvernance hospitalière: l'organisation en pôles d'activité*, HEURES DE FRANCES, Paris, 97 pages.
8. EVIN C. (2002), *Les droits des usagers du système de santé*, Berger-Levrault, paris, 575 pages.
9. GRANGER B. et PIERRU F. (2012), *L'Hôpital en sursis*, le Cavalier Bleu éditions, paris, 182 pages.
10. GRAZIA B., TAGHI F., NGUINGUIRI J. et NDANGANG V. (2000), *La gestion participative des ressources naturelles: organisation, négociation et apprentissage par l'action*, Kasperek Verlag, Heidelberg, Germany, 95 pages.
11. HASSID O. (2008), *La gestion des risques*, Dunod, paris, 150 pages.
12. IFACI, PricewaterhouseCoopers et Landwell (2005), *Le management des risques de l'entreprise : Cadre de Référence-Techniques d'application, COSO II report*, Editions d'organisation, Paris, 338 pages.

13. ISO 31010 (2009), *Gestion des risques – Techniques d'évaluation des risques*, 188 pages.
14. ISO FDIS/31000 (2009), *Management du risque-Principes et lignes directrices*, 34 pages.
15. ISO GUIDE 73 (2009), *Management des risque – Vocabulaire*, édition AFNOR, Paris, 15 pages.
16. DE KERVASDOUE J. (2011), *L'Hôpital*, Presses de l'Université de France, paris, 127 pages.
17. KOUYATE M. (2013), *Gestion budgétaire de l'hôpital public en Côte d'Ivoire*, l'Harmattan, Paris, 388 pages.
18. KHAROUBI C. et THOMAS P. (2013), *Analyse du risque de crédit : banque et marchés*, RB Édition, paris, 155 pages.
19. LACHEZE-PASQUET (1997), *Management hospitalier pour le praticien*, Masson, paris, 264 pages.
20. Le Moniteur (2012), *Management des risques*, le moniteur n°5682- cahier détaché Vol (n°3), pages 15.
21. LOUISOT J. (2014), *Gestion des risques*, AFNOR Editions, paris, 268 pages.
22. MOTET G. (2009), *La norme ISO 31000 en 10 questions*, Fondation pour une Culture de Sécurité Industrielle (FONCSI), Toulouse, 10 pages.
23. PEETERS L. (2009), *Méthodes pour enseigner et apprendre en groupe*, De Boeck, Bruxelles, 169 Pages.
24. PIERANDREI L. (2015), *Risk Management: gestion des risques en entreprise, banque et assurance*, Dunod, paris, 300 pages.
25. RENARD J. (2009), *Théorie et pratique de l'audit interne*, Eyrolles, paris, 463 pages.
26. SCHICK P. (2010), *Audit interne et référentiel de risques*, Edition Dunod, paris, 339 pages.

27. TALLA R. et SALL I. (1999), *Réforme hospitalière: présentation, Loi et Décrets Santé du Ministère de la Santé Sénégal*, 49 pages.
28. YAICH A. (2009), *Le cadre de management des risques de l'entreprise (COSO 2)*, la revue comptable et financière N°85, pages 59.

WEBOGRAPHIE

29. Goguey, 1999, *La gestion des risques à l'hôpital : nécessité*,
<http://www.anasys.org/spip.php?article26>.
30. L'hôpital du Gier, 09/09/2015, *le circuit du patient*
<http://www.hopitaldugier.fr/circuit-du-patient-2.html>.
31. Fédération Hospitalière de France, 2011, *Le management hospitalier*
<http://www.revue-hospitaliere.fr/A-propos/LE-MANAGEMENT-HOSPITALIER>.