

La gestion des risques à l'hôpital

A. BÉGUET

1. Définitions et origines de la gestion des risques

Le risque, selon sa définition mathématique, introduit une notion de probabilité et une notion de gravité (1). Le risque est une probabilité qu'un danger se réalise. Il s'exprime en pourcentage (nombre de fois où le risque peut se réaliser sur le nombre de fois où la situation à risque – SR – se produit). En milieu hospitalier, on peut dire qu'il s'agit de la probabilité de survenue d'un événement indésirable (EI) causant un préjudice au patient, à un visiteur, à un membre du personnel hospitalier ou aux biens (figure 1).

La gestion des risques est née de plusieurs événements marquants (2) :

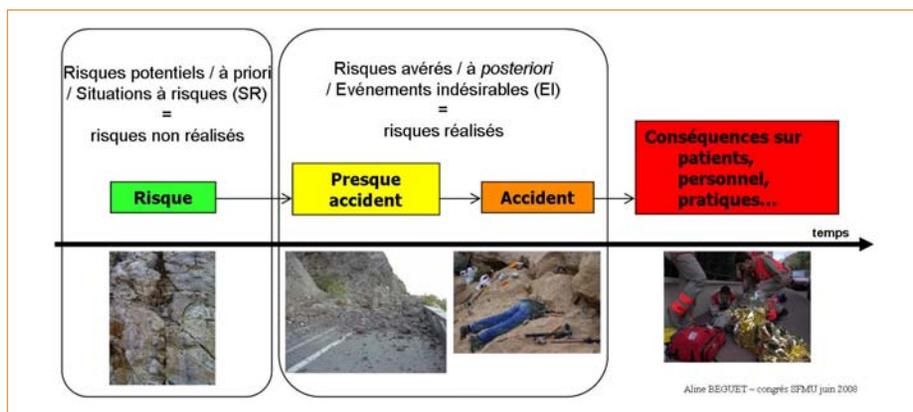
- dans les années 1980-1990, les infections nosocomiales (IN), le sang contaminé, la « vache folle », vont conduire à mettre en place les comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) et l'hémovigilance (qui sera suivie par d'autres vigilances) ;
- les années 2000 voient se multiplier les actes de terrorisme avec de nombreuses victimes : gaz sarin à Tokyo, métro à Paris, World Trade Center à New York, train à Madrid, attentats de Londres... ;
- des accidents industriels ont aussi eu des conséquences dramatiques : Bhopal, Tchernobyl, Seveso, Toulouse... ;

CHU de Clermont-Ferrand, 58, rue Montalembert, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1.

Correspondance : Aline Béguet, direction gestion des risques, bâtiment de la direction générale, CHU de Clermont-Ferrand, 58, rue Montalembert, 63003 Clermont-Ferrand cedex 1.

Tél. : 04 73 75 47 04. Fax : 04 73 75 10 46. E-mail : abeguet@chu-clermontferrand.fr

Figure 1 – Définitions



- les infections virales peuvent atteindre des stades pandémiques : grippe espagnole, grippe aviaire... ;
- les météorologues prédisent une accélération des catastrophes climatiques ce qui conduit aux plans canicule, plans grands froids... ;
- il ne faut pas non plus oublier les risques assurantiels et le risque judiciaire avec une société de plus en plus procédurière qui multiplie les procès.

Pour tous ces risques (qu'ils soient d'ordre organisationnel, médical, qu'ils concernent les pratiques, les professionnels, les patients...), l'hôpital doit être en mesure d'anticiper la survenue éventuelle de l'événement et d'organiser une réponse.

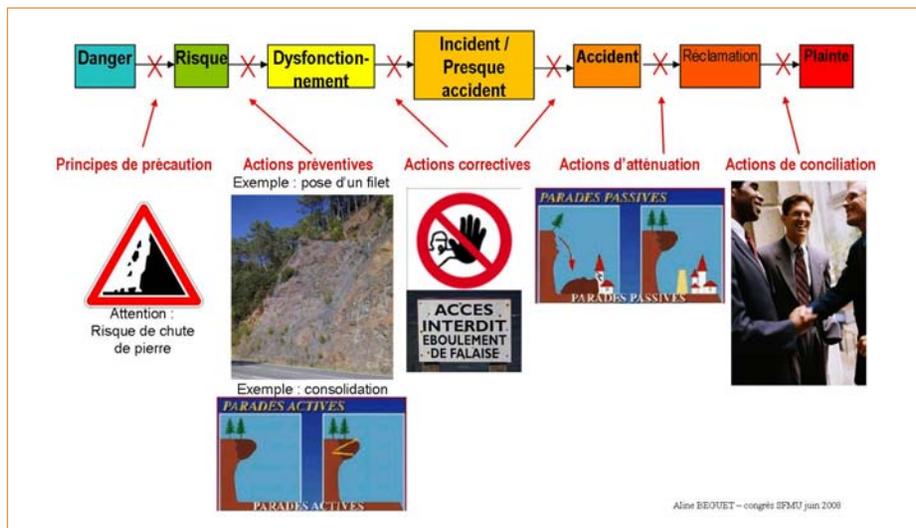
2. Les missions de la gestion des risques

Les missions de la gestion des risques sont (figure 2) :

1. d'anticiper l'apparition de SR (gestion de crises) ;
2. d'éviter l'apparition de SR (prévention) ;
3. d'éviter la réapparition d'EI (correction) ;
4. de rendre acceptables les risques qui ne peuvent être totalement évités (atténuer les conséquences, gestion de crises) ;
5. donner un état du fonctionnement de l'hôpital aux instances et directions fonctionnelles, au travers des SR et EI.

Contrairement aux vigilances sanitaires, la gestion des risques n'a pas pour mission de décider des actions correctives, préventives ou d'atténuation. Elle ne peut se substituer aux organes de direction déjà en place dans l'établissement de santé (ES). Par contre, elle se doit de hiérarchiser les EI et SR avec un regard objectif et elle se doit de s'assurer que les événements les plus critiques sont

Figure 2 – Les missions de la gestion des risques



traités par des actions correctives, préventives ou d'atténuation en faisant éventuellement des suggestions d'actions.

En effet, les vigilances réunissent en leur sein à la fois l'expertise et la gestion des risques dans un domaine donné. C'est pourquoi la gestion des risques doit s'entourer d'experts (ou au moins les identifier) pour préconiser des actions.

3. Le cœur de l'activité de la gestion des risques

Pour mieux anticiper les EI et SR, les éviter ou les atténuer, il faut les connaître. L'activité de la gestion des risques est donc basée sur le recensement et l'identification des SR et des situations qui ont donné lieu à des EI (**figure 3**). Le cœur de l'activité de la gestion des risques est de cerner le contexte et les circonstances dans lesquels le risque apparaît et de comprendre, pour les événements réalisés, ce qui s'est passé par une recherche des causes approfondie. Son rôle n'est pas la recherche d'un coupable et ne doit pas être utilisée par les directions et l'encadrement en tant que tel. L'être humain est complexe et l'erreur humaine existera toujours. Le rôle de la gestion des risques est d'instaurer une culture de remise en cause de l'organisation et des pratiques et une culture du signalement des EI et SR (3).

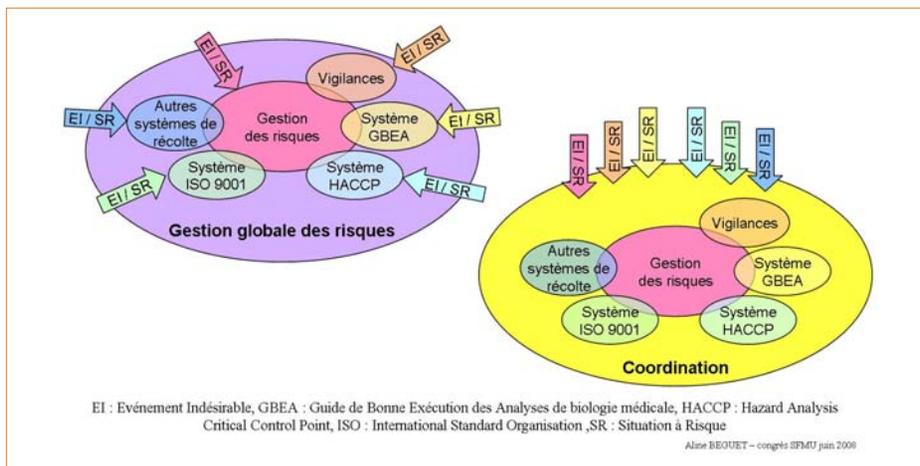
4. Gestion globale des risques et coordination

Le recensement doit être le plus large possible pour avoir une vision « globale » des EI et SR dans l'établissement de santé (4). Cette vision « globale » des

Figure 3 – Le processus de gestion des risques



Figure 4 – Gestion globale des risques et coordination



risques est importante, elle permet de détecter la récurrence de certains événements, de faire des liens entre plusieurs événements et de hiérarchiser les EI et SR de façon cohérente les uns par rapport aux autres.

La gestion globale des risques induit donc un rôle de « coordinateur » (figure 4). En effet, les activités d'un hôpital sont si variées que la cellule de gestion des risques ne peut se nommer à elle seule experte en la matière. Dans beaucoup d'ES, des services ont entrepris de façon autonome et parallèle des recensements d'événements (services de sécurité, responsable qualité de laboratoires...) soit pour un bilan d'activité, soit dans le cadre de certifications de type International Standard Organisation 9001 (ISO 9001), ou des certifications répondant aux exigences du Guide de Bonne Exécution des Analyses de biologie médicale (GBEA). Ces démarches d'amélioration de la qualité incluent le recensement des EI et SR (appelés aussi non conformités, dysfonctionnements, propositions d'amélioration...). Pour une vision « globale » il est nécessaire de coordonner le recensement de tous les

EI. Les événements recensés par les services sécurité, les responsables qualité de services, les vigilances et les urgences dans le cadre du décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 (concernant le « réseau urgences ») sont à inclure dans cette gestion dite « globale ». Et pourquoi pas, aussi, les accidents du travail ? Des règles de recensement, d'analyse et de suivi communes à tous les acteurs de la gestion des risques permettent un suivi et une hiérarchisation cohérente.

5. Les apports de la gestion des risques

La gestion des risques dans d'autres domaines a permis de prouver que les causes des EI et SR sont souvent d'ordre systémique. C'est-à-dire d'ordre organisationnel et non liées à une faute individuelle (3, 5). Ce constat est aussi le fruit de la gestion des risques par la recherche de produits toujours plus conformes : en diminuant la participation humaine, on augmente d'autant la sécurité.

À l'hôpital, ce n'est pas si simple. Bien que le fonctionnement soit devenu systémique, il reste humain. Pour le meilleur, si l'on considère que l'échange patient-soignant est essentiel ou pour le pire, si l'on considère que, d'un point de vu systémique, le maillon humain en est le point faible (5).

Malgré cela, suite à des enquêtes nationales sur la mortalité imputable à l'anesthésie et les événements indésirables d'origine médicamenteuse, des mesures réglementaires ont été mises en place et ont prouvé leur efficacité puisque, par exemple, le nombre d'accidents respiratoires survenant dans la phase de réveil a fortement diminué (6-8).

L'étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins (ENEIS) a révélé que pour 41 événements indésirables graves (EIG) pour lesquels une analyse approfondie des causes a été réalisée, 35 ont pour origine une cause systémique (9).

Cette enquête a aussi permis de mettre en évidence que 35 % des événements survenus en cours d'hospitalisation et 42 % des événements causes d'une hospitalisation ont été jugés « évitables ».

6. Les limites de la gestion des risques

La gestion des risques connaît malheureusement ses limites dans son rôle même de prévention. En effet, elle se retrouve souvent confrontée aux problématiques institutionnelles de budget ou de crainte de la sanction de l'erreur médicale.

Nous prenons conscience qu'il faut pratiquer la gestion du risque a priori mais notre mode de fonctionnement actuel est encore basé sur la gestion du risque a posteriori. C'est pourquoi les dossiers de la gestion des risques ne sont pas

toujours priorités. Pourtant, les « presque accidents » ont quasiment la même valeur informative que les accidents avec dommages.

Hormis les événements recensés par les vigilances, les EIG d'ordre médicaux sont faiblement signalés (10). Le système juridique n'est pas adapté à la récolte de ces événements sans une organisation, un circuit et une analyse spécifique.

Dans le domaine de l'aviation civile, les « presque accidents » et accidents sont systématiquement analysés et la loi française (loi n° 99-243 du 29 mars 1999) permet une distinction bien nette entre le processus judiciaire et le « retour d'expérience » protégée par une totale confidentialité dont l'objectif exclusif est la prévention (5).

Une analyse des événements basée par exemple sur le modèle « recuperare », appliqué au Québec, permettrait d'aider les déclarants à déculpabiliser puisque les causes sont la plupart du temps systémiques. Cette méthode est basée sur une première analyse de l'événement en faveur des actions mises en œuvre pour tenter de récupérer l'incident, avant de passer à l'analyse approfondie des causes (11).

7. Les risques professionnels

En gestion des risques, lorsque l'on parle de risques professionnels, le document unique ou l'évaluation des risques professionnels y sont toujours associés.

Rappel de la réglementation :

Les principes fondamentaux de la protection des travailleurs sont définis dans la directive CEE n° 89-391 du 12 juin 1989.

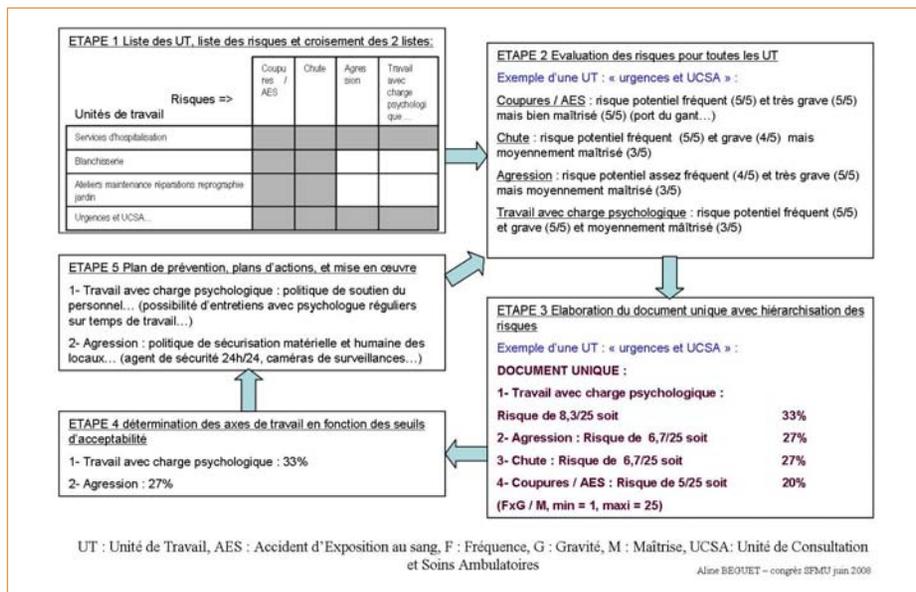
L'article L. 230-2 du Code du travail précise que le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'article R. 230-1 du Code du travail (décret 2001-1016 du 5 novembre 2001) introduit la notion de document unique : « l'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la sécurité et la santé des travailleurs (...) Cette évaluation comporte un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail ».

Enfin, dans la circulaire n° 6 DRT du 18 avril 2002 : « le document unique contribue à l'élaboration du programme annuel de prévention des risques professionnels ».

Le document unique consiste en une liste de risques potentiels (ou risques a priori) par unité de travail (figure 5). Les risques ont été préalablement évalués sur leur critère de fréquence, de détectabilité et de gravité, voire sur leur critère

Figure 5 – Élaboration du document unique, 5 étapes



de niveau de maîtrise. Ainsi évalués, on obtient une hiérarchisation des risques par unité de travail, ce qui peut servir de base pour un plan d'action (ou programme de prévention). Les risques doivent être réévalués chaque année, ce qui permet un comparatif des résultats d'une année sur l'autre. Le document unique est ainsi mis à jour chaque année.

Les risques avérés (accidents du travail) ne sont pas listés ou analysés dans le document unique, mais rien n'empêche l'employeur de les prendre en compte pour l'aider à orienter son programme de prévention.

8. Un risque professionnel : la violence

8.1. Les différents types de violence

Il existe différents modes d'expression de la violence :

- la violence volontaire qui peut s'exprimer verbalement (incivilité, menaces...), physiquement (coups, blessures, crachats...), ou moralement (harcèlement moral, managérial, sexuel...). Les causes sont multiples : conflit dans les équipes dû à des inégalités de tâches, des rivalités, des compétitions, incompréhension du discours médical par les patients...

À cette violence viennent s'ajouter les violences inhérentes au milieu hospitalier :

- la violence involontaire qui, pour des patients avec troubles psychiatriques permanents ou transitoires ou par des pathologies mentales organiques

(intoxications, sevrages, épilepsie, tumeur...), s'exprime aussi verbalement et physiquement ;

– la violence involontaire liée aux soins : spectacle de blessures aux urgences, irruption de la mort...

8.2. Les niveaux de violence

Concernant les violences volontaires subies par le personnel hospitalier et induites par les patients, visiteurs ou personnes étrangères à l'ES, on distingue 4 niveaux de violence (12) :

– l'incivilité : qui relève de l'absence de respect d'autrui et se manifeste par des comportements ponctuels (injures, insultes, provocations, chahuts, occupation de locaux, nuisances, salissures...);

– l'agression verbale : menaces d'atteinte à l'intégrité physique de la personne (menaces de morts...), insultes répétées... ;

– l'agression physique : gifles, coups, menaces avec port d'une arme... ;

– l'agression physique grave : blessures par une arme, viols, violences entraînant mutilation ou infirmité ;

et 3 niveaux d'atteintes aux biens (12) :

– dégradations légères : vol sans effraction, tags ;

– dégradations volontaires : vol avec effraction, vandalisme ;

– actes violents : dégradation ou destruction de matériel de valeur, incendie volontaire, vols à main armée...

Les actes d'agression de personnes se mêlant dans certains cas aux atteintes des biens.

En 2006, le Ministère de la santé et des solidarités a mis en place un observatoire national des violences. Chaque ES doit faire remonter à son agence régionale de l'hospitalisation (ARH) les signalements d'actes de violence.

Le bilan de l'année 2006 montre que les signalements ne sont pas exhaustifs mais permet de recenser 3 289 signalements de violence et de dégager certains constats (12). 87 % des signalements concernent les atteintes aux personnes (dont 51 signalements de gravité de niveau 4) et 85 % de ces signalements concernent les atteintes au personnel hospitalier. Les catégories professionnelles touchées sont, par ordre décroissant, les infirmiers, les aides-soignants, les médecins et le personnel administratif d'accueil.

Les services concernés par les 87 % d'atteintes aux personnes sont : premièrement la psychiatrie (55 %), deuxièmement les urgences (16 %) et en troisième position la médecine (7 %). à la différence du secteur psychiatrique, confronté aux problèmes de violence en journée, les urgences sont affectées de jour comme de nuit, avec une accentuation à partir de 20 h. 26 % des violences aux urgences sont de niveau 1 (incivilités 25 %, chahuts 1 %), 26 % de niveau 2

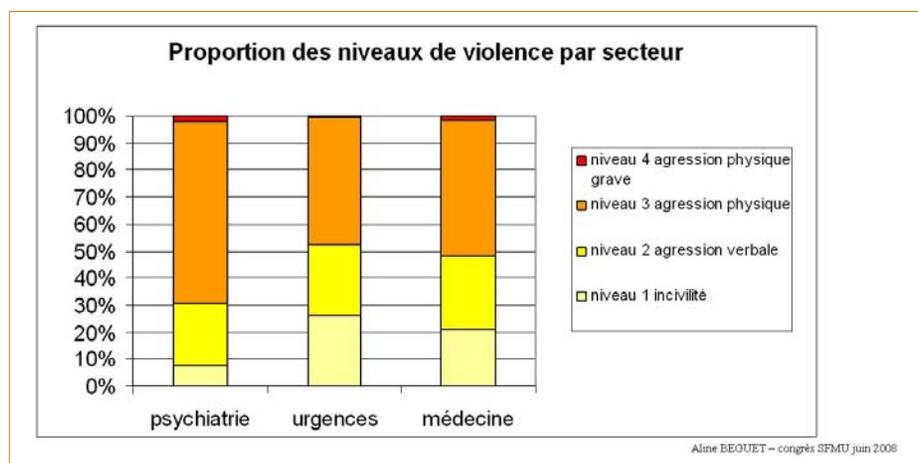
Tableau 1 – Extrait des résultats du bilan 2006 de l’observatoire national des violences

Nombre de signalements de violence avec atteintes aux personnes dans les secteurs psychiatrie, urgences et médecine

	psychiatrie	urgences	médecine
niveau 1 (incivilité)	122	122	43
niveau 2 (agression verbale)	365	120	56
niveau 3 (agression physique)	1068	219	103
niveau 4 (agression physique grave)	33	3	3
total	1588	464	205

Aline BEQUET – congrès SFMU juin 2008

Graphe 1 – Extrait des résultats du bilan 2006 de l’observatoire national des violences



(menaces de mort 7 %, autres menaces 18 %), 47 % de niveau 3 (44 % coups, bousculade, crachats...), 0,7 % de niveau 4 (1 viol et 2 violences avec armes) (**tableau 1 et graphe 1**).

Dans 98 % des signalements de niveau 1 aux urgences, le personnel hospitalier est la principale victime. Dans le cas des injures et insultes, dans 69 % des cas, le patient est à l’origine de l’altercation et dans 33 % des cas l’auteur est un accompagnant ou un visiteur. Les raisons conduisant à ces violences sont, dans les 2 cas, similaires : attentes, inquiétudes sans réponse de la part des personnels, prise en charge des populations à risque, conception architecturale non adaptée, installations défectueuses (distributeurs de boissons en panne).

Les violences physiques proviennent principalement des patients (88 %). Toute violence confondue, le personnel hospitalier est venu en aide à la victime dans 43 % des cas, il a fait appel aux forces de l’ordre dans 30 % des cas. Pour l’ensemble des violences déclarées aux urgences, 37 % ont fait l’objet d’un dépôt de plainte.

8.3. Les incidences sur le comportement

Selon Herbert J. Freudenberger, l'épuisement professionnel survient lorsque l'individu se heurte à un mur (13). Il compare alors les victimes d'épuisement professionnel à des immeubles incendiés : « sous la tension produite par la vie (...) leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe reste plus ou moins intacte ».

Quelle est cette « tension produite par la vie » qui déclenche l'incendie ? Comment passe-t-on du stress à l'épuisement ? La seule crainte de la violence verbale peut induire du stress. Tout d'abord, on cherche à se dépasser soi-même, à surmonter ce stress car nos croyances, notre éducation et la société actuelle nous orientent à persister et à nous animer pour y arriver quand même (atteindre un niveau de vie toujours supérieur de génération en génération, « les efforts sont toujours récompensés », « à cœur vaillant rien d'impossible »...). Mais cela nous épuise et il peut apparaître un sentiment de lassitude. À cela s'ajoute bien souvent une non reconnaissance (l'énergie dépensée est sans économie et parfois disproportionnée par rapport aux résultats), nous sommes alors frustrés. La vie perd de son sens et « l'incendie » débute.

Comment peut-on passer de l'épuisement à la dépression ?

Face à l'incapacité que l'on ressent devant la tâche à accomplir, nous devenons tendu et de ce fait de plus en plus irritable. Pour d'autres, abattus par une fatigue chronique, l'indifférence s'installe et si elle perdure l'ennui et le cynisme la remplaceront. A cette phase, l'individu peut tout d'abord perdre confiance en lui et entrer dans un cercle vicieux : il n'ose plus prendre d'initiative et se replie sur lui-même

Si le cercle n'est pas rompu, l'individu qui a tendance à se sentir coupable de ce qui lui arrive voit toutes les sphères de sa vie touchées. Épuisé physiquement et moralement, il n'a plus de projet, sinon de tout laisser tomber.

Les situations sont multiples et complexes : l'épuisement professionnel peut être aussi induit par une pression de la hiérarchie (harcèlement managérial), à l'épuisement professionnel peut s'ajouter le harcèlement moral de collègues (ce qui favorise le passage de l'épuisement à la dépression)... Elles nécessitent une analyse contextuelle qui permet de distinguer aussi les fausses victimes. L'expérience et le caractère de chacun face à la violence font aussi que nous réagissons différemment.

8.4. Les actions de prévention, d'atténuation et de correction

Il y a deux niveaux d'action : concernant le personnel en état d'épuisement ou sur le point de l'être et concernant les actes violents provenant de l'extérieur, de la société.

Concernant le personnel, on peut :

– éviter que l'épuisement s'installe : *favoriser les échanges de fonctions ou de tâches* (13). *Instaurer un management « à taille humaine »*, déstressant, basé sur

le principe que nous sommes toujours plus importants comme humain, peu importe les responsabilités données ;

– si l'épuisement est installé : la personne a la solution en elle et s'efforce de se *recentrer sur ses aspirations profondes*, de reprendre contact avec les valeurs qui l'animent, *d'exprimer de manière authentique ce qu'elle pense* avec respect pour autrui (13) ;

– si l'épuisement est bien installé, le personnel a besoin d'aide concrète par une *diminution de la charge de travail* ou en lui permettant de s'éloigner de ses préoccupations coutumières pour un certain temps, par *une écoute* de ses collègues. Nous devons réapprendre à écouter les autres, à se mettre à leur place et leur rappeler leurs succès passés (13). *Et pourquoi ne pas remettre aussi en question ses principes de management ?*

Concernant les actes de violence, une chose est sûre : se taire, c'est laisser faire. Une des premières actions de prévention que propose la gestion des risques est de :

– *faire connaître les actes de violence* par le signalement des événements indésirables. Mieux connaître les faits permettra de mieux cibler les actions.

D'autres actions de prévention très variées, recensées dans la littérature, sont mises en œuvre dans les ES en fonction de l'organisation et de la typologie des patients accueillis :

– *savoir accueillir et savoir informer (spécifique au service d'accueil des urgences – SAU) :*

- au niveau de l'espace d'accueil : choix des formes, couleurs et matériaux en adéquation avec une ambiance rassurante et apaisante et choix d'une architecture qui privilégie des espaces d'intimité pour les familles et accompagnants qui vivent parfois des instants douloureux et/ou d'intense émotion,

- au niveau des formes employées (tons, mots, attitudes...) par le personnel d'accueil pour transmettre les informations. Le rôle de l'agent d'accueil est primordial. Il apparaît comme étant la première bouée de sauvetage à laquelle va s'accrocher l'utilisateur face à l'inconnu (14) ;

– *privilégier la formation des personnels à la gestion des situations de violence.* Le soignant qu'il soit médecin, infirmier ou aide-soignant est le représentant symbolique de ce qui fait mal et sera donc la cible en cas d'incompréhension (14). Il doit être formé à dépister la violence latente, à prévenir les situations de violence, à comprendre la violence et l'agressivité, comprendre les facteurs favorisants ou déclencheurs, comprendre en quoi les émotions, représentations, attitudes ou paroles des professionnels peuvent influencer la situation de violence ou d'agressivité et enfin une formation permettant d'agir en situation de violence et d'agressivité (maîtriser les tensions ou éviter la potentialisation de la violence) (15) ;

– de *mettre en sécurité les services de soins* : dispositifs de vidéosurveillance, boutons d'appels, renforcement de l'éclairage, ligne directe entre la sécurité de

l'ES et la police, renforcement de la présence d'agents de sécurité, rappel des numéros d'urgences sur les postes téléphoniques, fiche pratique « que faire en cas d'agression » adressée à l'ensemble des agents... (15), mise en place de cartes électroniques d'accès, contrôle des accès par badges, installation de dispositifs antivols sur les matériels présentant le plus de risque de vol avec mise en place de bornes d'alarme à la sortie des services et des bâtiments, sensibiliser le personnel à la fermeture des portes à clé, placer des coffres-forts individuels dans les chambres... (16), autoriser les forces de l'ordre à effectuer des rondes de surveillance dans l'enceinte de l'ES, autoriser le centre hospitalier à déposer directement plainte pour l'infraction commise même en l'absence de dépôt de plainte du personnel... (17), mise à disposition du service des urgences d'agents de la police municipale par la ville à titre gracieux... (18), création de boîtes sécurisées, pose de panneaux signalétiques informant les usagers des peines encourues en cas d'agression verbale ou physique, ligne téléphonique dédiée entre SAU et commissariat, présence d'infirmiers « seniors » ou à spécialité (psychiatrie) au SAU... (19).

En matière d'atténuation des conséquences liées à l'expérience vécue d'une situation violente, une seule action recensée :

– *l'accompagnement médico-psychologique* : il se fait de manière individuelle par un entretien médical permettant de recadrer l'événement et d'éviter que des traumatismes psychologiques restent ignorés et de manière collective : une équipe soudée réduit le traumatisme psychologique (14, 15).

Les actions correctives se résument à :

– *déposer plainte* pour toute agression verbale ou physique. Malheureusement, dans certains cas les individus ne sont pas identifiés et le dépôt de plainte peut demeurer une action inefficace. Néanmoins, il peut s'accompagner, selon les ES, d'un accompagnement juridique (assistance par une cellule « contentieux – conciliation », assistance d'un avocat, règlement des honoraires) et peut renforcer l'accompagnement médico-psychologique. En effet, le dépôt de plainte est une étape essentielle dans la reconnaissance du dommage subi et la sortie du déni (15) ;

– en cas d'incivilité, *rappeler à l'auteur des faits les devoirs de tout citoyen* envers les fonctionnaires dans l'exercice de leur fonction par un courrier (14).

Les exemples d'actions concernant les actes de violence ne manquent pas, mais ces actions peuvent demeurer vaines sans un engagement de la direction de l'ES dans le domaine de la sécurité des personnes. Les actions doivent s'inscrire (tout en préservant le caractère social ouvert à tous et le caractère public de l'ES) dans une politique générale où la direction de l'ES s'engage à ne pas laisser se développer en toute impunité des actes de violence au sein de l'hôpital. Cela signifie aussi que les ES doivent se positionner sur la sécurité des personnes comme ils le font sur la sécurité des biens et actualiser, pour certains, les rôles et missions des agents de sécurité.

Le 11 mai 2007, le ministre de la Santé annonçait cinq mesures pour lutter contre les violences faites aux professionnels des ES :

- généraliser les partenariats entre établissements de santé et forces de l'ordre ;
- tous les projets d'établissement devront inclure un volet sécurité ;
- allouer des moyens supplémentaires en matière d'équipement de sécurité ;
- prendre en compte dans les projets immobiliers et mobiliers un volet sécurité ;
- intégrer à la formation initiale des professionnels de santé un module spécifique afin de les préparer à faire face aux situations de violence.

A suivre...

Références bibliographiques

1. Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Sous-direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé. Recommandations pour l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de gestion des risques dans les établissements de santé. Mars 2004.
2. Hervé M. Gestion des risques, l'hôpital fait face. Décision santé n° 203 mars 2004 : 10.
3. Davan-Soulas M. Gestionnaire de risques. Démarche qualité n° 99 janvier-février 2005 : 16.
4. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation. Édition 2007 : 180 p.
5. David G et Sureau C. De la sanction à la prévention de l'erreur médicale. Propositions pour une réduction des événements indésirables liés aux soins. Rapports de l'Académie Nationale de Médecine. Lavoisier 2006 : 18 p.
6. Hatton F, Tiret L, Maujoul L, et al. Enquête épidémiologique sur les accidents d'anesthésie. Premiers résultats. Ann Fr Anesth Réanima 1983 ; 2 : 331-6.
7. Lienhart A, Auroy Y, Pequignot F, et al. Premiers résultats de l'enquête SFAR-INSERM sur la mortalité imputable à l'anesthésie en France : réduction par 10 du taux de ces décès en 20 ans. Bull Acad Natl Méd 204 ; 188 : 1429-41.
8. Schmitt E. Le risque médicamenteux nosocomial. Circuit hospitalier du médicament et qualité des soins. Paris, Masson 1999.
9. Michel P, Quenon JL, Djihoud A, et al. Les événements indésirables graves liés aux soins observés dans les établissements de santé : premiers résultats d'une étude nationale. Études et résultats n° 398 mai 2005 ; 15 p.
10. Amalberti R, Gremion C, Auroy Y, et al. Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine. DREES Études et résultats n° 584 juillet 2007 ; 8 p.
11. De Marcellis Warrin N. Analyse des incidents-accidents liés aux soins au Québec : le modèle Recuperare-Santé. Risques et qualité 2005 Volume II n° 3 : 145.
12. Observatoire national des violences DHOS. Bilan National. Remontée des signalements d'actes de violence en milieu hospitalier. Février 2007. 17 p
13. Freudenberger H. L'épuisement professionnel : la brûlure interne. Québec, Gaétan Morin Éditeur 1987.

14. Ruiz D, Philippe JM et Fourny IM. La violence aux urgences Quelles réalités ? Quelles solutions ? Texte d'intervention aux 21^{es} journées d'enseignement des infirmiers spécialisés en anesthésie, en réanimation et soins d'urgences des 3 et 4 juin 2005.
15. Stanek A. Halte aux violences à l'hôpital ! Revue Hospitalière de France. Spécial Hôpital Expo n° 509 mars-avril 2006 : 46.
16. Tranthimy L. Violence : l'hôpital renforce sa sécurité. Décision Santé n° 203 mars 2004 : 27.
17. Chevallier JR et Péan S. Conventions hôpital – police – justice. L'expérience du centre hospitalier de Blois. Revue Hospitalière de France n° 513 novembre-décembre 2006 : 49.
18. Prévention de la violence aux urgences. Une convention entre le CHU et la ville de Nice. Hospimédia du 4 juin 2007.
19. Santori L. Urgences du CHU de Nice. Accompagnement multifacette. Revue Hospitalière de France. Spécial Hôpital Expo n° 509 mars-avril 2006 : 49.