

Gestion de la qualité et des risques : pilotes de processus

Feuille de route : pilotage du processus Gestion du Risque infectieux

Étapes	Actions
Prendre connaissance de la politique interne de gestion du risque infectieux existante	<p>Consulter les orientations de la politique interne, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> → Renforcer l'application des précautions standard tout au long du parcours patient → Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance → Réduire le RI associé aux actes invasifs. <p><u>Document à consulter</u> : politique de gestion du risque infectieux de l'établissement ou à défaut, la politique nationale sur le thème (PROPIAS) et le livret d'accueil du patient.</p> <p>Actions suivantes : <i>Mettre à jour et réajuster tous les 4 ans la politique</i></p>
Réaliser une revue documentaire	<p>Vérifier la conformité des documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • aux règles de gestion documentaire interne • aux besoins de l'établissement <p><u>Documents à consulter</u> : procédure des procédures, procédures, modes opératoires, enregistrements en lien avec le processus</p> <p>Actions suivantes : <i>Lister les actions d'amélioration requises</i></p>
<p>Faire un état des lieux pour savoir où en est le processus.</p> <p>Au regard de la politique GRI : les recommandations sont-elles respectées ? Existe-t-il des procédures, un suivi et des évaluations ?</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consulter les anciennes évaluations (audits, questionnaires, etc.) 2. Consulter les enquêtes épidémiologiques (suivi continu des IAS, enquête de prévalence, etc.) 3. Consulter les résultats d'indicateurs (prévalence des IAS, nombre de réunions de CLIN, consommation d'antibiotiques, etc.) 4. Consulter les résultats des enquêtes de satisfaction patients 5. Consulter la cartographie des risques <i>a priori</i> et les événements indésirables en lien avec le processus 6. Réaliser une visite de risques pour faire l'état des lieux :

	<ul style="list-style-type: none"> • Entretiens avec les professionnels. • Observation et consultation documentaire. <p><u>Documents à consulter</u> : comptes-rendus du CLIN, comptes-rendus des enquêtes épidémiologiques, comptes-rendus des évaluations, fiches des indicateurs, résultats de l'enquête satisfaction patients, cartographie des risques <i>a priori</i>, procédures et enregistrements, dossier patient, etc.</p> <p><u>Méthodes possibles</u> : visite de risques, audit</p> <p>Actions suivantes : <i>Lister les actions d'amélioration requises en fonction des écarts constatés :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> •Écart documentaire = il manque des éléments écrits •Écart d'application = il manque l'application •Sur-qualité = on en fait trop
Prendre en compte l'aspect ressources humaines .	<ol style="list-style-type: none"> 1. Consulter les formations et sensibilisations <ol style="list-style-type: none"> a. passées/existantes/prévues b. internes ou externes y compris en intégration des nouveaux personnels c. en présentiel ou e-learning d. portant sur les précautions standard ou complémentaires, les actes à risque infectieux, etc. 2. Vérifier l'adéquation EOH/établissement 3. Vérifier la fiche de mission du pilote du processus GRI, du référent antibiotiques. <p><u>Documents à consulter</u> : plan de développement des compétences, bilan annuel du CLIN des années passés, fiche de poste hygiéniste, fiches de mission du pilote GRI et du référent antibiotiques</p>
S'assurer du fonctionnement de l'instance associée, le CLIN et de l'EOH	<p>Vérifier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • leur composition • le règlement intérieur • le mode fonctionnement effectif (réunions et preuves associées) • la communication employée. <p><u>Documents à consulter</u> : règlement intérieur du CLIN, convocation aux réunions, comptes-rendus, bilan annuel du CLIN des années passés, outils de communication (journal interne, intranet, etc.)</p>

	<p><i>Mettre en œuvre la sous-commission à raison de 3 réunions/an</i></p>
Vérifier le PAQS	<p>Consulter le PAQS existant et vérifier la cohérence avec les constats réalisés et les actions d'amélioration envisagées.</p> <p><i>Document à consulter</i> : PAQS</p> <p><i>Actions suivantes :</i> <i>Supprimer / modifier / ajouter les actions nécessaires au PAQS</i></p>
Partager la démarche et intégrer les résultats collégalement en réunion de CLIN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Convoquer le CLIN pour cet objet 2. Faire valider les choix d'amélioration 3. Transmettre pour validation à la CME 4. Mettre à jour le PAQS. <p><i>Document à consulter</i> : PAQS</p> <p><i>S'assurer de la mise en œuvre et du suivi en CLIN et COPIL</i></p>
Mettre à jour les inscriptions	<p>Vérifier et mettre à jour si besoin les personnes référentes auprès :</p> <ul style="list-style-type: none"> • du CPIAS • d'E-SIN • du ROR • des centres référents des enquêtes épidémiologiques. <p><i>Réajuster au besoin selon les évolutions du personnel</i></p>
Construire la veille informative de mon processus	<p>S'abonner aux newsletters, forums :</p> <ul style="list-style-type: none"> • SF2H • REPIAS • Au niveau régional : CPIAS <p><i>Actions suivantes :</i> <i>Mettre à jour les documents, informer les équipes et le CLIN</i></p>