

GUIDE

Aide à la mise en place de l'Analyse de processus

Version Janvier 2014



RÉQUA

Réseau Qualité des établissements
de santé de Franche-Comté

☐ • <i>Introduction</i>	5
☐ • <i>Contexte de l'analyse de processus ?</i>	6
1 Cartographie des processus :	6
2 Analyse des processus :	6
☐ • <i>Définition du processus</i>	6
☐ • <i>Grands principes de l'approche processus</i>	8
☐ • <i>Les préalables à la mise en place d'analyses de processus</i>	11
1 Les questions préalables	11
2 L'organisation de l'établissement	13
☐ • <i>Mise en place de la démarche d'analyse de processus</i>	15
1 Les conditions de réussite	15
2 L'organisation.	15
3 Le travail d'analyse	15
☐ • <i>L'analyse de processus</i>	16
1 Le bornage du processus.	16
2 Les critères d'inclusion d'exclusion.	16
3 La description du processus (?)	17
4 L'identification des dysfonctionnements ou des défaillances.	19
5 L'identification des risques consécutifs aux dysfonctionnements et défaillances.	20
6 L'évaluation de la criticité des risques	22
7 Interpréter les résultats	25
☐ • <i>Identification et hiérarchisation des actions d'amélioration</i>	27
☐ • <i>Structuration du plan d'actions d'amélioration</i>	28
☐ • <i>Communication des résultats</i>	29
☐ • <i>Organisation du plan d'actions à l'échelle de l'établissement</i>	30
☐ • <i>Rapport avec le compte qualité</i>	32
☐ • <i>En résumé :</i>	35
☐ • <i>Annexe 1 – Processus chronologique court séjour</i>	37
☐ • <i>Annexe 3 – Thématique douleur approche PDCA</i>	39
☐ • <i>Annexe 4 – Processus approche mixte PDCA et traitement chronologique dans le « DO »</i>	41
☐ • <i>Annexe 5 – Grille d'audit de processus</i>	48

•	Annexe 6 – Thématiques et processus	49
6.1	Identification des thèmes et processus structurants secteur sanitaire.	49
6.2	Identification des thèmes et processus structurants secteur médico-social.	52
•	Annexe 7 – Exemples d'échelles de cotation	55
7.1	Gravité des conséquences Echelle à 5 niveaux :	55
7.2	Gravité des conséquences : Echelle à 4 niveaux:	56
•	Annexe 8 – Extrait de cartographie des risques en service d'urgences	57

Introduction

Un guide traitant de l'analyse de processus : Pour Qui ? Pourquoi ?

Les qualitiens connaissent la méthodologie, ils sont formés et l'utilisent déjà dans leur approche. Les responsables qualité gestion de risques identifient leurs processus à risque, les ont décrit et les connaissent sur le bout des doigts. Et les professionnels de santé entendent parler d'une Nième méthode qualité encore bien loin de leurs pratiques quotidiennes ...

En fait ce guide s'adresse **à tous les professionnels** de santé. Que vous œuvriez pour la qualité et en particulier dans le cadre de la gestion des risques associés aux soins, que vous soyez soignants professionnels de santé, professionnels en établissement, ce guide peut vous aider. Qualitiens, médecins, pharmaciens, sages-femmes, professionnels paramédicaux et tous les professionnels impliqués dans l'optimisation de la qualité servie au patient/résident pourront mieux approcher les différents processus et/ou thématiques structurant, organisant ou soutenant l'activité de prise en soins, en mieux comprendre l'articulation et ainsi simplifier la prise en compte globale évitant de répéter des séquences identiques dans de nombreux domaines.

Une demande est née au sein du RéQua émanant des structures sanitaires inquiètes devant les termes de la nouvelle méthodologie de la procédure de certification dite V4 ou V 2014 ; compte qualité, analyses thématiques, analyse de processus. Cette demande est largement relayée par les structures médico-sociales qui souhaitent pratiquer des analyses de risques a priori, réaliser des cartographies des processus et cartographies des risques dans certains domaines de leurs activités. Ainsi la prise en charge médicamenteuse, la prise en charge de la douleur semblent des sujets unanimement plébiscités.

La HAS a précisé la manière dont elle entend – à partir du manuel de certification inchangé – soutenir, au travers des investigations des experts-visiteurs, certaines thématiques, en encourageant le développement et orienter son regard en adéquation avec les enjeux clefs du système de santé. (**François Bérard**, chef du service certification des établissements de santé). Néanmoins si certains thèmes d'analyse semblent simples à organiser selon les différentes étapes successives d'une prise en charge, d'autres thèmes sont plus difficiles à structurer car ils ne répondent pas aux différentes étapes de la prise en soin d'un patient/résident.

Comment, dès lors pouvoir s'organiser pour analyser son activité, identifier les défaillances possibles et les risques induits ?

C'est une réponse à ces questions que ce guide souhaite apporter. Des éclaircissements entre l'approche processus et l'approche thématiques, et les différentes possibilités d'appréhender les différents processus et thématiques.

Ce guide est la traduction de l'expertise d'une équipe, celle du RéQua, dont les membres travaillent sur ce sujet à titre divers. Ce guide n'a pas vocation à demeurer unique et orphelin, il est complété par un guide de réalisation d'une cartographie des risques

Contexte de l'analyse de processus ?

1 Cartographie des processus :

Actuellement, l'analyse de processus est de plus en plus souvent évoquée dans les établissements sanitaires et médicosociaux. Pour vous aider à mener une analyse de processus « pas à pas » il nous a donc semblé indispensable d'apporter des notions simples permettant de mettre en place cette approche de l'analyse des processus qui requiert une méthodologie précise.

L'ensemble des processus est organisé autour de la prise en charge du patient ou résident et constitue la cartographie des processus. La connaissance des processus est déjà installée dans les établissements de santé et médicosociaux. Ceux-ci doivent toutefois être renforcés, consolidés notamment en ce qui concerne les relations entre les différents processus individuels qui existent dans une structure ainsi que leurs combinaisons et interrelations. Ceci a pour conséquence :

- Le renforcement des échanges entre les différents acteurs,
- L'amélioration du travail en équipe,
- L'amélioration de la performance et de l'efficacité de l'équipe,
- La stimulation d'une dynamique d'amélioration continue de la qualité.

2 Analyse des processus :

Nous ciblerons à travers ce guide l'analyse de processus, et l'exploitation des résultats.

L'analyse de processus permet d'évaluer l'organisation d'un processus pour s'assurer de sa maîtrise et vérifier son application sur le terrain. L'analyse de processus permet une étude systématique d'une pratique existante porteuse d'enjeux, non stabilisée, génératrice de dysfonctionnements réels ou potentiels. Elle peut permettre par ailleurs de sécuriser une pratique (activité) nouvelle avant sa mise en œuvre.

Par ailleurs, l'évaluation par traceur système, consiste à suivre un évènement, un service ou un produit, depuis son entrée dans le processus jusqu'à sa sortie. Ainsi l'identification a priori des risques de défaillance, et leur traitement apportera les moyens de maîtriser les processus étudiés.

Nous ferons, en fin de travail, la liaison avec la réalisation de cartographie des risques, dont la mise en œuvre découle du travail préliminaire qu'est l'analyse de processus. La cartographie des risques est un outil de gestion des risques a priori et de management des risques en général. Il s'agit d'un outil d'aide à la décision qui a pour but de hiérarchiser les risques en vue de les maîtriser.

Définition du processus

Selon la norme ISO 9001:2008 la définition est la suivante :

Processus : « *ensemble d'activités corrélées ou interactives qui transforme des éléments d'entrée en éléments de sortie* ». C'est un outil de modélisation des activités. Un processus est une succession d'activités, d'étapes parfois nommées sous-processus, qui concoure à la satisfaction des besoins, attentes des usagers.

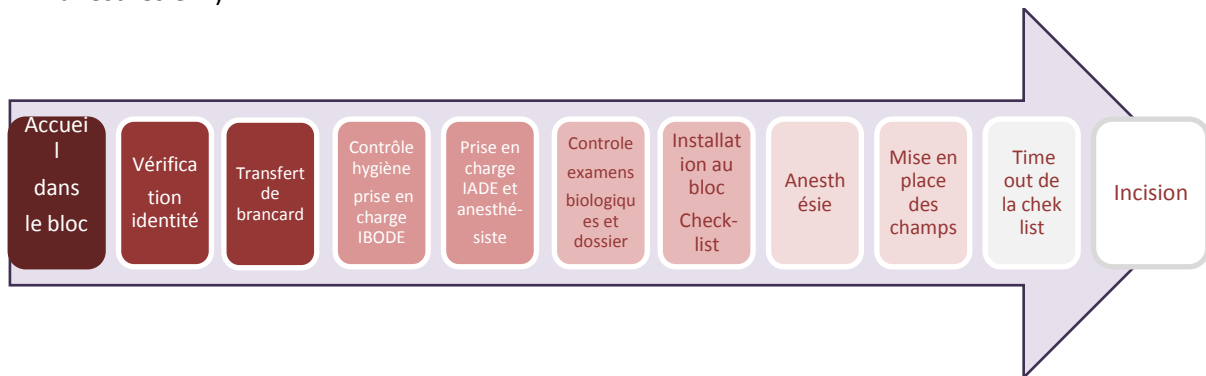
Un processus est défini comme un enchaînement d'étapes successives au service d'un objectif (exemple : prise en charge du patient au bloc opératoire, prise en charge de la personne âgée désorientée en secteur de soins). Chacune des étapes est productrice d'une contribution précise, d'une valeur ajoutée, qu'il convient d'identifier en termes d'enjeux, de contenu et de qualité-sécurité.

Chaque processus :

- a un début et une fin,
- est décliné en étapes, pour lesquelles les points critiques sont identifiés lors de l'analyse.

Le processus répond à la question « Que faire pour atteindre le résultat attendu ? ». Il en résulte que la caractéristique première d'un processus est sa finalité.

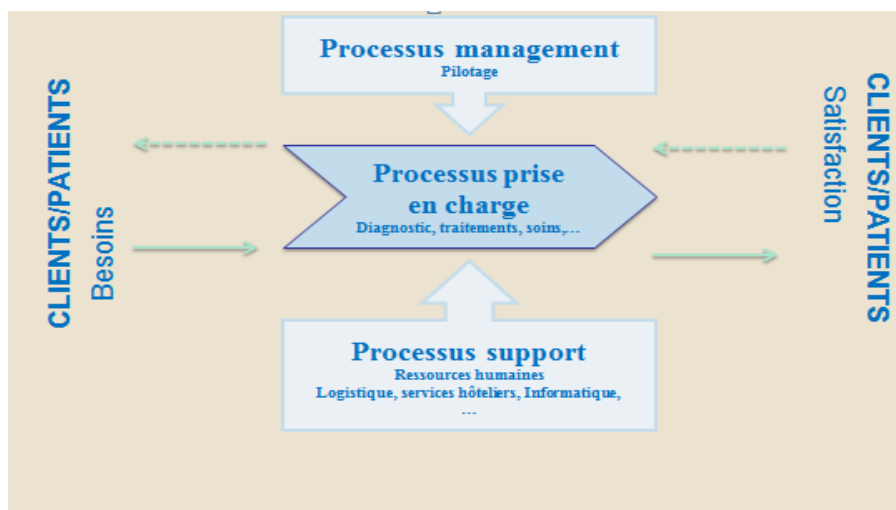
Le processus prise en charge (exemple : prise en charge du patient au bloc opératoire) peut être segmenté en étapes successives qui constituent des sous-processus (exemple : admission au bloc opératoire : accueil, identification du patient, initiation de la check-list, vérification de la préparation de l'opéré, vérification de la complétude du dossier, installation en salle de pré-anesthésie....)



Les processus sont de 3 ordres : processus de prise en charge, processus supports (logistique...), processus managériaux.

Pour chaque processus de prise en charge, il est nécessaire d'introduire :

- la dimension organisationnelle ; de convoquer les étapes du management susceptibles d'interférer dans le processus ;
- la dimension « supports » ; de traiter les ressources humaines, logistique, système d'information



Ainsi tout processus de prise en charge s'accompagnera de ses indispensables que sont les processus de management et supports. Dans l'ensemble des processus, le management et les supports devront voir interroger leur pertinence dans ce processus ; par exemple dans un

processus fin de vie, les supports structurants EMSP, HAD, services sociaux et administratifs semblent indispensables : les autres pourront interroger quant à leur présence.

■ Grands principes de l'approche processus

Les objectifs de l'approche processus

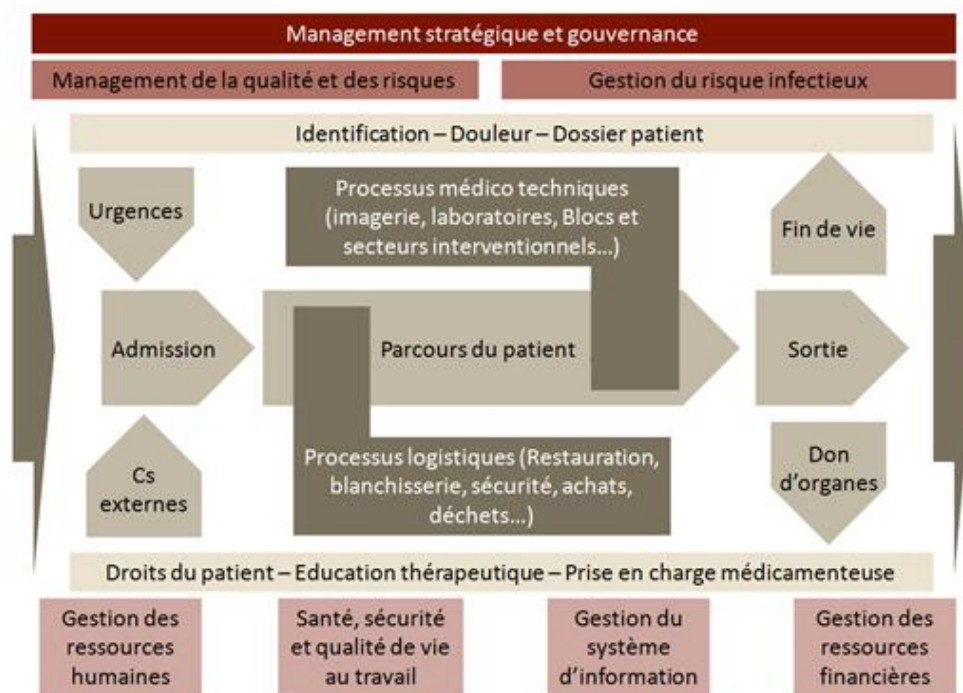
L'approche par processus est au centre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. Cette approche permet de structurer une démarche de management de la qualité, voire de management PAR la qualité. Cette approche permet d'aborder des prises en charge linéaires (en étudiant le circuit du patient) mais aussi des processus transversaux (gestion du dossier patient, prise en charge médicamenteuse, restauration). Elle permet en outre d'identifier et de comprendre les problèmes de qualité, et de gestion des risques, de management, et logistiques de manière directe. On peut ainsi étudier simultanément toutes les pratiques qui concourent à une prise en charge, qu'elles soient organisationnelles ou professionnelles.

Enfin, l'approche processus apporte une lisibilité globale d'une activité donnée et permet aux responsables d'appréhender toutes les ressources utiles et indispensables ; à l'identique, les écueils rattachés à chaque processus pourront être identifiés et caractérisés. Grâce à une représentation schématique, chaque professionnel peut identifier son propre rôle, mais aussi les interactions fonctionnelles qu'il est susceptible de développer et/ou d'entretenir dans son poste, dans son service, dans son unité fonctionnelle.

L'approche processus permet :

- de centrer la démarche qualité sur le patient / résident,
- de mieux percevoir et évaluer la qualité réelle,
- de passer à la qualité centrée sur les pratiques,
- d'évaluer a priori les défauts dans l'organisation, plutôt qu'a posteriori,
- de concilier démarche qualité et conduite de la procédure de certification,
- d'intégrer la gestion de projet dans le quotidien.

L'activité d'un établissement de santé peut être décrite, voire schématisée, sous la forme de processus essentiels (qu'ils concernent le pilotage, les parcours des patients/résidents et les prestations associées ou encore les fonctions dites support) ou d'activités thématiques de base. La réalisation d'une **cartographie des processus** synthétise l'ensemble des activités d'un établissement.

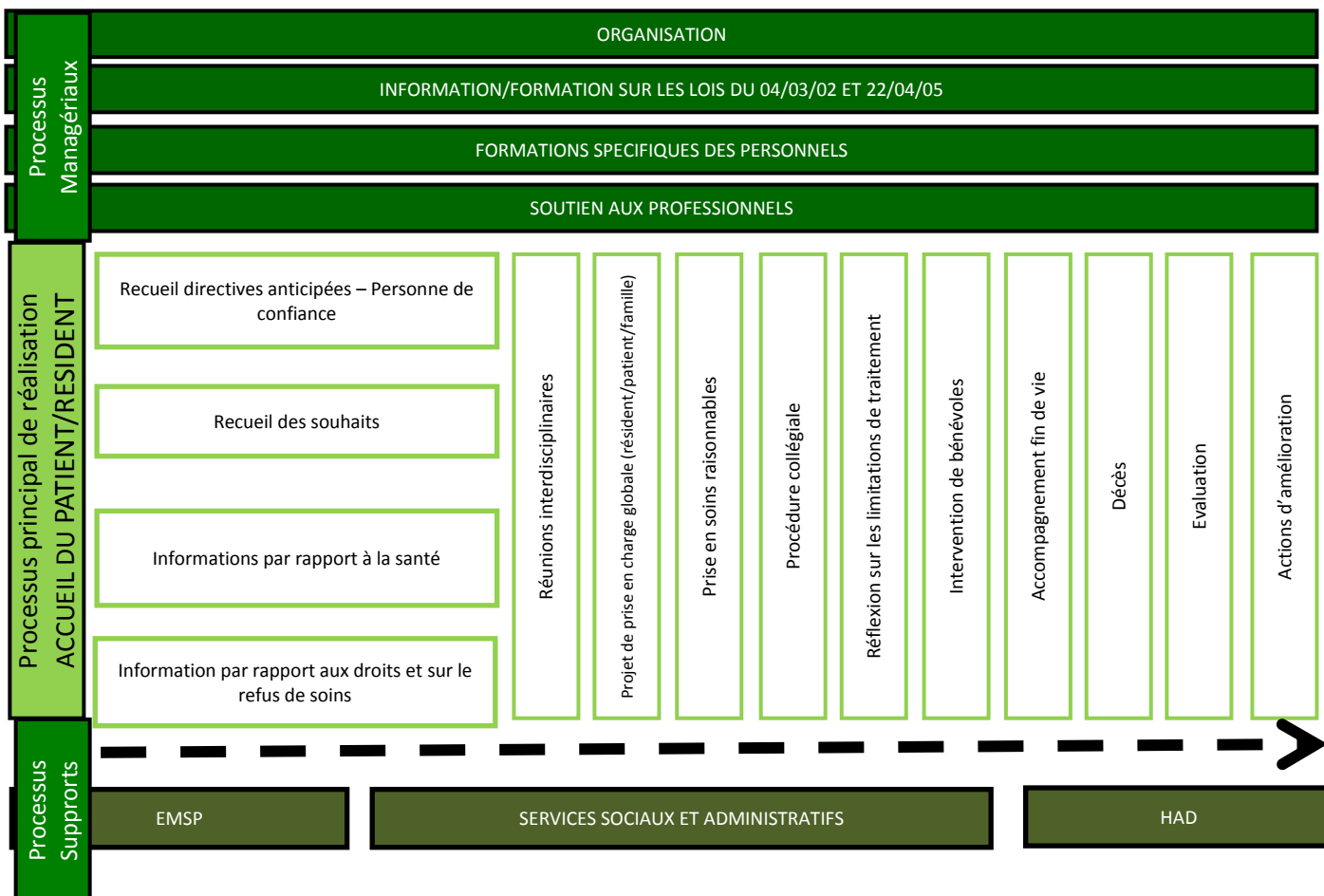


Exemple d'une cartographie des processus en établissement de santé

La conduite des analyses se fait ensuite par étapes successives. L'ordre des analyses dépend des enjeux ou priorités de la structure : démarche de certification à venir, d'évaluation externe, volonté d'amélioration d'un type de prise en charge, écriture d'un projet d'établissement, contractualisation...

L'analyse a pour objet, étape par étape, de s'assurer de la pertinence des actions réalisées et des modalités de gestion du processus de prise en charge ainsi que de l'organisation professionnelle associée. Cette analyse est réalisée au regard du contexte, des défaillances et dysfonctionnements possibles connus ou identifiés a priori, des références réglementaires et des recommandations existantes.

La représentation globale peut prendre différentes formes.



Exemple de représentation du processus fin de vie et droit des patients travaillé en Région Franche-Comté.

La finalité est de s’assurer que le soin délivré est conforme au soin conçu et surtout que la qualité de la prestation délivrée au patient/résident correspond à la qualité de la prestation attendue.

L’approche processus doit permettre à l’établissement d’identifier ses possibles défaillances, et donc de manager ses dysfonctionnements et ses risques propres **afin de prendre en charge, au mieux, le prochain patient/résident**. Les processus sont ainsi, avec le temps, progressivement optimisés et maîtrisés dans les différents secteurs d’activité concernés.

Cette méthode, grâce à la vision synthétique globale qu’elle apporte, en particulier sur la fragilité des interfaces, peut amener des pistes de réflexion pour optimiser ou « transformer radicalement » l’organisation d’une activité. Elle aide à changer non seulement les façons de faire, mais également les façons de voir, soit les paradigmes des personnes concernées.

Les préalables à la mise en place d'analyses de processus

La description d'un processus requiert une organisation rigoureuse et une implication institutionnelle.

1 Les questions préalables

La méthode implique deux questions fondamentales, celle de **la pertinence** et celle de **l'efficacité** des activités et des étapes du processus :

- Ce geste est-il nécessaire et indispensable à la prise en soins de mon patient/résident?
Est-il le plus adapté ?
- Faisons-nous ce geste de la meilleure façon pour nos patients/résidents ?

En d'autres termes :

- Sommes-nous totalement en accord avec les dernières recommandations en la matière ?
- Offrons nous toutes les chances à nos patients/résidents ?
- Répondons-nous totalement à leurs attentes ?

Pour organiser l'analyse de processus, deux approches sont possibles :

1 celle de la chronologie de chaque étape d'un parcours patient/résident donné qui apportera les étapes successives de la prise en charge.

2 celle de l'organisation d'une démarche qualité autour d'un processus qui permettra d'interroger l'organisation globale de ce processus. Le modèle utilisé est la démarche PDCA « Plan, Do, Check, Act » ou PDCA.

La phase « PLAN » correspondra au management : ce processus est-il identifié dans l'établissement travaillé ? Les ressources nécessaires à sa mise en œuvre sont-elles disponibles ou au contraire cela génère-t-il des glissements de tâche, des défaillances ... ? Comment est organisée l'évaluation de ce processus ?

La phase de prise en charge du patient/résident va correspondre à l'étape « DO » de réalisation.

Les temps « CHECK et ACT » correspondront à l'évaluation du processus et à la mise en œuvre des actions d'amélioration.

PLANIFIER: Définition du processus en fonction de l'analyse des risques et/ou des besoins patients/clients. Ressources identifiées (humaines, matériels, documentaires).

Objectifs et indicateurs définis.

Organisation interne : pilotage, rôle et responsabilités.

Interfaces (processus ou services).

METTRE EN ŒUVRE

Connaissances, compétences.

Mise à disposition et utilisation des documents.

Information et communication.

Outils et matériels.

Evaluation des activités (contrôle de conformité des activités).

Traçabilité.

EVALUER :

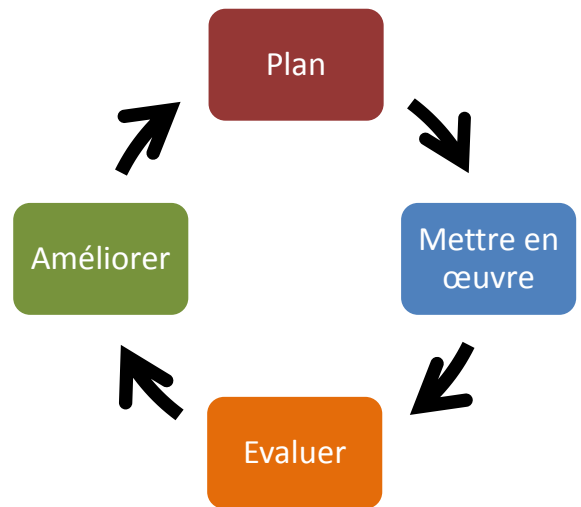
Processus évalué (revue de processus, indicateurs de fonctionnement, indicateurs de satisfaction, audits...).

Résultats communiqués.

AJUSTER :

Actions d'amélioration mises en place.

Implication du personnel.



Alors devant ces deux approches possibles comment choisir le mode de travail ?

Il paraît logique d'opter pour **une approche processus chronologique** A CHAQUE FOIS QUE POSSIBLE c'est-à-dire à chaque fois que les 4 conditions suivantes sont réunies : le processus peut s'intituler « *Prise en charge* », l'objet en est un patient, le bornage est défini, et des étapes successives peuvent être identifiées.

Dans les autres cas l'approche thématique selon le PDCA sera plus appropriée. Ce sera le cas même si l'intitulé reste « *Prise en charge* », et que l'objet n'est pas un patient mais une notion transversale, par exemple *Prise en charge de la douleur*, *Risque infectieux*. Ce sera également le cas si la dénomination est dépourvue de la notion de « *Prise en charge* », par exemple : *Gestion du risque* ou *Education thérapeutique*... Dans ces différents cas pour faciliter l'approche, il sera judicieux de se reporter au manuel de certification avec ses étapes E1 ou Plan, E2 Mettre en œuvre, E3 Evaluer et Améliorer.

Enfin les **deux approches peuvent se combiner dans une approche mixte** PDCA et parcours de prise en charge : dans ce cas le PLAN aborde les aspects organisationnels; le DO correspond au parcours et à ses temps successifs et étapes, le CHECK et ACT aux actions d'évaluation et d'amélioration. Cette approche mixte est applicable dans tous les cas, mais nécessite une expérience certaine dans l'analyse de processus.

Des exemples figurent en annexes 1, 2, 3, 4.

2 L'organisation de l'établissement

Une implication forte de la Direction est un préalable à l'engagement des équipes dans l'analyse de processus.

L'établissement définira, en préalable à tout travail sur les processus, une organisation globale en lien avec l'organisation de la démarche qualité gestion des risques.

→ **Le Directeur et le Président de CME** supervisent l'ensemble des démarches qualité gestion des risques, aussi la lisibilité de l'ensemble des analyses de processus et du PAQSS de l'établissement leur est nécessaire. Ils mettent en place une instance de pilotage. A la fin des travaux ils prendront, au vu des résultats des travaux, la décision de prioriser les actions d'amélioration en fonction des facteurs conjoncturels, ou facteurs de risques....

→ **L'instance de pilotage** permet et facilite une mise en œuvre opérationnelle de l'analyse des processus. Elle devra s'assurer de l'application de la stratégie et de la politique définies par l'institution. Cette instance est généralement pluri professionnelle et si nécessaire pluridisciplinaire. Ce groupe de pilotage définira les règles internes de fonctionnement des analyses de processus :

- nombre de processus ou thématiques analysés,
- la manière de traiter les processus transversaux
- la planification et la cohérence d'ensemble.

L'instance de pilotage peut compter dans ses membres le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, le gestionnaire de risques, le responsable de la cellule qualité et du comité gestion des risques voire du coordonnateur des vigilances, des représentants des soignants et cela paraît judicieux. Sa composition est à adapter en fonction de la taille et des activités de l'établissement. Cette instance aura une lisibilité totale sur le déroulement de la démarche. Elle organise la vision globale de l'ensemble des travaux d'analyse. Elle collige l'ensemble des actions d'amélioration. Cette mission peut être assurée par un comité Qualité-Gestion des risques.

Par exemple, l'existence d'une analyse sur la prise en charge de la douleur permettra de supprimer l'étape douleur dans les prises en charge chirurgicales en médecine. Néanmoins, dans certains processus de prise en charge type unité d'accueil des urgences, cette étape devra être réintégrée du fait de sa spécificité.

Exemple 2 : le travail d'une thématique « identité » ou processus « prise en compte de l'identité » ne dispensera pas d'inclure dans le processus « prise en charge du patient au bloc opératoire » la vérification de l'identité et le déroulement de la Check-List.

Exemple 3 : l'analyse d'un processus « prise en charge de la fin de vie et droits des résidents » n'exclut pas le traitement de la bientraitance dans le processus prise en charge des résidents.

POINT DE VIGILANCE : il est indispensable de définir des règles institutionnelles d'organisation générale, avant le début de tout travail.

→ **Le pilote de l'analyse** : L'instance de pilotage identifiera un pilote pour chaque analyse de processus ou de thématique. Le choix du pilote est capital. Il repose sur deux points essentiels :

- il est nécessaire d'avoir recours à des acteurs de terrain plutôt qu'à des personnes ressources du processus. Par exemple dans le processus « Prise en charge de la douleur » un algologue de terrain qui est au plus proche des patients douloureux peut être préféré au Président du CLUD qui reste une ressource essentielle ;
- Les pilotes des analyses seront institutionnellement présentés et reconnus.

POINT DE VIGILANCE : cette désignation peut être considérée comme une "nouvelle contrainte". Dans ce cas, le pilote est souvent un "affichage " ne possédant pas de réalités opérationnelles. La désignation du pilote est dans ce contexte une "vitrine", le pilote existe sur le "papier", mais sa contribution à l'amélioration du processus est souvent limitée. Il ne pourra pas assumer les responsabilités de pilote du processus.

→ Des **groupes d'analyse de processus** composés de représentants de l'ensemble des professions intervenant dans le processus seront identifiés pour l'analyse de chaque processus. L'absence d'une des professions obère d'emblée le résultat de la description et de l'analyse des risques.

POINT DE VIGILANCE : les professionnels de terrain connaissent les risques spécifiques des différents temps d'une prise en charge ou thématiques et peuvent ainsi intégrer des étapes fondamentales, même si par ailleurs une analyse d'un autre processus les prend en compte. Dans ce cas elles devront être traitées à l'identique dans les deux processus sous forme d'étape ou « brique » commune. De plus elles seront à l'origine de l'identification de possibles défaillances identiques et de traitement identique.

→ **Les personnes ressources** apporteront soit la méthode, soit les connaissances. Une cellule qualité, un comité gestion des risques (qui peuvent être confondus) apparaissent comme des animateurs méthodologistes et des acteurs de soutien de l'analyse des processus. Ils pourront être en charge de l'organisation et du suivi des actions qualité gestion des risques entrant dans leur champ de compétence. Un coordonnateur des vigilances ou un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins semblent à-même d'apporter des connaissances de terrain. Ils pourront être en charge de l'organisation et du suivi des actions qualité gestion des risques entrant dans leur champ de compétence. Ces personnes ressources apparaissent comme l'intermédiaire entre l'instance de pilotage et les participants opérationnels.

Cette organisation permet :

- l'implication des professionnels concernés et chacun à son niveau de responsabilité,
- Le suivi de leur engagement à travers un synoptique global qui correspond au PAQSS.

Mise en place de la démarche d'analyse de processus

1 Les conditions de réussite

La réussite dans la mise en place d'une démarche d'analyse de processus implique quelques POINTS DE VIGILANCE

- dès le début de la démarche, associer en mode concerté, toutes les instances ;
- être prêt à investir du temps, de l'énergie et des ressources en sachant que le processus sera optimisé et sa schématisation apportera un outil final qui sera utile, utilisable et utilisé ;
- concevoir et appliquer une stratégie de communication pour informer toute l'organisation.
- débiter l'approche globale par l'analyse des processus prioritaires ou liés aux orientations stratégiques.
- Faire preuve de transparence à toutes les étapes.
- Partager le but final avec l'ensemble des acteurs afin que l'idée d'erreur personnelle n'émerge pas.
- Respecter les membres de l'équipe (liberté de s'associer ou non à la démarche).
- Imposer un partage par tous des actions d'amélioration identifiées et retenues.

Le fait de confier le soin d'accompagner l'équipe (rigueur méthodologique, apprentissage des outils et du processus de changement organisationnel) à une ressource externe peut permettre d'apporter confiance et crédibilité en la démarche. De plus une personne extérieure au processus pourra apporter un regard neuf sur l'organisation en place.

2 L'organisation.

Comme il a été décrit au chapitre précédent, l'organisation repose sur :

- une instance de pilotage,
- un pilote d'analyse,
- un groupe d'analyse,
- des personnes ressources.

Pour chaque analyse de processus le groupe est composé de 10 à 12 professionnels de terrain identifiés IL est animé par une personne pilote connaissant la méthodologie qui aura une place privilégiée dans la mesure où, après l'analyse il sera le responsable de l'évolution et de l'optimisation de « son » processus. Il deviendra pilote du processus.

D'emblée il sera défini un calendrier de travail pour l'analyse réunissant l'ensemble des acteurs pressentis pendant 3 séances environ et la logistique sera arrêtée (salle...), organisation (paper-board, vidéo projecteur...) et vérifiée avant chaque rencontre.

3 Le travail d'analyse

Chaque analyse de processus devra réunir les acteurs qui interviennent dans les différentes étapes de ce processus afin de décrire, au plus près du terrain, leur quotidien professionnel. La description sera chronologique, suivant le parcours du patient/résident, par exemple consultation, pré admission, admission, consultation d'anesthésie, accueil en service.... Cette description correspond à la phase DO du PDCA.

Si l'équipe s'est vu confier la description de la prise en charge et de l'organisation, elle devra alors inclure en préalable, ou en parallèle, un processus managérial ou des items relevant du

management (par exemple dans un processus parcours du patient/résident : « la personne recueillant la personne de confiance et les directives anticipées est-elle formée ? »). La formation relève du management, le fait de colliger relève du processus de prise en charge.

Lorsque la prise en charge décrite est en interaction avec d'autres activités (globalement ou lors d'une étape particulière), il est utile de s'assurer de la présence des acteurs de ces activités en interface lors de l'analyse, ou de prévoir de les interroger en complément du travail fait dans le groupe d'analyse.

En moyenne, deux ou trois réunions, de deux ou trois heures, sont nécessaires pour réaliser l'analyse de processus. Un temps dédié doit être planifié et organisé. L'anticipation du calendrier permettra la mise à disposition de l'ensemble des professionnels du groupe. En effet toute absence ou toute non représentation d'une catégorie de professionnels fragilisera le résultat global de l'analyse.

L'analyse de processus

1 Le bornage du processus.

Un premier temps va permettre de BORNER le processus, à savoir où il commence et se termine précisément.

Par exemple, pour le processus « prise en charge au bloc opératoire », il sera nécessaire de préciser si l'admission au bloc opératoire inclut le transfert du service au bloc, la vérification d'identité par le brancardier et sa traçabilité en chambre, ou si le processus commence à l'entrée au bloc opératoire. De même, dans un secteur de stérilisation certifié ISO, l'analyse du processus de stérilisation doit elle suivre le champ de la certification ou inclure les phases hors champ que sont la pré-désinfection et le stockage stérile ?

Dans un établissement médicosocial, le processus « admission » pourra être démarré au moment de la première visite de l'établissement par le futur résident ou sa famille, ou lors d'un séjour à l'essai, ou lors d'un pré-accueil. Le processus « admission » se terminera soit le jour de l'admission, soit à la fin de la première semaine, soit après la rédaction du premier projet personnalisé.

Cette réflexion doit être menée en concertation avec les pilotes des autres processus : la dernière étape d'un processus pourra devenir la première étape du processus « suivant » chronologiquement. Par exemple, la sortie du bloc opératoire et le retour en service de chirurgie peuvent être des étapes communes dans le cadre du processus « Prise en charge du patient en chirurgie » et du processus « Prise en charge au bloc opératoire ».

POINT DE VIGILANCE : lorsque le bornage pose problème au sein du groupe, il est probablement judicieux de passer d'une approche chronologique, à une approche PDCA ou mixte.

Le rôle de l'instance de pilotage est de s'assurer de l'ensemble des interfaces, afin d'éviter qu'il n'y ait des zones non étudiées, justement entre 2 processus délimités.

2 Les critères d'inclusion d'exclusion.

Ces critères permettront de préciser quels patients/résidents sont concernés par l'application du processus à décrire. Par exemple, dans le processus « prise en charge en service de médecine », il est possible d'exclure les patients/résidents en fin de vie s'ils sont concernés par une autre analyse (« prise en charge des patients/résidents en fin de vie et droits des patients/résidents ») ;

dans le cadre de l'admission en unité fermée pour détérioration psychique type Alzheimer, les patients/résidents sans troubles psychiques sont exclus du processus.

Les critères permettront également de préciser quelles étapes seront à décrire. Par exemple, dans le processus « Prise en charge dans un service de médecine », la douleur ne sera pas traitée si elle relève d'une autre analyse spécifique (prise en charge de la douleur).

Cf. Point 3 Organisation de l'établissement (rôle de pilotage).

POINT DE VIGILANCE : les critères d'inclusion devront prendre en compte la réalité du fonctionnement : dans le secteur de stérilisation peut-on ignorer l'interface avec le bloc opératoire ?

3 La description du processus (?)

Le starter de toute analyse sera la présentation de la méthode qui permettra un temps de partage et d'explication du travail par le pilote habitué à la démarche d'analyse de processus.

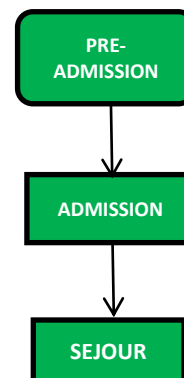
La description du processus est réalisée soit par la succession des étapes chronologiques, soit par la description des 4 phases du PDCA
(cf point 2 Préalables à la mise en place d'une analyse de processus)

Dans un premier temps d'analyse, le processus est décrit dans son fonctionnement habituel par les acteurs de terrain. Seuls les professionnels concernés sont à-même de réaliser cette description de leurs gestes habituels et de leurs enchaînements. Leur participation permet de valider la démarche et les associe d'emblée à l'identification de dysfonctionnements potentiels.

Ce temps capital de la première réunion permettra de construire la structure du processus, de la borne initiale à la borne de sortie. Une représentation schématique sous forme de logigramme, de tableau, est utile pour un partage par tous les acteurs. Ce temps de partage vaut validation du déroulement et de l'enchaînement des étapes.

Exemple : les premières étapes d'une prise en charge

ETAPES
PRE-ADMISSION
ADMISSION
SEJOUR



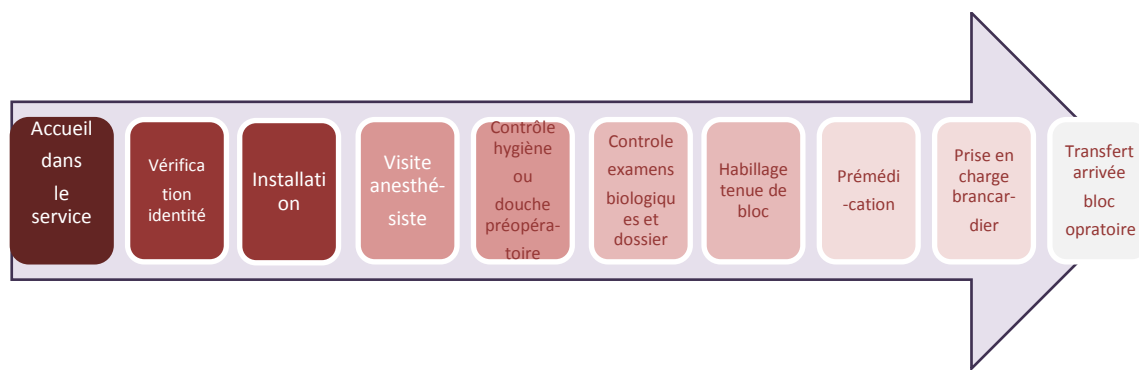
Pour chaque étape il sera possible de déterminer des « composants » ou sous étapes et de les représenter selon le mode retenu.

ETAPES
PRE-ADMISSION
Planifier les entrées prévues
Assurer les approvisionnements spécifiques / entrées prévues

ADMISSION
Préparation des étiquettes - fiche individuelle d'admission
Enregistrer les données d'entrée - certificat médical
Préparer la chambre
SEJOUR
Prise en charge initiale soignante
Suivi journalier

Le processus peut être schématisé de manière chronologique selon la modélisation retenue.

Exemple de présentation : schéma du processus « admission en service de chirurgie ambulatoire »



Pour chaque étape individualisée les professionnels identifient qui fait quoi, comment, pourquoi ?

Exemple : pour l'admission au bloc opératoire : accompagnement par le brancardier ; le brancardier confie le futur opéré à qui ? Y-a-t-il une transmission d'information, de documents, une traçabilité? Le brancardier est-il autorisé à pénétrer dans le bloc, dans une zone de transfert ? Quand se termine le transport et où commence la prise en charge par les acteurs du bloc ? Par qui ?

POINT DE VIGILANCE : plusieurs professionnels peuvent intervenir dans la même tâche (Exemple : recueil de la personne de confiance. Il est alors nécessaire d'identifier plusieurs acteurs, et d'emblée de repérer les personnes formées et les personnes non formées à ce recueil (ce dernier cas représentant une défaillance).

Cette description globale d'un processus ou d'une thématique de travail permet une vision exhaustive de chaque étape de chaque processus. La méthode d'analyse et d'amélioration d'un processus permet une analyse globale d'une activité et met en évidence **les interfaces organisationnelles**. La description de l'ensemble des tâches et des activités qui concourent au déroulement du processus, fera mettre en évidence les étapes critiques et ciblera les pratiques qui nécessitent une évaluation spécifique ou des actions d'amélioration.

A chaque étape du processus les acteurs impliqués sont identifiés et graphiquement représentés.

ETAPES	
PRE-ADMISSION	
Cadre	Planifier les entrées prévues
Pharmacien	Assurer les approvisionnements spécifiques / entrées prévues
ADMISSION	
Agent d'accueil	Préparation des étiquettes fiche individuelle d'admission
Secrétaire médicale	Enregistrer les données d'entrée - certificat médical
Soignant	Préparation de la chambre
SEJOUR	
IDE/AS	Prise en charge initiale soignante
Médecin Kinésithérapeute	Suivi journalier



Après la description du processus au quotidien, les professionnels **se réfèrent dans tous les cas à la base documentaire** de l'établissement. Elle comporte l'ensemble des références réglementaires et professionnelles, les recommandations existantes, et l'organisation prévue. Leur énoncé ou leur rappel facilitera **l'identification d'écarts entre la pratique et les préconisations**. Ce temps prépare à l'identification des défaillances : tout écart, par rapport à la réglementation, aux références réglementaires et professionnelles, aux recommandations existantes ou à l'organisation prévue sera pris en compte, fera l'objet d'une évaluation de ses conséquences (fréquence et gravité) et **orientera les actions à mettre en place**, y compris l'actualisation de la base documentaire.

POINT DE VIGILANCE : si un acteur effectue une étape par glissement de tâche il ne doit pas figurer dans la liste des acteurs mais générer une action d'amélioration immédiate. L'identification d'acteurs NON AUTORISÉS à effectuer une tâche représente un dysfonctionnement et non des acteurs du processus. Ils ne figureront pas en qualité de professionnel dans le « Qui » mais seront à l'origine de l'identification d'une défaillance et d'une action d'amélioration

4 L'identification des dysfonctionnements ou des défaillances.

Le processus étant défini, chaque étape identifiée et sa représentation partagée par le groupe, les professionnels vont s'attacher à identifier les défaillances et les dysfonctionnements possibles.

Cette étape correspond au recensement des défaillances possibles par chaque acteur (défaillances organisationnelles, humaines, techniques). La description repose sur le vécu de chaque professionnel, faisant ainsi appel à « l'a posteriori » mais aussi sur les risques possibles, jamais réalisés, et faisant référence à « l'a priori ».

L'identification des défaillances repose sur :

- une analyse fine des dysfonctionnements possibles à chaque étape ;
- le recensement par brainstorming, l'expérience des acteurs ;
- l'historique des incidents, des événements indésirables signalés, des dysfonctionnements avérés et d'accidents ;
- le relevé des plaintes et réclamations ;
- les rapports d'experts (médecin du travail, organismes de tutelle, inspecteurs, vérificateurs, assureurs, etc.) ;
- les résultats des EPP, des évaluations internes ou d'enquêtes spécifiques
- etc..

Exemple 1 : pour la première sous étape « *accueil dans le service* » les défaillances sont inscrites dans un tableau ou dans la représentation graphique retenue.

Etape	Défaillance/Dysfonctionnement
Accueil dans le service de chirurgie ambulatoire	Retard du patient
	Personnel indisponible
	Manque de lit ou de place
	Absence de programmation
	Absence de dossier
	...

Exemple 2 :

Etape : Démarrage intervention chirurgicale orthopédique

Défaillance possible : chirurgien non informé du taux d'INR

Effets sur le patient : risque hémorragique en cours d'intervention

5 L'identification des risques consécutifs aux dysfonctionnements et défaillances.

Il est conseillé de ne pas traiter dans la même séance dysfonctionnements et risques afin de ne pas les confondre et de bien différencier l'écart par rapport à la pratique idéale et ses conséquences.

Un risque est caractérisé par l'**exposition** d'une **cible** (patient, résident, organisation) à une situation **dangereuse**, événement dangereux. A chaque fois qu'un patient/résident sera exposé à un dysfonctionnement dans l'étape initiale de « *l'accueil en chirurgie ambulatoire* », il pourra être identifié un risque.

Les défaillances **induisent des risques** : « *Quelle est la conséquence de la défaillance pour le patient/résident, le professionnel ou l'institution ?* »

- risque lié à la prise en charge (accueil, identité, coordination...) : erreur d'identité, chute du patient/résident ;
- risque lié à l'utilisation des produits de santé (médicament, PSL, ...) : erreur de dosage, retard à transfusion... ;

- risque lié à l'activité médicale (bloc, obstétrique, urgence, oncologie, SSR, ..) : incident d'anesthésie, indisponibilité du médecin de garde... ;
- risque lié à l'activité médico technique (biologie, imagerie, stérilisation...): panne d'automate, non respect d'une procédure.

La démarche d'identification des risques est une démarche systématique dans laquelle chaque acteur identifié, décrit les risques attachés aux dysfonctionnements de sa propre fonction ou à la réalisation de l'activité dans laquelle il est impliqué. Les risques sont tout à la fois liés à la tâche elle-même, à l'environnement, au contexte particulier possible.

Cette démarche de gestion des risques de première intention peut être complétée par d'autres de seconde intention (de type HACCP utilisable en hygiène, ou encore de type AMDE Analyse des modes de défaillance (cf. : « Guide Amélioration des pratiques et sécurité des soins de la HAS Sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé »). Dans nos exemples les risques sont identifiés en regard des dysfonctionnements potentiels.

Exemple 1 :

QUI	ETAPE	Défaillance/Dysfonctionnement	RISQUE
IDE/AS	Prise en charge initiale soignante	Indisponibilité d'une chambre seule et besoin d'isolement	risque infectieux
Médecin	Suivi journalier	Non réévaluation de la prescription	aggravation de l'état de santé
Kiné	Suivi journalier	Manque de matériel adapté	défaut de prise en charge

Exemple 2 :

Etape	Défaillance/ Dysfonctionnement	Risque
Accueil dans le service de chirurgie ambulatoire	Retard du patient	Désorganisation programme
	Personnel indisponible	Patient stressé
	Manque de lit ou de place	Personnel agressé
	Absence de programmation	Impossibilité de prise en charge
	Absence de dossier	
	...	

La possibilité d'omettre un dysfonctionnement et donc l'identification des risques liés diminue avec l'augmentation du nombre de professionnels impliqués dans la démarche. Aussi il est prudent de proposer en relecture la synthèse du travail à l'ensemble des professionnels qui pourra l'enrichir de sa propre expérience.

Par ailleurs la survenue d'un dysfonctionnement après la réalisation de l'analyse de processus peut toujours être prise en compte en ajoutant ce risque à ceux déjà identifiés dans cette étape.

La pertinence de l'identification des risques est vérifiée a minima en s'assurant que tous les risques identifiés a posteriori (EI) se retrouvent dans l'analyse.

Lors de cette étape, la description permet quelquefois de repérer également des éléments de maîtrise des risques déjà instaurés, des barrières de sécurité existantes.

6 L'évaluation de la criticité des risques

Cette étape consiste à déterminer la criticité d'un risque en évaluant :

- le degré de **gravité des conséquences**, correspondant à l'importance du dommage ou l'impact ;
- un critère évaluant l'exposition au danger, la **probabilité de survenue** des défaillances, ou la vraisemblance ;
- un critère évaluant le **niveau de maîtrise** du risque, ou niveau de sécurité existant, les mesures existantes pour limiter l'apparition, repérer la survenue ou réduire la gravité des conséquences.

Ces évaluations reposent sur plusieurs facteurs et toutes les cotations des critères se réalisent par consensus au sein du groupe, en fonction de :

- l'expérience de chacun, et l'estimation subjective du danger ;
- le système de détection/signalement des EIAS apportant une information réelle mais non exhaustive des incidents ou accidents ;
- la connaissance des risques par la bibliographie publiée sur le sujet ;
- les orientations des politiques régionales ou nationales de sécurité.

Des échelles de probabilité de survenue et gravité des conséquences sont utilisées et validées par le groupe. Il n'existe pas d'échelle de référence universelle, l'instance de pilotage transmettra à chaque groupe d'analyse les échelles proposées AVANT le début des travaux d'analyse.

Voir exemples d'échelles de cotation en annexe 7.

→ Calcul de la criticité brute

La criticité est définie par le produit Probabilité de survenue et Gravité des conséquences.

Ce calcul donne une criticité brute = dans l'absolu, ce risque pourrait arriver fréquemment et il serait d'une gravité estimée pour le patient.

Par exemple :

*Probabilité de survenue d'un défaut de suivi de l'INR :
au moins une fois par mois = 4*

*Gravité des conséquences de cette défaillance :
recours en urgence à un médecin, hospitalisation = 3*

*Degré de **criticité brute** : Probabilité x Gravité = 12*

→ Le niveau de maîtrise

En réalité, le risque réel ou résiduel n'est pas le risque mesuré par la criticité brute. Il existe de nombreux facteurs permettant d'assurer un niveau de sécurité et des conditions différentes du risque brut ou théorique mesuré uniquement par la Gravité et la Probabilité :

- les acteurs sont des professionnels, formés, expérimentés ;
- l'organisation apporte les moyens de respecter les bonnes pratiques, et de réagir en cas d'incident ;
- les locaux, les dispositifs médicaux sont adéquats, régulièrement vérifiés et en état de bon fonctionnement ;
- la gestion des dysfonctionnements est prévue dans des procédures dégradées.

Dès l'identification des risques, des barrières de protection, prévention, atténuation sont repérées par l'équipe ; Les éléments de maîtrise des risques sont recensés et permettent de lister les barrières de sécurité existantes, ou d'identifier celles à mettre en place impérativement.

Exemple

Etape	Défaillance/ Dysfonctionnement	Risque	Barrières
Accueil dans le service de chirurgie ambulatoire		Désorganisation programme	Information patient/résident en amont Téléphoner la veille intervention
		Patient/résident stressé	Organiser les admissions de 10 mn en 10 mn Programmation centralisée des admissions
		Impossibilité de prise en charge Personnel agressé	Reprogrammation Information patient/résident et famille de l'EI
		Impossibilité de PEC	Reprogrammation Information patient/résident et famille de l'EI
		Recherche dans l'urgence Risque d'erreur Désorganisation du programme	
	

Exemple d'échelle de cotation du niveau de maîtrise :

Grille d'analyse de la perception de la maîtrise du risque					
Niveau de maîtrise du risque		LE SAVOIR Connaissances du personnel	LE SAVOIR-FAIRE Procédures Consignes	LA CONFORMITÉ Contrôles externes, Evaluations internes/externes	LA GESTION D'UN INCIDENT Signalement et analyse d'un EI
1	INEXISTANT On n'a pas conscience du risque, on découvre le risque	Le personnel n'est pas formé, n'a pas les connaissances générales requises.	Il n'y a pas de procédure, ni de conduite à tenir; l'organisation est vague	Organisation non conforme aux exigences lors de contrôles /inspections. Pas d'évaluation interne, pas d'actions	Il n'y a pas ou peu d'identification, repérage des incidents qui se produisent. Les incidents ne sont pas traités
0,75	FAIBLE On prend conscience, débute une démarche, on est en vigilance	Le personnel a suivi les formations réglementaires ; il possède le niveau de technicité minimum professionnel.	Il y a quelques procédures de sécurité écrites, les consignes sont orales. l'organisation est prévue	Organisation partiellement conforme aux exigences lors de contrôles/inspections, Quelques évaluations internes, rares actions non coordonnées	Les incidents sont identifiés, il y a quelques analyses de situations et actions correctives; il n'y a pas de modifications réelle des pratiques.
0,5	BON On est organisé, plan d'actions défini	Le personnel est formé en interne , il améliore sa technicité.	Les activités à risque font l'objet de procédures et consignes écrites, connues mais pas évaluées.	Organisation en grande partie conforme aux exigences lors de contrôles / inspections ; Evaluations internes réalisées Actions correctives prévues	Les incidents sont signalés, analysés régulièrement et des actions correctives sont réalisées.
0,25	EXCELLENT On sait faire face, bonne maîtrise, même s'il existe un risque résiduel	Le personnel a suivi les formations prévues dans la démarche qualité IL améliore en permanence sa technicité, ses connaissances par la formation continue	Les procédures sont connues et visent la maîtrise du risque; elles sont évaluées régulièrement et suivies par indicateurs	Organisation totalement conforme aux exigences lors de contrôles /inspections, éval internes; Programme d'évaluations en continu et suivi des améliorations par indicateurs	La culture du signalement est installée et un système de revue d'incidents fonctionne en routine; il produit des actions d'amélioration. Les activités à risque sont connues et accréditées.

Afin de montrer l'action d'atténuation du risque brut, une échelle de cotation inférieure à 1 est proposée. Le résultat de la criticité « nette » sera un chiffre inférieur à la criticité brute, pour visualiser l'effet des mesures de sécurité déjà existantes.

La **criticité nette du risque** est la multiplication des 3 critères =

Probabilité de survenue x Gravité des conséquences x Niveau de Maîtrise

Après la fin de la cotation des 3 critères de criticité, une relecture d'ensemble est réalisée afin de s'assurer de la **cohérence** entre les cotations au début du travail et celles de la fin de cotation, la durée de réalisation reposant sur plusieurs réunions ou plusieurs mois.

7 Interpréter les résultats

L'échelle de résultats s'étale de 0.25 à 25 par multiplication des 3 paramètres :

Probabilité	de 1 à 5
Gravité	de 1 à 5
Niveau de Maîtrise	de 0.25 à 1

POINT DE VIGILANCE : l'instance de pilotage, en collaboration avec les instances institutionnelles, devra valider le seuil d'acceptabilité des risques en fonction des typologies de risques résultant de la cartographie.

Il est proposé ici une échelle d'interprétation à 3 niveaux à pondérer en fonction des typologies de risque :

Risque acceptable :

Criticité nette de 0.25 à 4.50

La probabilité est faible à moyenne de 1 à 3
La gravité est faible à moyenne de 1 à 3
La maîtrise est bonne à moyenne de 0.25 à 0.5

Si les 3 paramètres sont peu élevés, on se trouve devant un risque peu critique, ou bien maîtrisé. Les actions ne seront pas prioritaires, le risque est acceptable.

➔ A noter que si l'un des 3 paramètres est plus élevé, cela signifie que le risque est soit plus fréquent, soit plus grave soit moins bien maîtrisé. Dans ce cas, malgré le résultat chiffré < 2, le risque sera classé « Sous vigilance ».

Risque sous vigilance :

Criticité nette de 4.50 à 12

La gravité est faible à importante	de 1 à 4
La probabilité est faible à importante	de 1 à 4
La maîtrise est bonne à peu existante	de 0.25 à 0.75

Le risque est présent, il est sous surveillance, chacun est vigilant pour éviter la survenue d'un incident, éviter l'aggravation. Des mesures seront à prendre pour s'assurer de réduire le ou les paramètre(s) élevé(s) de criticité : réduire la probabilité, protéger contre la gravité, mettre en place des moyens de maîtrise.

➔ A noter que si l'un des 3 paramètres est supérieur, on se trouve devant une situation entraînant la gravité maximum, ou probabilité maximum (se produit systématiquement), ou un risque qui n'est absolument pas maîtrisé, la situation devient alors « Inacceptable ».

Risque inacceptable :**Criticité nette de 12 à 25**

- La probabilité peut être maximum de 1 à 5
- La gravité peut être maximum de 1 à 5
- La maîtrise peut être inexistante de 0.25 à 1

Le risque est inacceptable, il y a nécessité de traitement du risque. Les situations concernées comportent :

- soit une probabilité très élevée,
- soit une gravité maximum,
- soit un défaut de maîtrise, en cas de survenue d'un incident,
- soit une combinaison des 3 paramètres.

Les actions de sécurisation sont indispensables et prioritaires : l'établissement ne peut pas accepter de prendre chaque jour un risque maximum pour le patient/résident sans s'organiser pour réduire les conséquences d'une défaillance.

Exemple de grille d'acceptabilité

Acceptabilité à 3 niveaux		
CRITICITÉ nette P x G x NM	Interprétation, Décision	
de 0.25 à 4.50 Acceptable	si Probabilité et Gravité ≤ 3 et Niveau Maîtrise $\leq 0,5$	Le risque est acceptable, les actions ne sont pas prioritaires.
	<i>Sinon vigilance</i>	
de 4.50 à 12 Vigilance	si Probabilité et Gravité ≤ 4 et Niveau Maîtrise $\leq 0,75$	Le risque est présent, il est sous surveillance, chacun est vigilant pour éviter la survenue d'un incident, éviter l'aggravation.
	<i>Sinon inacceptable</i>	
de 12 à 25	Inacceptable	Le risque est inacceptable, il y a nécessité de traitement du risque. Les actions de sécurisation sont indispensables.

Cf annexe 8 : Tableau extrait de cartographie des risques en service d'urgences

Identification et hiérarchisation des actions d'amélioration

L'évaluation globale des risques apporte à l'**instance de pilotage** un outil d'aide à la décision. Au vu de l'évaluation de l'ensemble des risques du processus étudié, l'instance de pilotage décide (valide ?) les risques à traiter en priorité.

C'est ici que le **pilote du processus** a un rôle capital, car il a la vision globale et sait si le risque est localisé ou généralisé à l'échelle de l'établissement.

Le pilote des processus a la mission de proposer des actions d'amélioration en vue de traiter les risques critiques selon leur étendue :

- soit par étape de processus (ex : risque d'erreur d'identité lors de la saisie de nuit au service des urgences) ;
- soit pour un ensemble de données, pour un ensemble d'étapes (risques d'erreurs de saisie d'identité dans les accueils de consultations) ;
- soit pour des données ou étapes d'une même prise en charge ou d'un secteur d'activité, (risques d'erreurs de saisie d'identité dans les activités chirurgicales toutes sources d'admission confondues) ;
- soit de manière globale au niveau de l'établissement : risque d'erreurs de saisie de l'identité patient.

Quelles sont les missions concrètes d'un pilote de processus dans une organisation ?

- participer à la description des caractéristiques du processus et notamment à la définition des indicateurs ;
- représenter la cohérence, l'intégrité et la performance du processus ;
- surveiller le fonctionnement des différentes phases du processus ;
- contribuer ou animer les analyses du processus pour évaluer sa pertinence, son efficacité et son efficacité et être une force de proposition pour son amélioration continue ;
- maîtriser l'évolution du processus et ses modifications ;
- jouer le rôle de médiateur lors des éventuels conflits entre les acteurs des diverses activités et provoquer les arbitrages ;
- défendre la position du client interne ou externe et garantir la cohérence des données de sortie avec les données d'entrée du processus ;
- rendre compte de l'efficacité et de l'efficacité de son processus auprès de la direction de l'organisme.

POINT DE VIGILANCE : assurer la légitimité des pilotes de processus et leur donner les possibilités de travailler (temps et ressources).

Pour chaque risque à traiter, il est envisagé, défini et retenu collégalement les actions nécessaires pour rendre le risque acceptable, soit en d'autres termes, passer d'une zone d'alerte (risque patient personnel...) à une zone de maîtrise (risque tolérable, dommage bénéfice supérieur au risque) .

POINT DE VIGILANCE : Tous les risques ne seront pas traités, il est impératif de respecter les priorités décidées par l'instance de pilotage Cette hiérarchisation sera un gage de réussite.

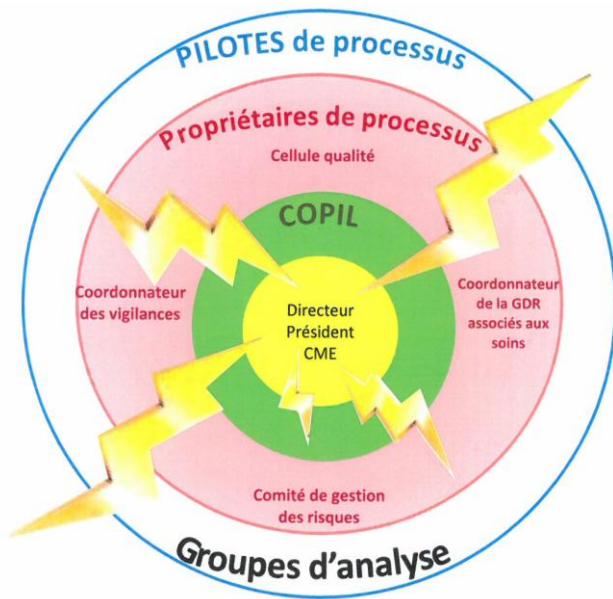


Schéma d'organisation de la démarche

Structuration du plan d'actions d'amélioration

Au terme de ce travail l'établissement collige les actions d'amélioration pour chaque processus sous l'égide des pilotes de processus. L'ensemble des processus est réuni et présenté à l'instance de pilotage.

Cet ensemble d'actions permet de passer de l'analyse à la mise en place de projets.

Chaque action validée et retenue par l'instance de pilotage devient un projet pour lequel sont identifiés un responsable d'action, un calendrier, des ressources et des résultats attendus.

Etape	Défaillance/ Dysfonctionnement	Risque lié	Criticité	Action d'amélioration retenue	Pilote
Accueil dans le service de chirurgie ambulatoire	Retard du patient/résident	Désorganisation programme		Information patient en amont Téléphoner la veille intervention	Médecin IDE service chirambu
	Personnel indisponible	Patient/résident stressé		Organiser les admissions de 10 mn en 10 mn Programmation centralisée des admissions	Secrétariat chirurgie Responsable SI
	Manque de lit ou de place	Impossibilité de prise en charge Personnel		Reprogrammation Information	Chirurgien /secrétariat Médecin

		agressé		patient/résident et famille de l'EI	
	Absence de programmation	Impossibilité de PEC		Reprogrammation Information patient/résident et famille de l'EI	Chirurgien /secrétariat Médecin
	Absence de dossier	Recherche dans l'urgence Risque d'erreur Désorganisation du programme		Secrétariat consultation chirurgie Double vérification Information bloc opératoire	IDE et secrétaire IDE chir ambul IDE chir ambul

Ce travail permet de faire état de l'engagement de l'établissement de santé dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de management des risques.

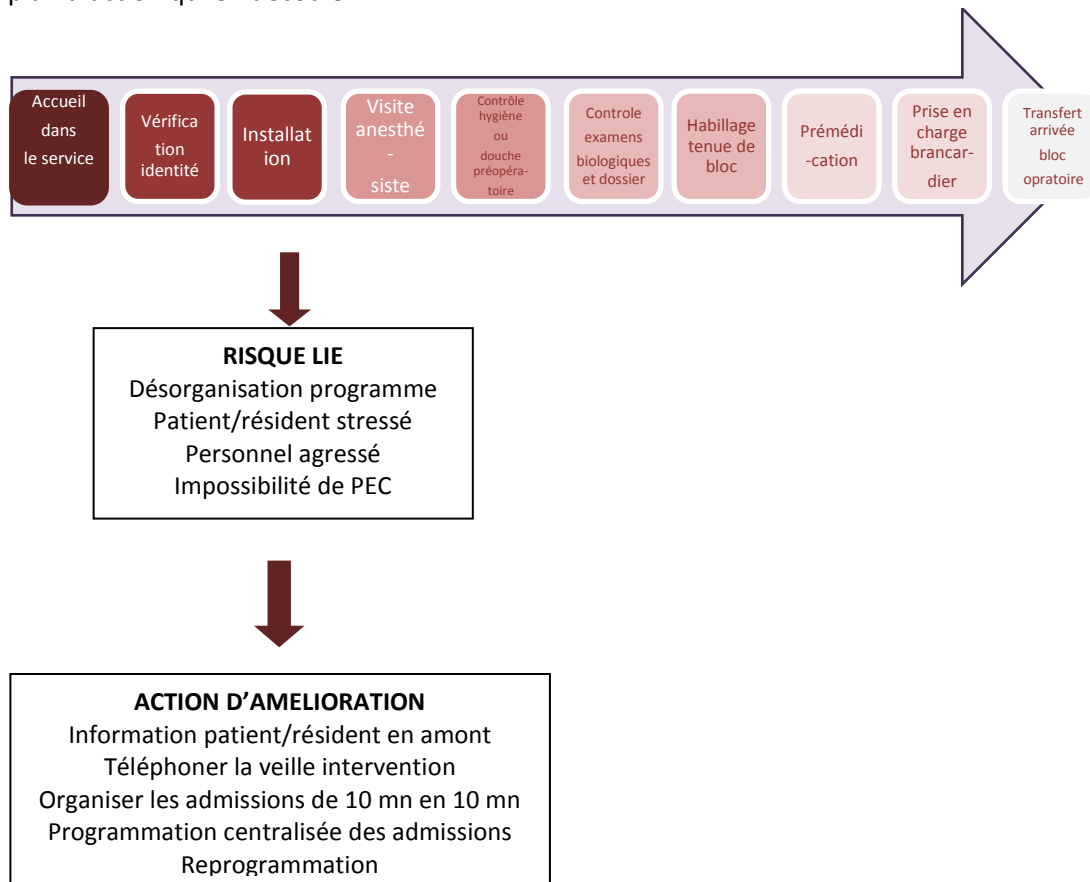
Communication des résultats

Un support de présentation simplifié permet à l'établissement de santé de réaliser une communication par processus et/ou thématiques ou globale afin :

- de montrer qu'il connaît ses risques et qu'il a mis en place des dispositifs afin qu'ils soient sous contrôle ;
- de se fixer des objectifs d'amélioration mesurables et des modalités de suivi ;
- d'impliquer tous les professionnels ;
- de suivre la progression de ses objectifs afin de connaître l'état d'avancement de la mise en place de chaque action d'amélioration.

Objectif(s)	Action(s) d'amélioration	Pilote	Date de début	Échéance prévue	Modalités de suivi
<i>Préciser l'objectif à atteindre</i>	<i>Préciser l'action à mettre en œuvre</i>	<i>Préciser la personne, fonction, l'instance en charge</i>	<i>Préciser la date</i>	<i>Préciser la date</i>	<i>Préciser les moyens retenus (indicateurs de résultat de performance, les mesures d'impact) mis en place pour vérifier l'atteinte de l'objectif</i>

Le processus peut être représenté sous forme graphique, ce qui permet de mettre en évidence les déficits de qualité au niveau de l'enchaînement des actions, et évite de focaliser sur les professionnels eux-mêmes pour la communication des résultats de l'analyse de processus et du plan d'action qui en découle.



Organisation du plan d'actions à l'échelle de l'établissement

Au terme de ces analyses, la compilation des actions identifiées permettra à l'établissement de disposer d'un Plan d'Action Qualité Sécurité des Soins en rapport avec ses activités. Ce PAQSS apportera une lisibilité permanente sur l'évolution de la démarche qualité et sécurité des soins à l'ensemble des responsables et instances. Ce tableau est un outil « vivant », permettant aux différents pilotes de processus de superviser au vu du calendrier des actions d'amélioration, de suivre régulièrement chaque action, d'identifier les retards éventuels dans le déploiement.

Ce PAQSS pourra être organisé de manière à regrouper par thématique des actions d'amélioration issues de processus différents mais à l'approche identique (chronologique, PDCA mixte).

Le suivi sera de la responsabilité de l'instance de pilotage. Il sera organisé en concertation avec chaque pilote de processus qui suivra les actions d'amélioration propres à « son » processus.

Par exemple, pour être « clinique » le coordonnateur de la gestion des risques peut devenir le pilote des processus :

- gestion des plaintes et réclamations
- gestion des risques
- gestion des audits internes
- mesure de la satisfaction des patients ou résidents et familles
- gestion des dysfonctionnements liés aux soins

Prenons un autre exemple pour illustrer ce maillage sur le thème des soins. Imaginons une organisation qui possède et regroupe 5 processus élémentaires pour l'amélioration continue de la prise en charge:

- prise en charge des patients
- prise en charge au bloc opératoire
- prise en charge aux urgences
- prise en charge de la fin de vie
- prise en charge de la douleur

Chaque processus est indépendant et reste géré par un pilote de processus. L'instance de pilotage peut s'appuyer sur un responsable « amélioration continue », en général un responsable qualité ou gestion des risques, et un responsable « prise en charge », en général Direction des soins, Direction médicale, qui s'assurent du fonctionnement et de la cohérence des actions d'amélioration des processus.

Les pilotes de processus rendent compte à l'instance de pilotage. L'instance de pilotage transmettra aux décideurs (minimum Directeur et Président de CME ou équivalent) la synthèse des actions d'amélioration hiérarchisées, et leur suivi à périodicité définie.

Parfois la supervision de plusieurs pilotes de processus peut être confiée à un propriétaire de processus afin d'apporter des lisibilités par types de domaines

Par exemple sur le thème des soins l'ensemble des processus élémentaires

- prise en charge des patients
- prise en charge au bloc opératoire
- prise en charge aux urgences
- prise en charge de la fin de vie
- prise en charge de la douleur

peut être supervisé par un « propriétaire » pour piloter au mieux et le plus rationnellement possible l'amélioration continue de la prise en charge:



Les décideurs pourront en fonction de données économiques, conjoncturelles (projet de territoire, d'établissement...) définir les politiques adaptées. Ils seront susceptibles de retenir les orientations politiques et les programmes découlant des politiques à proposer à un Conseil d'Administration (de Surveillance). Ces décisions peuvent aller de la suppression par transfert contractuel d'une activité à la sous-traitance en passant par toutes les actions de prévention, de protection, de ségrégation par séparation ou duplication.

Une communication à l'ensemble des instances est INDISPENSABLE. La communication aux instances et aux responsables du pilotage sera réalisée au fil de l'eau. La communication institutionnelle est organisée et renouvelée de façon à toucher l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Les actions seront reportées dans le compte qualité de l'établissement et dans le Plan d'Actions Qualité Sécurité des Soins de l'établissement.

Rapport avec le compte qualité

La Haute Autorité de Santé (HAS) identifie des thèmes ou processus structurant le « compte qualité ».

Le compte qualité contribue à réunir dans un même document les axes prioritaires d'évaluation externe par la certification et le programme d'amélioration de la qualité et de gestion des risques d'un établissement de santé. Aussi est-il rationnel qu'il permette un double bénéfice :

- simplicité et efficacité en évitant de multiplier les approches et les supports en se substituant à des étapes actuelles de la procédure (auto-évaluation, suivi) ;
- lisibilité de la politique et du programme qualité, permettant une réelle mobilisation pour les professionnels de santé autour des axes d'évaluation et de progrès.

En outre, la régionalisation du pilotage du système de santé, conjuguée à la nécessaire prise en compte des actions qualité et gestion des risques dans les établissements de santé, conduit au renforcement des liens entre HAS et ARS avec trois objectifs prioritaires :

- renforcer la connaissance des profils de sensibilité aux risques des établissements de santé et mieux préparer les démarches de certification ;
- favoriser le renforcement d'un dialogue structuré et continu entre établissements et ARS sur les thématiques « qualité et gestion des risques », complémentaire de la procédure de certification ;
- synchroniser les modalités de transmissions de données et de documents nécessaires tant à la certification qu'au suivi du volet qualité et sécurité du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), voire du Contrat du Bon Usage du Médicament (CBUM).

Personnalisé pour chaque établissement, le compte qualité met en avant des données-clés et des plans d'actions ciblés (calendrier de progression, responsabilités établies).

Dans cet outil, on retrouve :

- des « figures imposées » telles que les actions engagées pour respecter des Pratiques Exigibles Prioritaires ou les mesures correctrices prises à l'issue du dernier rapport de certification. Tout au long du cycle, il est possible d'y apporter des compléments en fonction de l'évaluation de la situation de l'établissement et de renforcer certains points de vigilance ;
- l'expression par l'établissement de son diagnostic, de son engagement à travers des plans d'action, ses résultats et ses modalités de suivi ;

- le compte qualité est un outil de synthèse du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins avec un contenu ;
- établi à partir de données disponibles dans les systèmes d'information hospitaliers et de toute autre donnée dont l'établissement dispose ;
- intégrant les éléments d'une démarche d'amélioration : diagnostic (actualisation du diagnostic établi lors et depuis la précédente procédure), modalités de maîtrise des acquis, plan d'action, modalités de suivi ;
- s'inscrivant dans les exigences normales du pilotage d'un établissement de santé, constituant un cadre lisible pour la démarche d'amélioration de l'établissement et donnant un contenu à l'obligation réglementaire de l'article R6144-2-2 du Code de Santé Publique.

Une analyse des thèmes et processus choisis à partir de la cartographie des processus identifiée par la HAS, selon les priorités retenues, permet de générer un regard global sur la démarche qualité gestion des risques d'un établissement. Cette analyse systémique, systématique, des pratiques existantes est porteuse d'enjeux majeurs pour les professionnels de terrain et d'apports parfois insoupçonnés pour les patients. Elle permet une vision « globale » d'une prise en charge, d'une fonction managériale et support.

En outre elle permettra de structurer le Plan d'Action Qualité et Sécurité de Soins (PAQSS) de l'établissement qui, à terme, pourra être confondu avec le compte qualité. Lors de la procédure de certification dite « V2014 » l'audit de processus, réalisé par les experts visiteurs, sera complété par la réalisation de parcours selon la méthodologie « patients traceurs » dont les données implémenteront l'étape « DO » des différents processus étudiés.

L'analyse de processus successifs permettra à l'établissement pour chaque processus :

- 1 **d'identifier les résultats disponibles par rapport à un processus donné.** Les résultats sont de toute sorte : résultats d'une analyse de processus, indicateurs IPAQSS, indicateurs de pratique clinique, tout indicateur jugé contributif par l'établissement. Les résultats pourront être des données littérales, des actions d'amélioration identifiées à l'issue d'une analyse de processus.
- 2 **de définir une analyse des résultats :** comment l'établissement interprète-t-il ses résultats et l'évolution de ses résultats par rapport aux données antérieures ? En particulier quel regard par rapport à ses engagements du précédent compte qualité ?
- 3 **d'identifier les risques inhérents aux défaillances de ce processus.** Comment identifie-t-il les risques par rapport à ces résultats et surtout comment hiérarchise-t-il ses risques ?
- 4 **de mettre en place des dispositifs de prévention récupération atténuation selon les cas.** Par rapport aux risques identifiés et hiérarchisés en fonction des méthodes propres de l'établissement, comment envisage-t-il de réduire ses risques ? Quelles actions de maîtrises sont-elles définies et mises en place ? A quelle échéance ?
- 5 **de s'engager pour la période à venir, vis-à-vis de la HAS et des usagers (résultats publics) sur des objectifs d'amélioration pour les mois à venir.** L'établissement s'engage actuellement non pas à « réduire » un risque, ce qui est trop vague, mais à passer de X% à Y% en 12 ou 24 mois (périodicité habituelle du compte qualité).

Les résultats d'un processus d'une année donnée seront les données d'entrée de l'analyse de ce même processus à l'échéance suivante. Ainsi dans le compte qualité suivant il partira de ses engagements et des résultats à terme pour engager une nouvelle analyse de ses pratiques au regard d'analyses de processus réactualisées.

Le compte qualité sera un véritable regard partagé par l'établissement avec la HAS par rapport à ses résultats et ses engagements. Plus qu'un regard il sera un véritable outil qui conduira à des échanges entre établissement, HAS et ARS.

La procédure de certification V2014 repose sur **l'audit de processus**. Chaque processus au périmètre de la visite de certification sera audité selon un schéma PDCA (cf. annexe 1). Les résultats des analyses de processus et leur exploitation par l'établissement alimenteront avantagement les échanges des professionnels avec les experts visiteurs. Les observations, suite aux parcours « patients traceurs » et à la réalisation de « traceurs systèmes », alimenteront l'étape « DO » du PDCA et permettront de compléter par une vision extérieure l'analyse de processus interne.

Les écarts identifiés par les experts visiteurs lors de leurs différents parcours, et se rapportant à des processus « hors champ » de la visite, seront colligés et soumis à l'établissement qui pourra les rapprocher de ses propres analyses de processus.

Les deux objectifs du compte qualité sont :

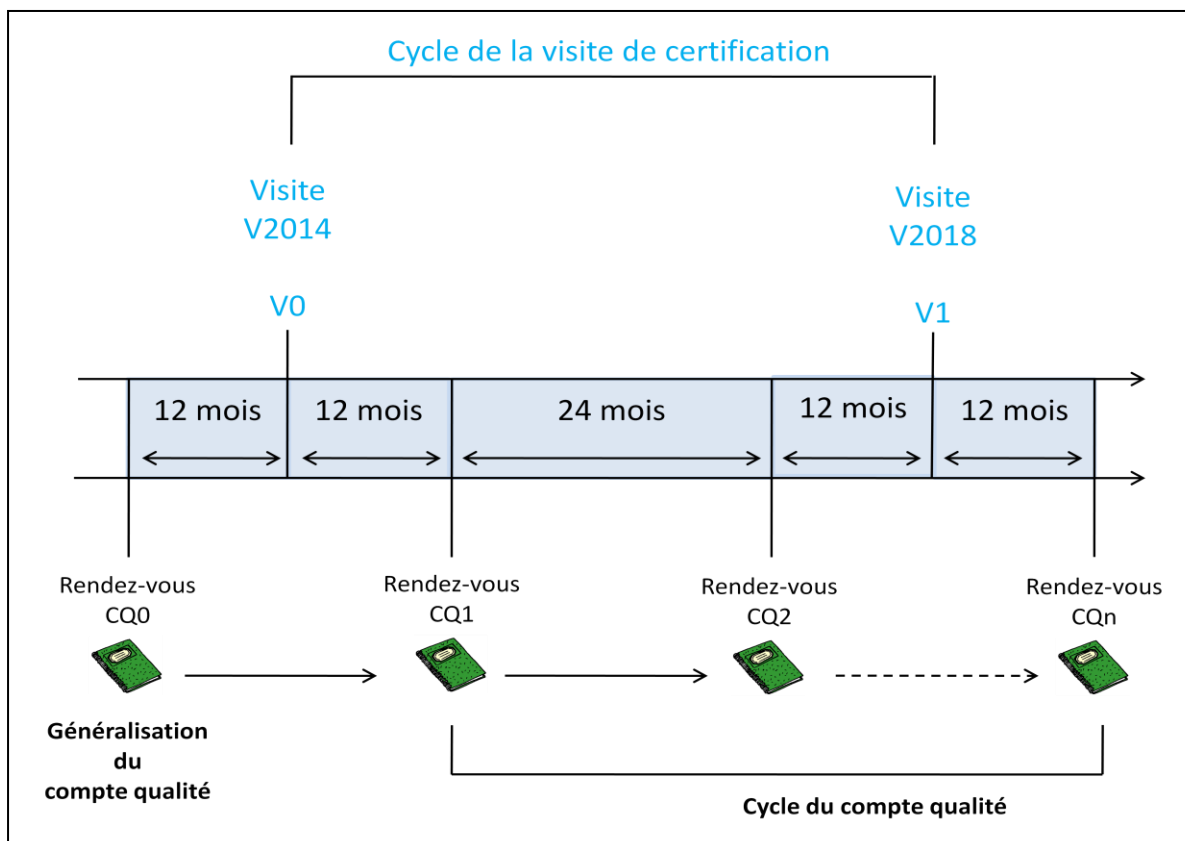
- d'être le point d'entrée et le facteur de continuité de la démarche de certification ;
- de contribuer à faire converger dans un même document les axes prioritaires d'évaluation externe par la certification et le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques d'un établissement.

En résumé :

L'analyse de processus est structurée pas plusieurs étapes successives :

1. Identifier l'objectif du processus, ses limites (début et fin), les relations dites « clients-fournisseurs » (ou interfaces) entre services, les professionnels impliqués.
2. Décrire le processus de travail réel avec les professionnels directement impliqués (cadres et opérateurs) en adaptant le niveau de précision aux enjeux identifiés.
3. Vérifier la pertinence (étape, objectif de l'étape, contraintes locales, référentiels concernés, exigences de qualité et de sécurité à satisfaire pour remplir la mission). Cette « mise à plat » conduite collectivement pas à pas permet un état des lieux aussi précis que possible, notamment quant à la nature des pratiques porteuses de dysfonctionnements réels ou potentiels.
4. Identifier les défaillances, dysfonctionnements et situations à risques associés à chacune des étapes du processus (dysfonctionnements connus, notifiés ou non, satisfaction des usagers, patients ou professionnels destinataires, etc.).
5. Traduire ces défaillances en risques pour le patient, le professionnel, ou l'institution
6. Evaluer les risques par leur gravité, probabilité de survenue
7. Identifier et évaluer les barrières de sécurité existantes en termes de pertinence, d'efficacité, de suffisance.
8. Prioriser les actions d'amélioration sur les risques les plus critiques
9. Organiser la mise en place et le suivi des actions d'amélioration
10. Intégrer les actions d'amélioration dans la définition des politiques

Le compte qualité dans le cycle du processus de certification (d'après document HAS)



Quelques références bibliographiques :

- Tracer Methodology: tips and strategies for continuous systems improvement 2ND edition. Joint Commission Resources
- Quality Accounts toolkit 2010/11 Advisory guidance for providers of NHS services producing QualityAccounts for the year 2010/11
- Quality Accounts A Guidance Manual for the New Zealand Health and Disability Sector Health quality and safety Commission NEW ZEALAND
- Décision n°2013.0142/DC/SCES du 27 novembre 2013 du Collège de la Haute Autorité de Santé Journal officiel du 21 décembre 2013 portant adoption de la procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L. 6133-7, L. 6321-1, L. 6147-7 et L. 6322-1 du code de la santé publique
- M Moulairé, M Sfez, G Mounier, AM Cuny – Vers un référentiel de la cartographie des risques, Risques et Qualité, Volume IX n3, Septembre 2012
- AM Cuny, E Chabert, H Thomet- Mise en œuvre de la cartographie des risques en Franche-Comté, Risques et Qualité, Volume IX n3, Septembre 2012
- HAS - Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé - Mars 2012
- DGOS – Qualité de la prise en charge médicamenteuse, Outils pour els établissements de santé – Février 2012
- JIQHS - Atelier Cartographie des risques SHAM SOFGRES – Paris Nov. 2011
- AMRAE –La cartographie, un outil de gestion des risques- Collection Enjeux , Janvier 2010
- F Matussièrre, M Sfez, G Vidal-Trecan, Cartographie des risques : combiner approches a posteriori et a priori, Risques et Qualité, Volume V n°4, 2008
- M Moulairé, La cartographie des risques, un outil de management des risques en établissement de santé, Risques et Qualité, Volume III n°3, 2006
- DGOS - Recommandations pour l'élaboration et la mise en place d'un programme de gestion globale et coordonnée des risques dans les établissements de santé - Mars 2004
- NF EN ISO 9001 Novembre 2008 – Systèmes de management de la qualité – Exigences
- NF ISO 31000 Janvier 2010 – Management du risque - Principes et lignes directrices.
- FD X 50-176 AFNOR Octobre 2005 - Outils de management – Management des processus



Annexe 1 – Processus chronologique court séjour

Extrait de présentation de processus « approche par étapes » du parcours patient court séjour

Les exemples d'analyse de processus cités dans cette annexe NE SONT PAS A RECOPIER MAIS A ADAPTER par une EQUIPE.

Exemple : Processus prise en charge endoscopique (analyse de processus travaillée avec l'accompagnement RéQua en préalable à la réalisation d'une cartographie de risques)

PROCESSUS	ETAPES	DYSFONCTIONNEMENTS	RISQUE
Admission	Gestion de l'identité du patient	Non vérification de l'identité du patient à l'aide de la carte d'identité	Erreur d'identité patient à toutes les étapes de la prise en charge
		Absence de pièces d'identités	
Consultation en endoscopie	Arrivée d'un patient hospitalisé en consultation interne (depuis un service de soins de suite)	Patient incohérent ou ne parlant pas français	Erreur de facturation
	Arrivée d'un patient en consultation externe (broncho/gastro/uro)	Erreur de saisie	
Hospitalisation en vue d'un examen d'endoscopie (chirurgie ambulatoire)	Existence d'un doublon	Absence d'exams complémentaires (radio ou exploration fonctionnelle) ou de consultation	Report d'un RV d'examen, d'une consultation ou d'une hospitalisation programmée à l'avance.
	Retard du patient depuis l'unité de soins.	Retard du patient depuis l'unité de soins.	
Risque générique à l'activité soins	Accessibilité à la consultation	Délai excessif d'attente en consultation.	Report d'un RV d'examen, d'une consultation ou hospitalisation post endoscopique programmée à l'avance
	Recherche du consentement	Attente Service des admissions	
Risque générique à l'activité soins	Reperage du risque Creutzfeld Jacob	Problème de signalisation et d'accès	Report de RDV de consultation
	Information du patient par les professionnels	Problème de stationnement	
Risque générique à l'activité soins	Contrôle identité patient	Difficulté accès handicapé	Refus de réaliser l'examen
	Sécurité des biens et des personnes	Patient en retard	
Risque générique à l'activité soins	...	Absence de consentement et refus de soins.	Endoscope contaminé et contamination d'un autre patient
	Installation du patient	Absence de remplissage du questionnaire de dépistage (par interrogation du patient)	
Risque générique à l'activité soins	Préparation du patient à l'examen d'endoscopie (colo)	Non respect des règles de réalisation de l'endoscopie	Mauvaise préparation du patient préalablement à l'acte, impossibilité de réaliser l'acte
	Complications liées à l'anesthésie	Défaut d'information sur la préparation de l'examen ou sur les conditions de séjour (en consultation ou en hospitalisation) (remise de la préparation cutanée et pdts, régime)	
Risque générique à l'activité soins	...	Non vérification de l'identité du patient	Acte à reprogrammer
	...	Patient incohérent ou ne parlant pas le français	
Risque générique à l'activité soins	...	Erreur de manipulation des dispositifs ou de matériels appartenant aux patients (appareil dentaire, auditif, lunettes, dispositif médical); Inventaire d'entrée absent).	Mauvais examen réalisé, Examen sur un mauvais patient
	
Risque générique à l'activité soins	...	Matériel défectueux	Perte ou bris des biens des patients ; pénalisation de la vie quotidienne ; problème assurantiel
	...	Absence de surveillance rapprochée du patient	
Risque générique à l'activité soins	...	Patient présentant une pathologie rénale ou colique	Difficulté de réalisation de l'examen
	...	Non connaissance ou non vérification du statut allergie	
Risque générique à l'activité soins	...	Non efficacité de l'anesthésie locale	Troubles électrolytiques et cardiaque, Poussé de la maladie de Crohn
	



Annexe 2 - Processus chronologique SSR

Extrait de présentation de processus « approche par étapes »

Les exemples d'analyse de processus cités dans cette annexe NE SONT PAS A RECOPIER MAIS A ADAPTER par une EQUIPE.

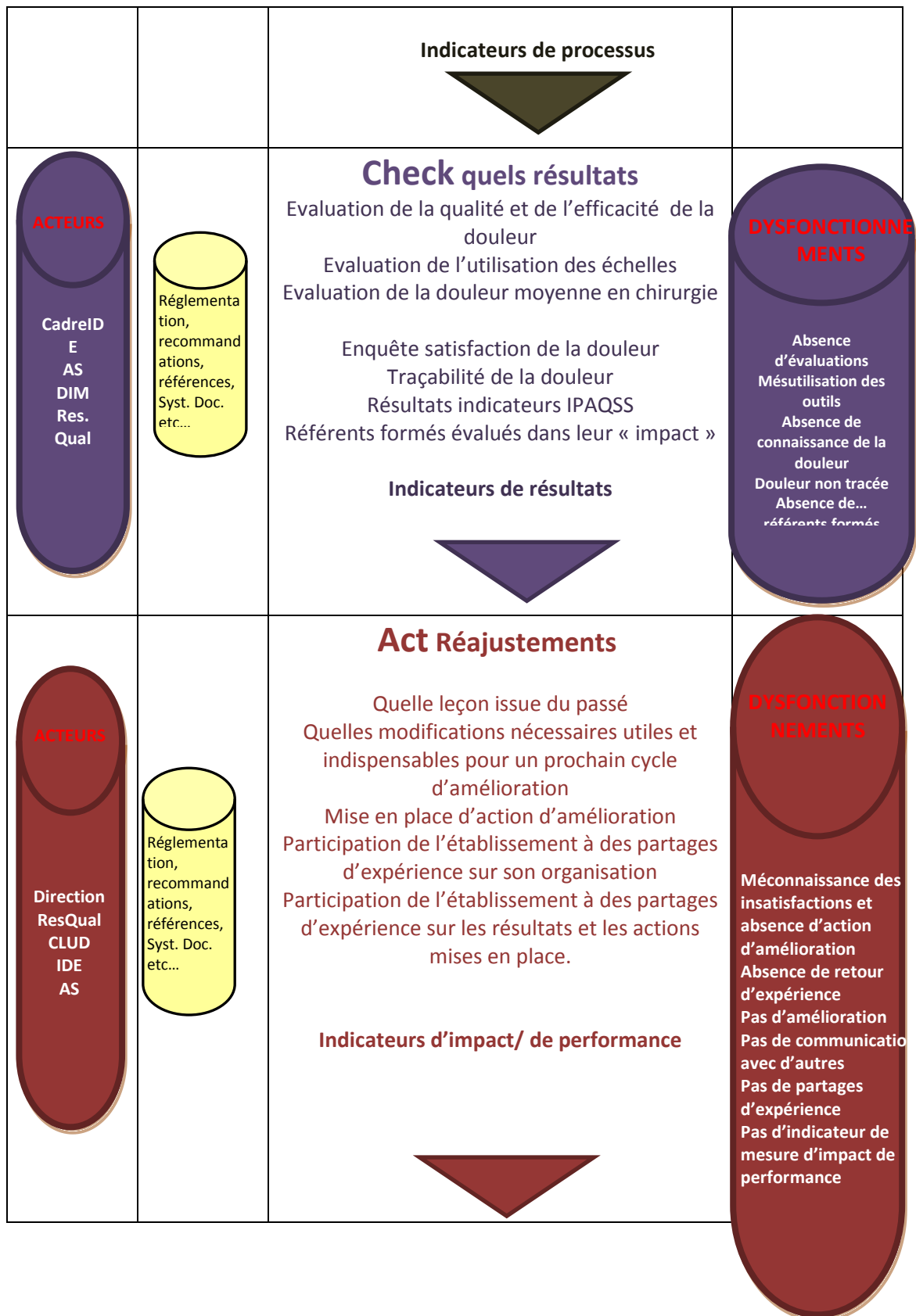
Exemple : Processus soins en SSR (analyse de processus accompagnée par le RéQua en préalable à la réalisation d'une cartographie de risques)

QUI	ETAPES	DYSFONCTIONNEMENTS	RISQUES
....			
SEJOUR			
Soignant	préparation du dossier du patient (à partir des documents transmis par l'établissement amont)	Manque d'information, dossier incomplet fiche de liaison, absence ou incomplète	défaut de prise en charge (régime, rdv programmé, heure de la dernière prise de ttt, date dernier pansement, isolement, prise en charge kiné...)
Médecin	préparation du dossier du patient (à partir des documents transmis par l'établissement amont)	Manque d'information, dossier incomplet courrier médical...	défaut de prise en charge médicamenteuse, ATCD, actes de rééducation...
Médecin	Visite médicale d'entrée	Absence du médecin (arrivée tardive du patient, indisponibilité du médecin)	retard ou erreur dans la prise en charge médicale et médicamenteuse
Pharmacien	Analyse pharmaceutique	Absence Logiciel informatique pharma	Défaut analyse pharmaceutique
IDE	Préparation des médicaments ; semainier	Médicament non disponible à la pharmacie (entrée directe)	retard dans la distribution et administration du traitement ; interruption de traitement
IDE	Distribution des médicaments	Erreur dans la préparation du semainier	erreur d'administration
soignants	Prises en charge spécifiques : douleur	Absence EVA ou Algoplus - absence de protocole de PEC douleur	Non prise en charge de la douleur
médecin		Absence de protocole de PEC douleur	Non prise en charge de la douleur
soignants	Prises en charge spécifiques : démence	hospitalisation non pertinente, non adaptée pour le secteur SSR	Fugue, agressivité, violence ...
soignants	Prises en charge spécifiques : Contentions physiques	Absence de prescription, réévaluation, renouvellement	chute, escarres, perte d'autonomie
postes transversaux rééducation	Intervention des postes transversaux : kiné (salle, matériel), ergo (matériel),	Retard dans l'évaluation Matériel non disponible, non adapté, voire défectueux Absence de projet thérapeutique	Retard de prise en charge PEC mal adaptée Absence de soins de rééducation
Médecin Soignants	Education thérapeutique	Aucun atelier sur site. Absence de convention avec CH habilité à l'ET non identification des réseaux défaut d'affichage	défaut de continuité et de suivi
...			

Annexe 3 – Thématique douleur approche PDCA

Exemple : Prise en charge de la Douleur

Acteurs	Références		Défaillances
<p>ACTEURS</p> <p>Direction CME CLUD Référents</p>	<p>Réglementation, Recommandations, Références, Syst. Doc. etc...</p>	<p>Plan l'établissement a mis en place une structure type CLUD ou une organisation</p> <p>Les étapes à prendre en compte dans l'approche analytique :</p> <p>Stratégie de prise en charge de la douleur formalisée → Organisation Mission du CLUD Mise en place Nombre de séance de travail de réunions annuelles Nombre de participation des participants... Indicateurs de structure</p> <p style="text-align: center;">▼</p>	<p>DYSFONCTIONNEMENTS</p> <p>Absence de CLUD Absence de politique Absence d'implication dans la prise en charge de la douleur. Absence de motivation des équipes de terrain Absence de définition des circuits douleur Absence de référents douleurs Absence de formations</p>
<p>ACTEURS</p> <p>Direction CLUD IDE AS</p>	<p>Réglementation, recommandations, références, Syst. Doc. etc...</p>	<p>Do que fait cette organisation ?</p> <p>Enquêtes Proposition de révision de la politique douleur rédaction de protocoles Protocoles adaptés aux différents types de prise en charge Mise en place d'actions prioritaires. Echelles d'évaluation de la douleur disponibles pour patients communicants ou non Echelles utilisée Douleur limite tolérables définies (au-delà de laquelle une analyse des causes est immédiatement déclenchée) Organisation de la traçabilité de la douleur et de l'absence de douleur Organisation des professionnels de santé pour s'assurer du soulagement Formation de nouveaux référents douleurs Mise en place d'éducation du patient à la douleur</p>	<p>DYSFONCTIONNEMENTS</p> <p>Absence de politique Absence de protocoles Absence de définition d'actions prioritaires Absence d'outils Absence de gestion de la douleur Absence d'action d'éducation</p>



Annexe 4 – Processus approche mixte PDCA et traitement chronologique dans le « DO »

Les exemples d'analyse de processus cités dans cette annexe NE SONT PAS A RECOPIER MAIS A ADAPTER par une EQUIPE.

Exemple : processus fin de vie et droits des patients (analyse de processus travaillée en réunion régionale secteurs sanitaires et médicosocial du RéQua)

QUI	ETAPES	DYSFONCTIONNEMENTS	RISQUES
ORGANISATION qualité, ressources, recours aux EMSP, besoins des patients/résidents, familles, associations, bénévoles,			
Professionnels →encadrement Direction	Organisation Collaboration / convention (bénévoles, associations, usagers, EMSP)	Absence de collaborations / conventions fonctionnelles	Absence de culture palliative Prise en soins inadaptée
Direction Encadrement	L'établissement a formalisé les conditions d'intervention des associations et des bénévoles	Absence de bénévoles	Non-respect des attentes du patient Maltraitance
Direction Médecins IDE AS Psychologue	Organisation pour la prise en charge des patients/résidents dont l'état de santé est jugé en fin de vie*	Prise en soins ne répondant pas aux attentes des : <ul style="list-style-type: none"> • patients/résidents • familles • personnels 	Décès difficile Famille mécontente Personnel en souffrance Maltraitance
Médecins IDE AS Psychologues	Organisation permettant la définition des objectifs de prise en soins (projet d'établissement, projet de service, plan de formations...)	Difficulté d'identification des objectifs	Prise en soins de mauvaise qualité/ inadaptés ignorant des symptômes clefs Souffrance et inconfort du patient / résident Famille mécontente Personnel en difficulté Maltraitance
Médecins Cadres. IDEC IDE AS	Définition de circuits, en cohérence avec l'organisation globale de l'établissement	Absence de circuits spécifiques Absence de chambre seule	Circuits transferts inutiles /douloureux/ Maltraitance
Médecins Cadres. IDEC IDE AS	Identification des acteurs clefs (missions et responsabilités définies)	Absence de ressource importante voire essentielle	Défaut de prise en charge (douleur, angoisse, vomissements, dyspnée...)
Médecins Cadres. IDEC IDE AS	Définition d'outils d'analyse de fonctionnement (indicateurs).	Absence de repères de fonctionnement de satisfaction	Méconnaissance des insatisfactions Non amélioration des pratiques
Médecins	Organisation de	Absence d'identification	Fin de vie plus difficile pour tous

QUI	ETAPES	DYSFONCTIONNEMENTS	RISQUES
Soignants	l'Identification des situations palliatives et de leur degré de complexité (recours si besoin : EMSP ou d'une USP, ou LISP permettant une réponse graduée)	de situations palliatives	les acteurs Perte de chance de bénéficier de soins adaptés aux personnes en fin de vie
INFORMATION/FORMATION SUR LES LOIS DU 4 MARS 2002 (LOI KOUCHNER) ET DU 22 AVRIL 2005 (LOI LEONETTI)			
Une personne compétente	Information/formation des professionnels Possibilité de formation de professionnels hors établissement	Absence d'information des professionnels	Non respect des droits des patients/résident et des devoirs des professionnels
Une personne compétente	Information des patients/résidents, familles par les professionnels formés	Absence Information des patients/résidents, familles par les professionnels formés	Non respect des droits des patients/résident (DA en particulier)
FORMATIONS SPECIFIQUES DES PROFESSIONNELS			
Une personne compétente	Informations/Formations spécifiques	Turn-over important Personnel non formé	Soins non adaptés accompagnement défaillant Absence de coordination des personnels au niveau des soins
Une personne compétente	Formation aux partages Formation aux annonces difficiles Formation éthique	Turn-over important Personnel non formé Absence de prise en compte des dimensions éthiques	Soins non adaptés accompagnement défaillant Non-respect des devoirs des professionnels et des droits fondamentaux
SOUTIEN AUX PROFESSIONNELS			
Psychologue Psychothérapeute Psychiatre Encadrement	Soutien psychologique	Absence de soutien psychologique	Une équipe en souffrance, en difficulté, burn out, turn over
ACCUEIL			
Médecin IDE AS	Accueil du Patient/résident	Insécurité, mal-être patient/résident/famille/équipe	Difficulté ou conflit avec la famille/patient/résident
RECUEIL DIRECTIVES ANTICIPEES – PERSONNE DE CONFIANCE			
Médecin IDE	Recherche de la personne de confiance	Absence de PC → absence d'information	Privation d'un droit patient Isolement du patient Déchirement de la famille
Médecin IDE	Proposer de désignation d'une personne de confiance	Absence de PC ou absence de « refus de désigner »	Privation d'un droit patient
Médecin IDE	Recherche de l'existence des directives anticipées	Décision médicale inadéquate	Privation d'un droit patient Difficulté de prendre des bonnes décisions Difficulté des respecter les souhaits des patients.
Médecin	Proposition	Décision médicale	Privation d'un droit patient

QUI	ETAPES	DYSFONCTIONNEMENTS	RISQUES
	d'élaboration/ réactualisation des directives anticipées si l'état du patient le permet	inadéquate	
Médecin IDE	Gestion de la conservation des DA	Décision médicale inadéquate	Privation d'un droit patient
RECUEIL DES SOUHAITS			
Médecin IDE AS	Proposition de recueil des souhaits du patient/résident	Pas de recueil des souhaits	Non-respect des souhaits
INFORMATIONS PAR RAPPORT A LA SANTE			
Médecin IDE	Délivrance de l'information Explication information	Absence d'information Information non comprise	Privation d'un droit patient Maltraitance Absence de Codécision Attitudes opposantes difficiles du patient de la famille
INFORMATIONS PAR RAPPORT AUX DROITS ET SUR LE REFUS DE SOINS			
Médecin	Délivrance de l'information	Absence d'information	Privation d'un droit patient Maltraitance Absence de Codécision Plaines réclamations
REUNIONS INTERDISCIPLINAIRES			
Tous les soignants Psychologue	Mise en place de réunions interprofessionnelles	Absence de réunions interprofessionnelles	Non prise en compte du patient dans sa globalité Absence d'identification du besoin d'une ressource palliative
Médecin Cadre et encadrement	Assurer la compréhension par tous des enjeux et des objectifs poursuivis par la mise en place d'une démarche palliative, en substitution ou en parallèle d'une stratégie curative	Refus individuel de la décision collégiale	Non application de la décision collégiale
Médecin Cadre Equipe	Réunions organisées avec la ressource EMSP	Perte du partage des connaissances Prise en charge difficile	Perte de compétences pour le patient et pour l'équipe Prise en charge inadéquate et équipe en souffrance
PROJET DE PRISE EN CHARGE GLOBAL (résident/patient/famille)			
Médecin IDE Equipe Famille Patient/ résident	Projet de vie Projet personnalisé	Absence de projet de vie Mauvaise connaissance du patient	Obstination déraisonnable Perte de chance
Médecin IDE AS	Projet de soins	Absence de projet de soins	Obstination déraisonnable Perte de chance Attitudes différentes dans les membres de l'équipe
Médecin	Démarche projet →	Absence de réévaluation	Non prise en compte des

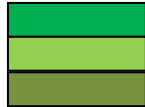
QUI	ETAPES	DYSFONCTIONNEMENTS	RISQUES
	favorisant les réévaluations régulières des stratégies à chaque évolution de l'état de santé	ou de traçabilité	symptômes
Médecins IDE Psychologue Equipe	Dispositif d'accompagnement des proches	Absence de dispositif	Absence d'accompagnement des proches → colère plainte réclamation → deuil + douloureux
Psychologue Encadrement	Dispositif d'accompagnement des professionnels	Absence d'accompagnement des professionnels	Burn-out Turn-over Difficultés de recrutements
PRISE EN SOINS RAISONNABLES			
Médecin	Information du patient sur les conséquences de la décision	Absence d'information chez un patient conscient Information non comprise	Décision non éclairée du patient
Médecin	Sauvegarder la dignité du patient/résident & assurer la qualité de la fin de vie	Absence de prise en compte de la dignité du patient/ résident pour assurer la qualité de la fin de vie	Maltraitance Obstination déraisonnable → douleurs souffrances inutiles
Médecin	Arrêts des traitements inutiles et disproportionnés	Poursuite de traitements inutiles et disproportionnés	Maltraitance Obstination déraisonnable → douleurs souffrances inutiles
Médecin	Arrêts des gestes et actes inutiles et disproportionnés	Poursuite de gestes et actes inutiles et disproportionnés	Maltraitance Obstination déraisonnable → douleurs souffrances inutiles
Médecin	Erreur par défaut : arrêt de traitement devant une affection curable	Evolution de l'affection	Aggravation d'un état de santé voire stade d'irréversibilité.
PROCEDURE COLLEGIALE			
Médecin Médecins ressources	Organisation : Documents ressources à disposition Démarche pour une Décision Ethique ou autre	Procédure écartée ou mal conduite	Décision erronée Maltraitance patient et famille
Médecin	Mise en œuvre	Absence de mise en œuvre	Absence de limitation de traitements
Médecin	Traçabilité de la procédure collégiale	Absence de traçabilité	Absence d'application par tous
REFLEXION SUR LES LIMITATIONS DE TRAITEMENT			
Médecin IDE	Des modalités de réflexion et de discussion sont aménagées au sein des secteurs confrontés aux décisions de poursuite, de limitation ou d'arrêt des traitements curatifs ou de suppléance vitale	Absence de réflexion	Absence d'accompagnement de la fin de vie : ou ne pas « laisser mourir » ou « faire mourir »
Médecin traitant Médecins spécialistes	La réflexion comporte une dimension pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.	Absence de certains professionnels	Décision inadéquate éloignée de la « connaissance » de l'état du patient

QUI	ETAPES	DYSFONCTIONNEMENTS	RISQUES
IDE IDEC AS Psychologue			
Médecin en charge du patient	Décision d'arrêt ou limitation de traitement	Décision non conforme à la procédure collégiale	Limitation mise en place par une équipe reprise du traitement
INTERVENTION DE BENEVOLES			
Equipe soins Bénévoles	Intervention des associations concernées dans les services est effective en réponse aux demandes formulées par les patients/résidents	Défaut d'intervention	Non-respect des attentes du patient Maltraitance
Equipe de soins	Information des patients sur la possibilité d'accompagnement par des bénévoles	Défaut de sollicitation	Isolement Manque de la ressource « accompagnement »
ACCOMPAGNEMENT FIN DE VIE			
Ensemble équipe famille	Organisation	Accompagnement non organisé Accompagnement non réalisé Famille non associée non présente	Défaut de prise en charge psychologique Isolement Décès difficile
Ensemble de l'équipe	Information de la famille	Absence d'information	Défaut d'accompagnement Souffrance majorée Plaintes et réclamations
DECES (patient décédé)			
Ensemble de l'équipe	Annonce à la famille	Absence d'information par rapport à l'annonce Absence d'organisation Annonce impossible faute d'identification de référent.	Non-respect de la réglementation Maltraitance Plaintes et réclamations de la famille
Ensemble de l'équipe	Absence des proches Absence de respect de volonté (acte officiel à rédiger ou autre)	Absence de respect des volontés	Maltraitance
Ensemble de l'équipe	Prise en charge du défunt	Non-respect des dernières volontés	Maltraitance Plaintes et réclamations de la famille
EVALUATION			
Equipe	Evaluations individuelles successives - prise en charge du patient/résident - accompagnement des professionnels - famille	Absence d'évaluation	Absence d'action d'amélioration
Equipe	Identification des structures concernées par la prise en charge des patients/résidents dont l'état de santé nécessite	Absence de recours	Perte de ressources → Absence de démarche palliative

QUI	ETAPES	DYSFONCTIONNEMENTS	RISQUES
	la mise en œuvre d'une démarche palliative		
Equipe	Dispositif d'évaluation structuré : - Personne référente - Périodicité des évaluations - Méthodes d'évaluation	Absence d'évaluation du dispositif	Absence d'actions d'amélioration Prises en compte mal gérées Décès difficiles Famille en souffrance
Responsable évaluation	Concertation avec les instances concernées	Absence d'implication des décideurs	Absence de possibilité de proposer des actions ou plans d'amélioration
ACTIONS D'AMELIORATION			
Ensemble des acteurs	Actions d'amélioration sont identifiées en cohérence avec les résultats des réflexions menées dans les secteurs d'activités	Absence d'identification d'action d'amélioration	Prises en charge insatisfaisantes pérennisées (patients douloureux ...) Poursuite des insatisfactions famille Souffrance du personnel
Ensemble des acteurs	Coordination et le suivi de leur mise en œuvre sont structurés : personne(s) référente(s), plan d'actions, tableau de suivi	Actions définies pas de mise en œuvre	Souffrance du personnel, burn-out turn-over
EMSP			
Equipe soignante	Absence d'identification du besoin	Absence de sollicitation	Absence de prise en charge adaptée Souffrance patient Souffrance famille
Equipe soignante	Absence de sollicitation Absence de consensus d'équipe Absence d'information de l'équipe soignante	Défaut de prise en charge palliative	Souffrance patient Souffrance famille Plaintes et réclamations Souffrance du personnel, burn-out turn-over Dégradation de la prise en soins
EMSP	Impossibilité d'intervention	Défaut de conseils (équipe) Défaut de ressource	Souffrance patient Souffrance famille Plaintes et réclamations Souffrance du personnel , burn-out turn-over Dégradation de la prise en soins Climat conflictuel
Organisation régionale	Absence de ressources	Défaut de prise en charge globale Modification de la trajectoire de soins Hospitalisation injustifiée	Non respect du choix du patient Souffrance patient Souffrance famille Hospitalisation injustifiée
SERVICES SOCIAUX ET ADMINISTRATIFS			
Equipe	Absence de sollicitation	Perte de ressources	Complexification de tâches familles Manque d'informations Non-respect de la volonté des patients et des familles Perte de chance

QUI	ETAPES	DYSFONCTIONNEMENTS	RISQUES
			Méconnaissance des droits
Personnel administratif	Absence d'implication	Perte de ressources	Non-respect de la volonté des patients et des familles Perte de chance Méconnaissance des droits Complexification de tâches familles Manque d'informations
HAD			
Equipe Personne seule (médecin)	Absence de sollicitation Absence de décision collégiale	Perte de ressources Pertinence des prises en soins en accompagnement	Non-respect de volonté du patient et de la famille de décès à domicile Inégalité de la qualité de fin de vie
Equipe	Sollicitation de l'HAD	Manque de collaboration des partenaires de l'HAD	Non-respect des volontés du patient Inégalité de la qualité de fin de vie

MANAGEMENT
PRISE EN CHARGE
SUPPORT



Annexe 5 – Grille d’audit de processus

Exemple de présentation d’une structure de processus utilisable pour un audit de processus ou pour une réflexion lors du début de travail sur l’analyse de processus afin de ne pas omettre d’étape. L’analyse de processus est réalisée ou un travail sur une thématique ou un processus est réalisé, afin de faciliter l’évaluation une grille de processus est présentée (origine HAS).

P PREVOIR	Définition du processus en fonction de l’analyse des risques et/ou des besoins clients/patients
	Ressources identifiées
	Objectifs et indicateurs définis
	Organisation interne : pilotage, rôle et responsabilités
	Interfaces (processus ou services)
D METTRE EN ŒUVRE	Indicateurs de structure
	Connaissances, compétences,
	Mise à disposition et utilisation de documents,
	Information et communication
	Outils et matériels
	Réalisation des activités
C CHECK	Traçabilité
	Indicateurs de processus
A AGIR	Processus évalué (revue de processus, indicateurs de résultats de fonctionnement, indicateurs de satisfaction, audits...); résultats communiqués
	Actions d’amélioration en place

4 niveaux de mise en œuvre pour chaque processus

- 1 Fonctionnement de base non ou mal défini
- 2 Fonctionnement défini ...
- 3 Fonctionnement maîtrisé
- 4 Fonctionnement optimisé

C’est l’approche de l’audit de processus HAS. L’utilisation de cette grille vous permet en un regard de comprendre les points à travailler dans un processus donné et facilite, par le code colorimétrique, les présentations en équipe.

P Prévoir	Définition du processus en fonction de l’analyse des risques et/ou des besoins patients/clients
	Ressources identifiées (humaines, matériels, documentaires)
	Objectifs et indicateurs définis
	Organisation interne : pilotage, rôle et responsabilités
	Interfaces (processus ou services)
D Mettre en œuvre	Indicateurs de structure
	Connaissances, compétences
	Mise à disposition et utilisation des documents
	Information et de communication
	Outils et matériels
	Evaluation des activités (contrôle de conformité des activités)
C Evaluer	Traçabilité
	Processus évalué (revue de processus, indicateurs de fonctionnement, indicateurs de satisfaction, audits...); résultats communiqués
A Agir	Actions d’amélioration mises en place
	Implication du personnel

Annexe 6 – Thématiques et processus

Identification des thèmes et processus structurants.

Une liste des thèmes et processus, dressée à partir du manuel de certification, est proposée par la HAS. Elle correspond à la « *cartographie des thèmes et processus* » structurant l'activité des établissements et entrant dans le périmètre de la certification. Toutefois, chaque établissement peut décrire d'autres processus et les analyser.

Cette liste de processus correspond à un fonctionnement type sanitaire MCO complet. Les autres prises en charge (SSR, USLC, santé mentale, HAD) adapteront les listes de processus et thématiques à traiter ou la manière de les traiter. Par exemple un établissement sans structure de radiologie ou de laboratoire, s'assure de la qualité des prescriptions, du délai de retour des résultats en toute circonstance, et de la qualité des résultats. L'établissement s'est assuré de l'existence d'une démarche qualité au sein du laboratoire.

Les établissements pourront ajouter des processus ou thématiques complémentaires.

61 -Identification des thèmes et processus structurants secteur sanitaire.

N°	Processus/ Thématique	Critères de rattachement au manuel de certification V 2010	Critères V2010 associés
1	Management stratégique, gouvernance	Valeurs, missions et stratégie de l'établissement	1a
		Fonctionnement des instances	2c
		Démarche éthique	1c
		Engagement dans le développement durable	1b
2	Management de la qualité et des risques	Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	1e
		Politique d'organisation et d'évaluation des pratiques professionnelles	1f
		Développement d'une culture qualité et sécurité	1g
		Implication des usagers, de leurs représentants et des associations	2b
		Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement	2e
		Gestion documentaire	5c
		Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	8a
		Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins	8b
		Obligations légales et réglementaires	8c
		Évaluation des risques a priori	8d
		Gestion de crise	8e
		Gestion des évènements indésirables	8f
		Vigilances et veille sanitaire	8i
		Maîtrise du risque transfusionnel	8j
		Système de gestion des plaintes et réclamations	9a
		Évaluation de la satisfaction des usagers	9b
		Déploiement des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles	28a
		Pertinence des soins	28b
Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique	28c		
3	Gestion du risque infectieux	Maîtrise du risque infectieux	8g
		Bon usage des antibiotiques	8h
		Hygiène des locaux	7d

4	Prise en charge des urgences et des soins non programmés		25a
5	Identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge		15a
6	Parcours du patient	Dispositif d'accueil du patient	16a
		Évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé	17a
		Prise en charge somatique des patients	17b
		Continuité et coordination de la prise en charge des patients	18a
		Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement	18b
		Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique	19a
		Troubles de l'état nutritionnel	19b
		Risque suicidaire	19c
		Sortie	24a
7	Droits des patients	Politique des droits des patients	1d
		Prévention de la maltraitance et promotion de la bienveillance	10a
		Respect de la dignité et de l'intimité du patient	10b
		Respect de la confidentialité des informations relatives au patient	10c
		Accueil et accompagnement de l'entourage	10d
		Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté	10e
		Information du patient sur son état de santé et les soins proposés	11a
		Consentement et participation du patient	11b
		Hospitalisation sans consentement	19d
Information du patient en cas de dommage lié aux soins	11c		
8	Prise en charge de la douleur		12a
9	Dossier patient	Gestion du dossier patient	14a
		Accès du patient à son dossier	14b
10	Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	Management de la prise en charge médicamenteuse du patient	20a
		Prise en charge médicamenteuse du patient	20abis
		Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé	20b
11	Imagerie, biologie	Prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats	21a
		Démarche qualité en laboratoire de biologie médicale	21b
		Demande d'examen d'imagerie et transmission des résultats	22a
		Démarche qualité en service d'imagerie médicale	22b
12	Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	Organisation du bloc opératoire	26a
13	Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risques	Prise en charge du patient en radiothérapie	26b
		Prise en charge du patient en médecine nucléaire	26b
		Prise en charge du patient en imagerie interventionnelle	26b
		Prise en charge du patient en endoscopie	26b

		Prise en charge du patient en salle de naissance	26b
14	Éducation thérapeutique du patient		23a
15	Prise en charge et droits des patients en fin de vie		13a
16	Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique		26c
17	Gestion des Ressources Humaines	Management des emplois et des compétences	3a
		Intégration des nouveaux arrivants	3b
		Direction et encadrement des secteurs d'activité	2a
18	Santé, sécurité et qualité de vie au travail	Santé et sécurité au travail	3c
		Qualité de vie au travail	3d
		Dialogue social et implication des personnels	2d
19	Gestion des Ressources financières	Gestion budgétaire	4a
		Amélioration de l'efficience	4b
20	Gestion du Système d'information	Système d'information	5a
		Sécurité du système d'information	5b
21	Processus logistiques	Sécurité des biens et des personnes	6a
		Gestion des infrastructures et des équipements (hors DM)	6b
		Démarche qualité en restauration	6c
		Processus de gestion du linge	6d
		Fonction transport des patients	6e
		Achats éco responsables	6f
		Gestion des équipements et produits au domicile du patient	6g
		Gestion de l'eau	7a
		Gestion de l'air	7b
		Gestion de l'énergie	7c
		Gestion des déchets	7e
		Gestion des équipements biomédicaux	8k

6.2 Identification des thèmes et processus structurants secteur médico-social.

Une liste des thèmes et processus, identifiée a priori, est proposée. Elle correspond à la « cartographie des processus » structurant l'activité des établissements médico-sociaux entrant dans le périmètre de l'évaluation externe.

Cette liste de processus correspond à un fonctionnement de base. Les structures médico-sociales spécifiques utiliseront uniquement les processus qui sont de mises dans leur fonctionnement et pourront ajouter des processus ou thématiques complémentaires.

Par ailleurs certains processus sont présentés sous forme d'approche macro. Exemple 1 : dans le processus droits des résidents la partie accueil peut faire l'objet d'un traitement séparé et être traitée en processus à part ; exemple 2 : management de la qualité et gestion des risques sont deux thèmes à rapprocher mais qui pour des raisons de simplicité peuvent être traités séparément par deux équipes différentes qui mettront leurs travaux en commun.

N°	Processus/ Thématique	Critères de rattachement au manuel de certification V 2010
1	Management stratégique, gouvernance	Valeurs, missions et stratégie de l'établissement
		Fonctionnement des instances
		Démarche éthique
		Engagement dans le développement durable
2	Management de la qualité et des risques	Politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
		Politique d'organisation et d'évaluation des pratiques professionnelles
		Développement d'une culture qualité et sécurité
		Implication des usagers, de leurs représentants et des associations
		Indicateurs, tableaux de bord et pilotage de l'établissement
		Gestion documentaire
		Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
		Fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins
		Obligations légales et réglementaires
		Évaluation des risques a priori
		Gestion de crise
		Gestion des évènements indésirables
		Vigilances et veille sanitaire
		Système de gestion des plaintes et réclamations
		Évaluation de la satisfaction des usagers
		Déploiement des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles
Pertinence des soins		
Démarches EPP liées aux indicateurs de pratique clinique		
3	Gestion du risque infectieux	Maîtrise du risque infectieux
		Bon usage des antibiotiques
		Hygiène des locaux
4	Prise en charge des urgences vitales internes	
5	Identification du résident à toutes les étapes de sa prise en charge	
6	Parcours du résident	Dispositif d'accueil du résident
		Évaluation initiale et continue de l'état de santé du résident et projet personnalisé
		Prise en charge somatique des résidents
		Continuité et coordination de la prise en charge des résidents

N°	Processus/ Thématique	Critères de rattachement au manuel de certification V 2010
		Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement Prise en charge des résidents appartenant à une population spécifique Troubles de l'état nutritionnel Risque suicidaire Risque de chute
7	Droits du résident	Politique des droits des résidents Prévention de la maltraitance et promotion de la bienveillance Respect de la dignité et de l'intimité du résident Respect de la confidentialité des informations relatives au résident Accueil et accompagnement de l'entourage Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté Information du résident sur son état de santé et les soins proposés Consentement et participation du résident Information du résident en cas de dommage lié aux soins
8	Prise en charge de la douleur	
9	Dossier résident	Gestion du dossier résident Accès du résident à son dossier
10	Management de la prise en charge médicamenteuse du résident	Management de la prise en charge médicamenteuse du résident Prise en charge médicamenteuse du résident Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé
11	Imagerie, biologie	Prescription d'examen de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats L'établissement s'assure de la qualité en laboratoire de biologie médicale Demande d'examen d'imagerie et transmission des résultats à des cabinets ou services susceptibles de répondre, organisation de la prescription, ... L'établissement s'assure de la démarche qualité en service d'imagerie médicale
12	Éducation thérapeutique du résident	
13	Prise en charge et droits des résidents en fin de vie	
14	Gestion des Ressources Humaines	Management des emplois et des compétences Intégration des nouveaux arrivants Direction et encadrement des secteurs d'activité
15	Santé, sécurité et qualité de vie au travail	Santé et sécurité au travail Qualité de vie et reconnaissance au travail Dialogue social et implication des personnels
16	Gestion des Ressources financières	Gestion budgétaire Amélioration de l'efficacité
17	Gestion du Système d'information	Système d'information Sécurité du système d'information
18	Processus logistiques	Sécurité des biens et des personnes

N°	Processus/ Thématique	Critères de rattachement au manuel de certification V 2010
		Gestion des infrastructures et des équipements (hors DM) Démarche qualité en restauration Processus de gestion du linge Fonction transport des résidents Achats éco responsables Gestion de l'eau Gestion de l'air Gestion de l'énergie Gestion des déchets Gestion des équipements biomédicaux



Annexe 7 – Exemples d'échelles de cotation

7.1 Gravité des conséquences Echelle à 5 niveaux :

Gravité	PATIENT	PERSONNEL	INSTITUTION	ATTEINTE A L'IMAGE
5 : Très grave	Décès Incapacité totale Perte permanente d'une fonction majeure	Décès > 80% d'incapacité Atteinte corporelle irréversible	Destruction, inutilisation Suppression de l'activité	Perte de confiance totale des usagers Condamnation pénale.
4 : Grave	Réintervention Transfert en réanimation Perte permanente d'une fonction mineure Infection entraînant atteinte irréversible	> 40% d'incapacité permanente Accident ou Infection entraînant atteinte irréversible	Destruction partielle Activité partielle Travaux d'urgence Désorganisation complète Arrêt de la production;	Mise en cause par les médias Dossier CRCI Perte de clientèle
3 : Modérée	Ré hospitalisation Perte provisoire d'une fonction Retard intervention en urgence vitale Prolongation d'hospitalisation > 3 j	Blessure ou dommage avec incapacité > 15 j Réaffectation ou inaptitude au poste Stress, tensions Lombalgies, TMS Infection entraînant atteinte réversible	Arrêt d'activité ponctuelle Forte désorganisation de production; Modifications des installations	Atteinte à la réputation Traitement amiable avec assurance
2 : Peu Grave	Prolongation d'hospitalisation < 3 j Atteinte physique sans conséquences Retard à prise en charge non vitale	Blessure ou dommage consolidé en < 15 jours. Travail en mode dégradé	Désorganisation provisoire Travail en mode dégradé ; Désorganisation sans impact sur production	Mauvais classement pour communication grand public Médiation
1 : Mineure Insignifiante	Inconfort Nuisances Insatisfaction	Inconfort Nuisances Premiers soins Perte de temps	Réparations Maintenance Gène provisoire Modification légère de l'organisation	Négligeable Rapport d'enquête

Probabilité de survenue d'un événement : Echelle à 5 niveaux

5 : Très probable	Certain, au moins 1 fois par jour
4 : Probable	Survient moins d'1 fois par jour à 1 fois par mois
3 : Peu probable	Survient moins d'une fois par mois à 1 fois par trimestre
2 : Très peu probable	Survient entre 1 fois par trimestre et 1 fois par an
1 : Très Improbable	Extrêmement improbable, de Moins d'une fois par an à Jamais survenu.

7.2 Gravité des conséquences : Echelle à 4 niveaux:

GRAVITÉ	Patient	Professionnel	Organisation
4 Très Grave	Décès, Incapacité totale Perte permanente d'une fonction majeure Infection entraînant une atteinte irréversible (VIH, MCJ, ...)	Décès > 80% d'incapacité Atteinte corporelle irréversible Accident ou Infection (VIH, ...), entraînant une atteinte irréversible	Arrêt total de la production; annulation de toutes interventions, désorganisation complète
3 Grave	Prolongation d'hospitalisation > 3 jours Réintervention Transfert en réanimation Perte permanente d'une fonction mineure Infection entraînant atteinte irréversible	Stress, tensions Lombalgies, TMS Infection entraînant une atteinte réversible Dommage avec incapacité > 15 j Réaffectation ou inaptitude au poste	Forte dégradation de production; Désorganisation de plusieurs services Arrêt partiel de l'activité
2 Modérée	Retard à la prise en charge >30 mn si urgence Ré hospitalisation Perte provisoire d'une fonction Atteinte physique sans conséquences	Brulures, Blessure ou dommage consolidé en < 15 jours.	Désorganisation nécessitant le travail en mode dégradé ; Diminution capacité de production sans impact sur services
1 Mineure	Inconfort Nuisances Insatisfaction	Inconfort Nuisances Premiers soins Perte de temps,	Désorganisation sans impact sur production ou sur la qualité des processus Modification légère de l'organisation habituelle

Cotation de la Probabilité de survenue d'un événement à 4 niveaux

4 : Certain, Habituel,	Certain, au moins 1 fois par semaine
3 : Très Fréquent	Moins d'1 fois par semaine à 1 fois par trimestre
2 : Occasionnel, peu fréquent	Entre une fois par trimestre et 1 fois par an
1 : Rare	Extrêmement improbable, de moins d'une fois par an à jamais survenu.

Annexe 8 – Extrait de cartographie des risques en service d'urgences

(à noter la grille d'évaluation niveau de maîtrise à 5 niveaux dans cet exemple)

Centre Hospitalier			Service : URGENCES				
QUI	ETAPES	DEFAILLANCES	RISQUES	Evaluation Fréquence	Evaluation Gravité	Evaluation Niveau de Maîtrise	CRITICITE NETTE
patient	arrive au CH en véhicule personnel	trottoir sol instable, non éclairé	chute	5	2	0,6	6
secrétaire IAO ou AS	admission : motif de venue; appel de l'Infirmier	pas d'infirmier disponible immédiatement, attente en salle d'attente, non priorisation	agressivité, chute, ...	5	2	0,4	4
SORTIE SMUR							
IDE et Méd	trajet	mauvaise adresse	retard de prise en charge	3	5	0,4	6
ADMISSION aux urgences							
IAO	évalue le degré d'urgence et douleur; oriente le patient salle d'attente, box ou couloir	absence de place et attente longue, afflux de patient	Insatisfaction, douleur	5	1	0,4	2
Infirmier ou AS	installe le patient en box ou dans le couloir	soignant ne donne pas l'urinal	maltraitance / dignité	2	1	0,4	0,8
Médecin	recherche dans le dossier papier ou informatique	dossier introuvable; dossier incomplet; mal rangé; panne informatique	retard, mauvaise PEC	4	1	0,4	1,6
infirmier	Selon situation, pose un KT	Défaut des règles d'hygiène	infectieux	2	3	0,4	2,4
Médecin	si besoin d'infos complémentaires, prescription d'exams complémentaires	panne matérielle; maintenance	retard PEC	2	3	0,6	3,6
Médecin	si tous éléments pour conclure : orientation transfert	recherche de lit d'aval dans un autre ES; attente d'acceptation du patient par méd spécialiste; médecin indisponible pour les autres patients	inconfort; aggravation de l'état de santé des patients	5	2	0,6	6

Guide rédigé au sein du RéQua

Rédacteurs :

- Dr P NACHIN RéQua
- Mme A M CUNY RéQua

Relecteurs

- Dr V DAUCOURT RéQua
- Mme B CHANEDIERAS RéQua
- Lucie CAZET Interne, Chargée de mission Réseau Quali Santé
- Muriel JAKUBOWSKI Chef de projet Qualité et Gestion des Risques au service développement de la certification HAS
- Pascal JARNO Coordination pour l'Amélioration des. Pratiques Professionnelles en Santé en Bretagne
- Philippe LE ROUX Médecin, Responsable médical Réseau Quali Santé
- Fabienne MENOT Conseiller technique **HAS**
- Séverine MORILLE Coordination pour l'Amélioration des. Pratiques Professionnelles en Santé en Bretagne
- Noémie TERRIEN, Coordinateur Réseau Quali Santé
- Nathalie THILLY, MCU PH Epidémiologiste, EVALOR, CHU Nancy
- David VEILLARD Coordination pour l'Amélioration des. Pratiques Professionnelles en Santé en Bretagne

RÉQUA

26 rue Proudhon • 25000 Besançon • 0381616810 • www.requa.fr • Email : requa@requa.fr