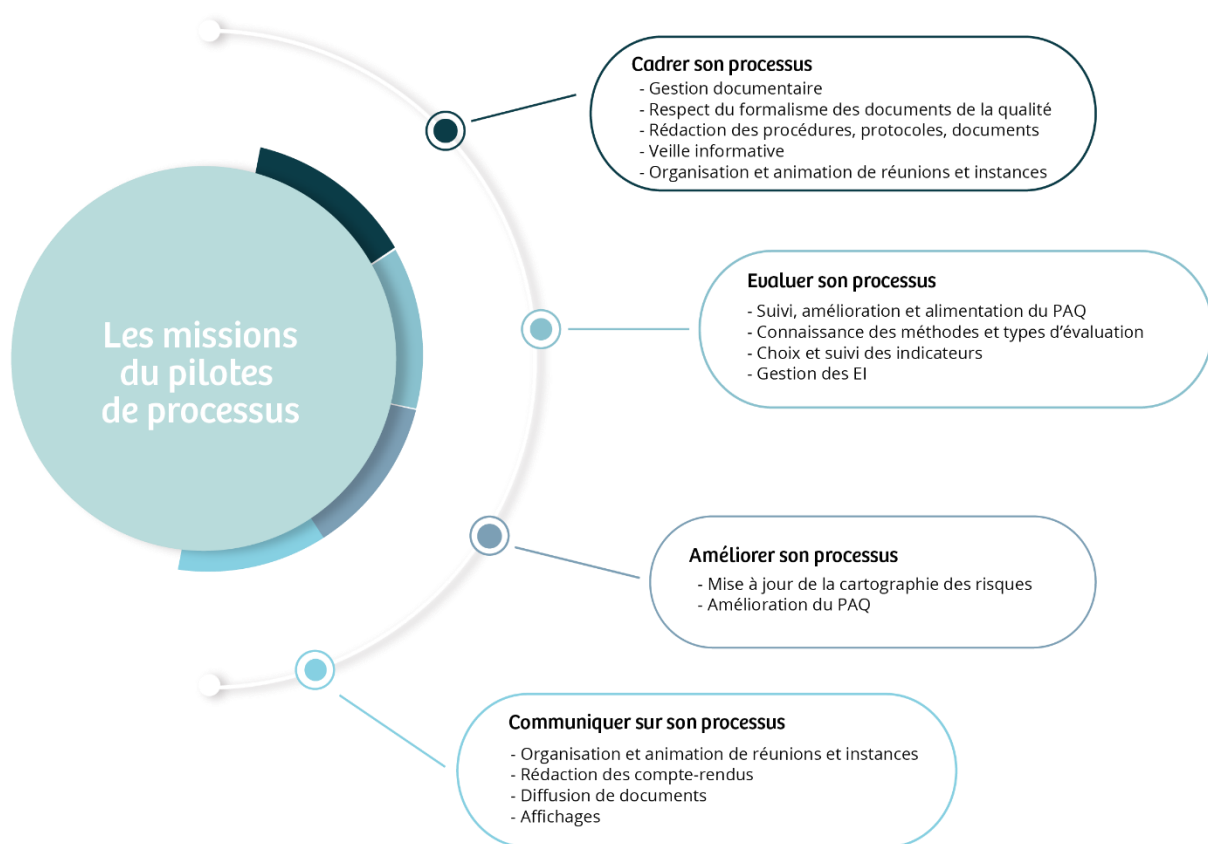


## Les missions du pilote de processus

Cadrer son processus	Évaluer son processus	Améliorer son processus	Communiquer son processus
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestion documentaire</li> <li>▪ Veille informative</li> <li>▪ Animation de réunion/groupe de travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Choix et réalisation des évaluations du processus</li> <li>▪ Suivi, amélioration et alimentation du PAQ</li> <li>▪ Gestion des EI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mise à jour la cartographie des risques</li> <li>▪ Amélioration du plan d'action</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rédaction de compte rendus</li> <li>▪ Animation de réunion/groupe de travail</li> <li>▪ Formalisation des documents de la qualité</li> </ul>



## Fiche mémo n°1 : la gestion documentaire

Les règles propres à la gestion documentaire sont :

- Faire référencer tous les documents au référent qualité : transmettre au référent qualité pour vérification et diffusion dans la documentation de l'établissement.
- Vérifier la réglementation, les références bibliographiques
- Respecter les règles de gestion documentaire :
  - Tous les documents de l'établissement respectent la procédure de gestion documentaire du groupe.
  - On retrouve a minima le nom de l'établissement, la date de diffusion et la pagination.
- Réaliser une veille informative (**voir fiche mémo n°2**) :
  - HAS, FHP, sociétés savantes, associations qualité, les sources d'information sont nombreuses. S'abonner aux newsletter est souvent une solution simple pour recevoir les informations sur les sorties de nouveaux textes ou de recommandations.
  - Ces nouveaux textes pourront nécessiter une mise à jour des documents mais aussi le déploiement d'une information voire une formation des professionnels concernés par le pilote.
- Communiquer aux personnes concernées
- Rédiger en collégial
- Réviser tous les 4 ans au moins

*Document « procédure des procédures » disponible dans la section « **documents ressources** » de ce parcours.*

## Fiche mémo n°2 : la veille informative

Consulter les sites, s'abonner aux Newsletters et/ou forum :

<b>Management de la Qualité et des risques</b>	HAS ANAP FHP  Au niveau régional : SRA (STRUCTURE RÉGIONALE D'APPUI)
<b>Parcours Patient</b>	HAS, Sociétés savantes : Fédération Française d'Addictologie, Fédération addiction Société Française d'Alcoologie, ...
<b>Droits des patients</b>	HAS Légifrance FHP
<b>Dossier patient</b>	DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins)
<b>Management de la prise en charge médicamenteuse</b>	ANSM, HAS  Au niveau régional : OMEDIT, CEIP-A (Centres d'Évaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance et d'Addictovigilance) CRPV (Centres Régionaux de PharmacoVigilance)
<b>Identification du patient</b>	Au niveau régional : Cellule régionale d'identitovigilance
<b>Gestion du risque infectieux</b>	SF2H REPIAS  Au niveau régional : CPIAS

### Fiche mémo n°3 : Animer une instance/un groupe de travail

Rappel : À chaque processus est associé une instance ou un groupe de travail (**voir fiche mémo n°4**).

Étapes :

- Préparer la réunion
- Animer la réunion
- Après la réunion

*Quand faire des réunions ?*

La fréquence des réunions peut être réglementaire ou simplement adaptée aux besoins de suivi du processus.

**Une fois par an** : une revue de processus portant sur la documentation, l'ensemble des activités réalisées dans le sens du PDCA.

♀ Planifier les réunions sur un an pour gagner en visibilité.

#### Préparer la réunion

1/ Rédiger un ordre du jour qui comprend à minima :

- point sur les évaluations dont les EPP,
- point sur les EI,
- point sur la satisfaction du patient/personnel sur le processus,
- résultats des indicateurs,
- suivi du plan d'action,
- points spécifiques et réglementaires du processus

2/ Adresser l'ordre du jour aux participants 15 jours avant la réunion

*Un exemple d'ordre du jour est disponible dans la section « **documents ressources** » de ce parcours.*

#### Animer la réunion

1/ Faire signer la feuille de présence

2/ Rappeler l'ordre du jour

3/ Dérouler les points

4/ Noter les commentaires et les décisions

#### Après la réunion

1/ Rédiger le compte-rendu

2/ Communiquer le compte-rendu à l'oral et par écrit aux concernés (dont la direction et les pilotes de processus en interface)

3/ Intégrer les actions d'amélioration dans le plan d'action

## Fiche mémo n°4 : Les instances



### Composition

La composition est transcrite dans le règlement intérieur de la CME :

tous les médecins, pharmacien titulaire

*Selon le Code de la santé publique : article L. 6161-2*

### Missions consultatives portant selon la législation CSP Article R6164-1 à 5 :

- La politique médicale de l'établissement, notamment le projet médical et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ;
- Tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice par l'établissement d'une ou plusieurs missions de service public ;
- Le règlement intérieur de l'établissement ;
- Les prévisions annuelles d'activité de l'établissement ;
- Les travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements ;
- La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- Les projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers., etc.
- Elle propose un programme d'actions et un suivi d'indicateurs.

# CME

### Réunions

4 par an

*Autres participants invités : direction, cadre de santé et autres intervenants en lien avec les sujets abordés*

### Processus en lien

Parcours patient, management stratégique, gestion du risque infectieux, prise en charge de la douleur, management de la prise en charge médicamenteuse, droits des patients, etc.



### Composition

La composition est définie dans la circulaire DHOS/E 1 n° 2002-186 du 29 mars 2002 et transcrite dans le règlement intérieur du CLAN :

- Directeur ou son représentant
- Médecins
- Pharmacien
- Cadre de santé
- Diététicien
- Référent qualité
- Responsable de la formation
- Responsable de la restauration
- Membre du CLIN
- Représentant des usagers
- Un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) désigné(e)s

### Missions consultatives :

- Conseiller pour améliorer la prise en charge nutritionnelle des patients et la qualité de l'ensemble de la prestation alimentation-nutrition
- Impulser des actions adaptées à l'établissement destinées à résoudre des problèmes concernant l'alimentation ou la nutrition

# CLAN

### Réunions

3 par an

*toute personne compétente sur les questions inscrites à l'ordre du jour*

### Processus en lien

Parcours patient, logistique, gestion du risque infectieux

### Composition

La composition est définie par la CME et inspirée de l'article abrogé R5104-55 et transcrite dans le règlement intérieur de la COMEDIMS :

- Pharmacien
- Médecins
- Cadre de santé
- Référent qualité
- Membre du CLIN
- Etc.

### Missions consultatives déléguées par la CME selon l'article R5126-48 du CSP :

- Participer à l'élaboration de la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement
- Participer à l'élaboration des recommandations en matière de prescription et de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse.

# COMEDIMS

### Réunions

3 par an

*Autres participants invités : direction, EOH*

### Processus en lien

Management de la prise en charge médicamenteuse, gestion du risque infectieux

## Fiche mémo n°5 : communiquer sur son processus

Le pilote de processus utilise tous les outils à sa disposition pour communiquer sur la vie de son processus.

Vie du processus = politique et ses objectifs + plan d'action

Moyens de communication (liste non exhaustive) :

- Comptes rendus de réunion
- Revue de processus
- Journal interne
- Intranet
- Comptes rendus d'évaluation
- Affichages
- Réunions : instances, équipes
- Etc.




## Fiche mémo n° 6 : évaluer et mesurer

*Suivre le programme annuel, le plan d'action, l'alimenter*

Étapes :

- 1/ Identifier les méthodes d'évaluation et de mesures
- 2/ Choisir la méthode en fonction de l'objectif ciblé et participer aux évaluations de son processus
- 3/ Tenir à jour le plan d'action de son processus

Identifier les méthodes d'évaluation et de mesures en fonction de l'objectif ciblé

 Avec l'aide du référent qualité, utiliser les méthodes d'évaluation pertinentes par rapport au besoin.

Méthodes prospectives	Méthodes rétrospectives
Cartographie des risques	Évènements indésirables
Visite de risques	Analyse des causes racines
Patient mystère	REMEDI
Analyse de scénario	Patient traceur
Simulation	RMM
	Audit
	Indicateurs
	Questionnaires de satisfaction

Choisir la méthode en fonction de l'objectif ciblé et participer aux évaluations de son processus

Questions à se poser successivement :

- Moment de l'évaluation : évaluation initiale, prospective ou rétrospective ?
- Quels sont les outils disponibles : outil prêt à l'emploi ?
- Quel type d'évaluation : évaluation des pratiques, des connaissances, les deux ?
- Les patients seront-ils impliqués : recueil de l'expérience patient ?
- Dimension de sensibilisation souhaitée ?
- Facile à mettre en œuvre ?
- Quels professionnels seront impliqués ?

Tenir à jour le plan d'action de son processus

Après chaque évaluation les décisions d'amélioration sont reportées dans le plan d'action, comprenant le responsable de l'action, le délai de réalisation mais aussi des précisions sur les modalités de mise en œuvre.

## Fiche mémo n°7 : les indicateurs

Un indicateur est :

- Une variable ayant pour objet de mesurer ou apprécier un état ou une évolution ;
- Associé à un phénomène, destiné à observer les évolutions au regard d'objectifs qualité ;
- Un outil d'aide à la décision, dont l'utilisation répond à un objectif et permet de réaliser des choix.

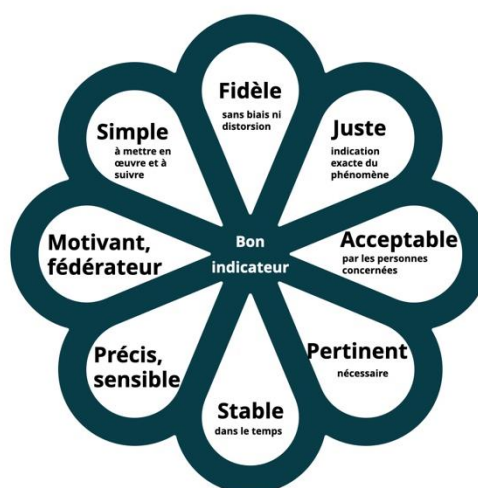
Différents types d'indicateurs

<b>Indicateurs d'activité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de journée d'hospitalisation/an</li> <li>• DMS</li> </ul>
<b>Indicateurs de structure</b> = moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de test OH achetés/mois</li> <li>• Nombre d'éducateurs sportifs</li> </ul>
<b>Indicateurs de processus</b> = pratiques, fonctionnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre moyen d'activités /patient/séjour</li> <li>• Poids des DASRI produits/semaine</li> </ul>
<b>Indicateurs de résultats</b> = résultats intermédiaires finaux, satisfaction	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de sorties patient avant date prévue</li> <li>• Nombre d'heure de formation par personnel/an</li> <li>• Prévalence des infections nosocomiales</li> </ul>

Pour différents objectifs

<b>Indicateurs d'efficacité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre d'erreurs médicamenteuses relevées/jour</li> </ul>
<b>Indicateurs d'efficience</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de patients ayant chuté/nombre de patients évalués sur ce risque</li> </ul>
<b>Indicateurs de disponibilité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux d'occupation d'un lieu</li> </ul>
<b>Indicateurs de performance</b> = indicateurs composites	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction des patients sur la restauration/coût journalier des repas</li> </ul>

Chaque indicateur est décrit dans une fiche, en partie reprise sur le Compte Qualité HAS.



Des exemples sont disponibles dans les fichiers Excel « exemples indicateurs » et « exemple grille suivi indicateur » dans la section « **documents ressources** » de ce parcours.

## Fiche mémo n° 8 : choisir ses indicateurs

Les indicateurs peuvent être choisis :

- D'après le contexte :
  - Mesurer l'atteinte d'un objectif final ou intermédiaire
  - Suivre le maintien d'un bénéfice
- Selon l'exploitation :
  - Facile à obtenir
  - Pouvoir comparer
  - Élément significatif, prédictif

Choisir ses indicateurs en pratique :

- Couvrir moyens, processus, résultats
- Compléter la fiche descriptive
- Organiser le recueil et le suivi
- 15 max / processus

## Fiche mémo n° 9 : gérer les EI de son processus au quotidien

### Étapes :

1/ Réception des EI

2/ Traitement des EI

3/ Mise à jour de la cartographie (au moins une fois par an)

### Réception des EI

Le pilote de processus reçoit en continu les EI se rapportant à son processus.

### Traitement des EI

- Les EI doivent être traité avec réactivité vis-à-vis du déclarant.
- Le pilote traite et répond aux EI simples de son processus au fur et à mesure.
- Pour les sujets nécessitant une analyse et/ou des décisions collégiales, il réunit l'équipe adéquate pour cette gestion. Le pilote va :
  - classer l'évènement par domaine ;
  - évaluer la criticité : gravité, fréquence, maîtrise ;
  - évaluer la récupération ;
  - définir des actions correctives complémentaires si besoin ;
  - orienter vers des experts / planifier une analyse plus poussée ;
  - remercier et transmettre au déclarant le suivi réalisé/planifié ;
  - envisager le signalement externe si besoin.

*Les EI plus complexes qui nécessitent une analyse approfondie, dont les corrections sont multifformes, sont traités en groupe.*

*Il existe souvent des craintes sur la cotation des risques. **Rassurez-vous, la cotation des risques est relative à votre contexte et se réajuste si besoin.***

### Mise à jour de la cartographie

Ces informations sont utilisées pour la mise à jour de la cartographie (**voir fiche mémo n°10**).

## Fiche mémo n° 10 : mettre à jour la cartographie des risques

Le pilote de processus peut au fur et à mesure du traitement des EI et de manière plus globale et collégiale au moins une fois par an réaliser ses nouvelles intégrations dans la cartographie.

Objectif : Une démarche de gestion des risques a pour but d'assurer la sécurité du patient et des soins qui sont délivrés et en particulier de diminuer le risque de survenue d'événements indésirables pour le patient et la gravité de leurs conséquences.

Qu'est-ce que la cartographie des risques a priori de l'établissement ?

- La cartographie est un mode de représentation et de hiérarchisation des risques d'une organisation.
- Cet état des lieux global permet d'identifier des risques potentiels susceptibles de remettre en cause les objectifs et les missions d'une institution.
- Les risques sont hiérarchisés selon leur gravité, leur fréquence mais aussi la maîtrise existante.
- La cartographie des risques amène ainsi à sécuriser les risques insuffisamment maîtrisés et d'établir un programme d'action.

*La priorisation par la gestion des risques peut permettre la réaffectation « logique » des moyens et l'investissement « raisonné et raisonnable ».*

La cotation

Pour chaque risque, on évalue :

- La **gravité** : c'est-à-dire l'importance du dommage, le niveau de conséquence,
- La **fréquence** ou **probabilité d'occurrence** de dommage ou la fréquence ou la vraisemblance
- Le **niveau de maîtrise** du risque ou niveau de sécurité existant : estimation de la maîtrise du risque en fonction des actions déjà mises en place. Permet de pondérer la criticité du risque

*La cotation des risques est le résultat d'un consensus de groupe pluridisciplinaire autant que faire se peut.*

## Échelles de gravité et d'occurrence

Un exemple d'échelle de gravité		Un exemple d'échelle de vraisemblance	
G1. Mineure	Conséquences mineures sans préjudice (ex : retard simple)	V1. Très improbable	Ou « jamais vu »
G2. Significative	Incident avec préjudice temporaire (ex : retard avec désorganisation de la prise en charge)	V2. Très peu probable	Ou « vu une fois dans ma carrière »
G3. Majeure	Incident avec impact (ex : report, prolongation anormale de l'hospitalisation, transfert non prévu en réanimation, perte de fonction transitoire)	V3. Peu probable	Ou « vu dans d'autres établissements »
G4. Critique	Conséquences graves (ex : ré-intervention, préjudice ayant un retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente)	V4. Possible / Probable	Ou « survient dans l'établissement »
G5. Catastrophique	Conséquences très graves (ex : invalidité permanente, séquelles graves, décès)	V5. Très probable à certain	Ou « vécu dans mon secteur d'activité »

## Échelle de maîtrise

Niveau	Description synthétique
<b>Niveau 1</b>	On sait faire face, bonne maîtrise : plans avec exercices et formations, veille, contrôle, amélioration continue
<b>Niveau 2</b>	On a tout prévu : plans d'action en place avec indicateurs
<b>Niveau 3</b>	On a organisé : organisation en place sans évaluation
<b>Niveau 4</b>	On est en alerte : quelques actions mais insuffisantes - veille mais sans actions
<b>Niveau 5</b>	On découvre le risque : aucune action en place - études en cours - actions inefficaces ...

## Calcul de la criticité

Pour chaque risque, calculer la criticité :

- Criticité du risque initiale (C1)
  - $C1 = \text{Gravité} \times \text{Occurrence}$
- Criticité du risque pondérée (C2)
  - $C2 = \text{Gravité} \times \text{Occurrence} \times \text{Niveau de Maîtrise}$

Ensuite, hiérarchiser les risques pour prioriser les actions d'amélioration en œuvrant par ordre de criticité décroissante selon le diagramme de Farmer.

### Diagramme de Farmer

Criticité en fonction de la Gravité et de la Fréquence

G5	5	10	15	20	25
G4	4	8	12	16	20
G3	3	6	9	12	15
G2	2	4	6	8	10
G1	1	2	3	4	5
	F1	F2	F3	F4	F5

Hiérarchisation en fonction de la criticité et du niveau de maîtrise

Criticité	Maitrise 1	Maitrise 2	Maitrise 3	Maitrise 4	Maitrise 5
1 à 5	faible	faible	à surveiller	à surveiller	à surveiller
6 à 10	faible	faible	à surveiller	à surveiller	à surveiller
11 à 15	à surveiller	à surveiller	à surveiller	à surveiller	prioritaire
16 à 20	à surveiller	à surveiller	à surveiller	prioritaire	prioritaire
21 à 25	à surveiller	à surveiller	à surveiller	prioritaire	prioritaire

## Fiche mémo n°11 : le plan d'action

### Définition

Le plan d'action est un document interne. Il définit une stratégie à appliquer pour arriver à un résultat voulu. Il fixe ainsi des objectifs SMART (Sensible Mesurable Acceptable Réaliste Temporel) et le QUI QUOI QUAND des actions.

Il permet de coordonner les actions.

Il est soumis à trois temps : une phase d'élaboration, une phase de mise en œuvre et une phase de suivi et d'évaluation.

### Tenir à jour le plan d'actions de son processus

Après chaque réunion, évaluations, les décisions d'amélioration sont reportées dans le plan d'action, comprenant le responsable de l'action, le délai de réalisation mais aussi des précisions sur les modalités de mise en œuvre.

Les actions peuvent porter sur différents aspects dont les facteurs humains.

*Un exemple de PAQ est disponible dans la section « **documents ressources** » de ce parcours.*