



**A**gence **N**ationale  
d'**A**ccréditation et  
d'**É**valuation en **S**anté

**MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME  
D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ  
DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ**

**PRINCIPES MÉTHODOLOGIQUES**

**Octobre 1996**

**Service Évaluation Hospitalière**

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.  
Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'ANDEM est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en octobre 1996 ; il peut être acheté (frais de port compris) auprès de :

**Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM)**

Service Communication et Diffusion

159, rue Nationale - 75640 Paris Cedex 13 - Tél. : 01 42 16 72 72 - Fax : 01 42 16 73 73

© 1996, Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale (ANDEM)

I.S.B.N. : 2-910653-26-9

Prix net : 150 F

---

# SOMMAIRE

---

	<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>6</b>
	Pr. Y. Matillon	
	<b>INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
Chapitre 1	<b>LA QUALITÉ DANS SON CONTEXTE</b>	<b>10</b>
	A. Définitions	
	B. Le secteur de l'industrie et des services	
	C. Le secteur hospitalier	
Chapitre 2	<b>L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ</b>	<b>16</b>
	A. Les principes de l'amélioration continue de la qualité	
	B. Le choix d'une méthode	
Chapitre 3	<b>LES QUATRE ÉTAPES DU PROJET D'AMÉLIORATION</b>	<b>22</b>
	A. Étape n° 1 : Identification du processus	
	B. Étape n° 2 : Description du processus	
	C. Étape n° 3 : Construction du nouveau processus	
	D. Étape n° 4 : Amélioration du processus	
Chapitre 4	<b>LA CONDUITE DU PROJET DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS</b>	<b>41</b>
	A. Le pilotage du projet	
	B. La communication	
	C. Les liens avec les autres programmes institutionnels	
Chapitre 5	<b>LES FACTEURS DE RÉUSSITE DU PROJET</b>	<b>46</b>
	A. Pour initier le projet	
	B. Pour conduire le projet	
	C. Pour intégrer le projet dans le contexte de l'établissement	
	<b>PERSPECTIVES</b>	<b>54</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>56</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>60</b>

Afin de favoriser la mise en place de Programmes d'Assurance Qualité "P.A.Q" dans les établissements de santé, la Direction des Hôpitaux a lancé en 1995 un appel d'offres sur le thème général de la "sécurité des patients". L'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale a été sollicitée pour développer les méthodes appropriées et procéder à l'accompagnement des 28 projets sélectionnés et financés par la Direction des Hôpitaux.

Ce programme a été conduit au sein du Service Évaluation Hospitalière de l'ANDEM, par le Docteur Georges MAGUEREZ, responsable des Programmes d'Assurance Qualité 1995-1996, sous la coordination de Monsieur Yves DERENNE, responsable du Service,

**en collaboration avec les référents suivants pour chaque thème :**

- *Monsieur Alain CHEVALLIER, Pharmacien - AP-HP/Hôpital Broussais, Paris*  
*"Dispensation du médicament"*
- *Madame Monique DUPUY, Surveillante - ANDEM et HCL/Hôpital Louis Pradel, Lyon,*  
*"Dossier du malade"*
- *Madame Marie ERBAULT, Cadre Infirmier - ANDEM,*  
*"Sécurité anesthésique"*
- *Docteur Eric HERGON, Médecin - Institut National de la Transfusion Sanguine, Paris,*  
*"Sécurité Transfusionnelle"*
- *Madame Chantal LE PRIOL, Praticien hygiéniste, Président du CLIN - CH du Mans,*  
*"Infections nosocomiales"*
- *Docteur Vincent MOUNIC, Médecin - ANDEM et DIM - Hôpital St Camille, Bry sur Marne,*  
*"Dossier du malade"*
- *Docteur Jean PETIT, Anesthésiste-Réanimateur - CHRU de Rouen,*  
*"Sécurité anesthésique"*
- *Professeur Jean-Louis TERRA, Psychiatre - ANDEM et CHS "Le Vinatier", Lyon Bron,*  
*"Prise en charge de la violence",*

**avec la contribution des experts français ou étrangers, membres du Comité méthodologique composé de spécialistes ou praticiens du domaine :**

- *Madame Catherine BUGEON, Directeur Qualité - Compagnie Générale de Santé, Paris,*
- *Madame Christiane COUDRIER, Directeur Hôpital - CH de Bourges, Bourges,*
- *Docteur Pierre DURIEUX - Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Paris,*
- *Monsieur Alain GOAER, Directeur Qualité - Publicis, Paris,*
- *Docteur Niek KLAZINGA, Senior Staff Member - CBO, Utrecht (Pays-Bas),*
- *Professeur Duncan NEUHAUSER, Director - Health Systems Management Center C.W.R.U.,*  
*Cleveland (USA),*
- *Professeur John OVRETVEIT, Professor of Health Policy and Management - Nordic School of*  
*Public Health, Rotenberg (Suède),*
- *Professeur Gérard VIENS, Professeur d'Economie et de Gestion de la Santé - ESSEC, Paris,*
- *Monsieur Jean-Claude WATRIN, Directeur Qualité - GEC ALSTHOM, Paris.*

La méthode générale de la démarche ainsi que les principes de la conduite d'un projet sont développés dans ce document, rédigé par le Docteur Alexandra FOURCADE, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, le Docteur Georges MAGUEREZ, ANDEM, le Docteur Vincent MOUNIC, ANDEM.

## **Nous remercions,**

les directeurs et les équipes professionnelles des établissements hospitaliers pour leur apport, à tous les stades de l'expérimentation engagée depuis 1995 :

- *Hôpital de Bicêtre, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, LE KREMLIN-BICÊTRE*
- *Groupe hospitalier "Pellegrin Tripode", C.H.R.U. de BORDEAUX*
- *Clinique Mutualiste des Eaux-Claires, GRENOBLE*
- *C.H. du HAVRE*
- *Hôpital "Calmette" et Maternité "Henri Salengro", C.H.R.U. de LILLE*
- *Hôpital de la Croix Rousse, Hospices Civils de LYON*
- *C.H. de MONT DE MARSAN*
- *Hôpitaux "de Purpan" et "de Rangueil", C.H.R.U. de TOULOUSE*
- *Hôpital Pasteur, C.H.R.U. de NICE*
- *Hôpital Saint Camille, BRY SUR MARNE*
- *C.H. de SAINT DIE*
- *Institut Bergonié, BORDEAUX*
- *Hôpital de la Tronche, C.H.R.U. de GRENOBLE*
- *C.H. Paul Ardier, Issoire*
- *Hôpital Louis Pradel, Hospices Civils de LYON*
- *Centre de Soins et Accueil des Monts du Lyonnais, VAUGNERAY*
- *C.H. d'AVIGNON*
- *Hôpital Robert Debré, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, PARIS*
- *Hôpital Charles Nicolle, C.H.R.U. de ROUEN*
- *Hôpital Tenon, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, PARIS*
- *G.R.A.H.P.A (Groupe de Recherche et d'Animation des Hôpitaux Publics d'Aquitaine)*
- *Hôpital de la Colombière, C.H.R.U de MONTPELLIER*
- *Hôpital Civil, C.H.R.U. de STRASBOURG*
- *C.H.S. de la Savoie, BASSENS*
- *Hôpital Louis Mourier, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, PARIS*
- *Institut Curie, PARIS*
- *Centre Hospitalier Intercommunal de CRÉTEIL,*

le Président et les membres du Conseil Scientifique pour leurs commentaires avisés lors de la préparation de ce document :

- |  |  |
|--|--|
| - <i>Professeur René MORNEX, Président</i> | - <i>Docteur Philippe LOIRAT</i>         |
| - <i>Monsieur Dominique CATHIGNOL</i>      | - <i>Docteur Alessandro LIBERATI</i>     |
| - <i>Professeur Philippe EVEN</i>          | - <i>Professeur Jacques MARESCAUX</i>    |
| - <i>Professeur Jean FAIVRE</i>            | - <i>Monsieur Louis OMNES</i>            |
| - <i>Professeur Michèle FARDEAU</i>        | - <i>Monsieur Pierre PERONNEAU</i>       |
| - <i>Professeur Jacques FERMANIAN</i>      | - <i>Monsieur Gérard de POUVOURVILLE</i> |
| - <i>Docteur Pierre GALLOIS</i>            | - <i>Docteur Gilbert SOUWEINE</i>        |
| - <i>Docteur Niek KLAZINGA</i>             | - <i>Professeur François STEUDLER</i>    |
| - <i>Professeur Daniel LAURENT</i>         | - <i>Professeur Bruno VARET</i>          |

ainsi que les membres de l'ANDEM qui ont apporté leur contribution lors des différentes étapes de ce programme.

Ce document a pu être réalisé grâce aux financements accordés à l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale par le Ministère du Travail et des Affaires Sociales - Direction des Hôpitaux.

---

## **AVANT-PROPOS**

---

Dans le cadre de ses missions, l'Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale contribue à l'élaboration, la validation et à la mise en œuvre des méthodes nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé. Depuis 1990, l'ANDEM accompagne les établissements, les équipes médicales et paramédicales souhaitant s'initier et se perfectionner aux démarches d'évaluation des pratiques professionnelles. La principale méthode développée dans le cadre de ces projets est l'audit clinique. Appliquée à des domaines particuliers, elle a conduit à la publication d'un document pour évaluer la qualité de la tenue du dossier du patient. Cette expérience, déterminante pour les équipes hospitalières, confirme cependant que l'évaluation des pratiques professionnelles ne permet pas de résoudre toutes les difficultés liées à l'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. En particulier, elle intervient a posteriori, ce qui rend utile de la compléter par une approche préventive, visant à mieux maîtriser les processus et obtenir une meilleure qualité de la prestation fournie.

Dans ce contexte, la Direction des Hôpitaux a lancé en Janvier 1995 un appel d'offres pour la mise en place de Programmes Assurance Qualité dans les hôpitaux sur le thème générique de la "Sécurité des patients", avec l'appui technique et méthodologique de l'ANDEM.

La mise en œuvre de cette démarche d'assurance de la qualité dans un établissement de santé a pour but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins et de la prise en charge des patients :

- par une analyse méthodique du déroulement des soins et de la prise en charge dans une situation clinique donnée,
- par une identification des principaux dysfonctionnements afin de mettre en place les améliorations utiles,
- par le choix d'indicateurs et d'un dispositif de mesure interne à l'établissement permettant de suivre le niveau de qualité des soins.

Les thèmes concernant la sécurité des patients, retenus pour cet appel d'offres 1995-1996, étaient les suivants :

- le dossier du malade,
- la prise en charge de la violence en psychiatrie,
- la sécurité anesthésique,
- la sécurité transfusionnelle,
- la lutte contre les infections nosocomiales,
- la dispensation des médicaments.

Pour assurer l'encadrement méthodologique de cet appel d'offres et coordonner les projets souhaités par les établissements :

- de nombreux avis ont été sollicités auprès d'établissements ayant déjà conduit des actions dans ce domaine,
- un comité méthodologique a été mis en place associant plusieurs experts internationaux, et d'autres travaillant en dehors du système de santé,
- le Conseil Scientifique de l'ANDEM a participé aux différentes étapes de l'appel d'offres,
- un jury a été mis en place pour sélectionner les établissements, en liaison avec la Direction des Hôpitaux,
- une équipe technique a été constituée au sein de l'ANDEM,
- des référents par thème clinique ont été désignés,
- un bilan d'expérience a été établi.

Au total, 26 établissements ont participé à ce programme pendant deux ans, leur projet étant soutenu par un financement de la Direction des Hôpitaux. La conduite des projets a été assurée selon un cadre méthodologique commun reprenant les étapes-clés de la mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité, adapté tant à l'établissement qu'au thème clinique.

Ce document a été réalisé à partir de l'expérience acquise par ces établissements de soins et par l'ANDEM. Après avoir présenté les concepts et définitions nécessaires à la compréhension de la démarche, il décrit les différentes étapes qui doivent être mises en œuvre, les conditions nécessaires à la réalisation d'un projet dans un établissement, ainsi que les facteurs de réussite tels qu'ils ont pu être appréhendés au cours de cette expérience. Illustré d'exemples, il est destiné à tout établissement de santé qui souhaite s'engager dans ce type de démarche et s'informer sur les réalisations pratiques qu'elle peut apporter, afin d'en percevoir les avantages et les difficultés observés au cours des expériences mises en œuvre dans le cadre de cet appel d'offres.

Ce document permet d'identifier les bases conceptuelles et méthodologiques de programmes d'amélioration de la qualité, qui devront évoluer et s'affiner dans l'avenir. Cette perspective est d'autant plus importante que les établissements devront organiser les démarches visant à réunir les critères de qualité nécessaires et/ou souhaitables pour répondre à l'accréditation définie comme étant : "*une procédure externe à un établissement de santé, dont l'objectif est d'obtenir une appréciation indépendante de la qualité de cet établissement...*" (Ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée en date du 24 avril 1996 - Art. L.710-5)

Puisse ce premier document contribuer à mieux comprendre et à améliorer la qualité dans le monde hospitalier.

Professeur Yves MATILLON  
Directeur de l'ANDEM

---

## INTRODUCTION

---

*"J'ai dû attendre 2 heures aux urgences..."*

*"Le médecin ne m'a pas examiné avant ma sortie..."*

*"Les infirmières sont très gentilles mais débordées..."*

*"Le taux de césariennes est trop élevé..."*

*"Le malade a développé une infection après son intervention..."*

*"Le traitement antibiotique n' a pas été arrêté comme cela avait été prévu..."*

*"Le chirurgien est arrivé en retard pour son intervention..."*

*"Les examens biologiques ne sont pas parvenus à temps..."*

*"Je ne sais pas pourquoi ils ont besoin de faire tant d'examens..."*

*"Mon voisin a eu un scanner et pas moi..."*

*"Le dossier a dû se perdre en radiologie..."*

*"J'ai attendu longtemps avant que l'on vienne me chercher après la fibroscopie"...*

Tout professionnel de santé pourrait très certainement allonger cette liste. Ces constatations sont très différentes les unes des autres car elles émanent d'interlocuteurs différents. Elles ont toutes, cependant, un point commun : elles traduisent pour la personne non satisfaite, soit un dysfonctionnement, soit un écart par rapport à ce qui était attendu (le patient aurait dû être pris en charge immédiatement, le médecin aurait dû avoir les examens biologiques à temps, le dossier n'aurait pas dû se perdre en radiologie... ).

Les écarts traduisent, à leur niveau, une insuffisance en terme de qualité et, pour chaque écart, la nécessité d'une réponse aux attentes de chaque interlocuteur. De nombreux travaux d'évaluation ont mesuré de tels dysfonctionnements et ont conduit à définir des mesures correctives visant à éviter le renouvellement du dysfonctionnement. Ainsi, le directeur répondra à la plainte du patient concernant son attente aux urgences et cherchera avec les équipes, la manière d'en réduire le délai moyen ; le service de gynécologie-obstétrique justifiera auprès de la tutelle le taux élevé de césariennes ; le pharmacien mettra en place une procédure pour éviter que les traitements ne se prolongent anormalement, etc. Chacune de ces démarches vise à satisfaire son client direct et illustre les différents types de dysfonctionnements pouvant affecter la qualité dans un établissement de santé.

Au delà de la réponse ponctuelle qui peut être apportée à chacun de ces dysfonctionnements, la démarche proposée dans ce document vise à développer au sein des établissements de santé une méthode d'amélioration de la qualité, inspirée des modèles industriels, adaptée aux spécificités et à la complexité de la production des soins dans un établissement de santé.

Le recours à la démarche d'amélioration continue de la qualité constitue un des éléments de la mise en place dans les établissements de santé d'un dispositif contribuant à une meilleure gestion des risques et à l'amélioration de la qualité des prestations de soins.

## Chapitre 1

---

# LA QUALITÉ DANS SON CONTEXTE

---

### A. DÉFINITIONS

La qualité n'est pas une préoccupation nouvelle pour les professionnels de la santé. Elle a fait l'objet de plusieurs définitions, dont la plus communément admise est celle de l'Organisation Mondiale de la Santé :

*“Délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins”.*

Cette définition de la "Qualité" est à rapprocher de celle couramment utilisée dans les autres secteurs d'activités (industries et sociétés de services). Selon l'ISO (International Organisation for Standardization), organisme international chargé de la standardisation du vocabulaire et des méthodes relatives à la qualité, la qualité est :

*“L'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites”.*

Cette définition place le client et la prise en compte de ses besoins au centre de tout objectif "qualité". Celui-ci sera d'autant plus explicite que le client est unique et ses besoins identifiés.

Dans le secteur de la santé, on se heurte à une difficulté évidente qui est la multiplicité des "clients" potentiels d'une prestation de soins : les patients et leur entourage, avant tout, les professionnels de santé, les assureurs et d'une façon plus générale, les payeurs, l'État, les tutelles, etc. La traduction des besoins de ces différents clients oblige à prendre en compte les exigences de qualité spécifiques de chacun de ces "clients" :

- **pour les patients**, la qualité repose sur des critères multiples où la subjectivité peut prendre une part importante de la satisfaction finale. L'organisation des structures de soins, notamment pour les fonctions logistiques, n'apporte pas toujours une réponse adaptée aux attentes des patients et de leur famille dans ce domaine. De plus, la complexité et la technicité des actes réalisés ne permettent pas toujours de donner aux patients, une information répondant à leurs attentes.

- **pour les professionnels de santé**, la qualité fait référence à une échelle de valeur professionnelle basée sur des aspects techniques : capacité à développer et utiliser des techniques diagnostiques et thérapeutiques dans des conditions optimales en terme d'efficacité, de sécurité, de délivrance au bon moment. Ces exigences professionnelles ont longtemps été au centre des définitions de la qualité des soins.
- **pour les tutelles ou les organismes de financement**, la qualité se traduit par des exigences multiples, comme notamment l'adéquation de l'offre de soins, le respect des exigences de sécurité, la maîtrise des coûts.

Historiquement, le développement des démarches qualité s'est orienté vers la réponse aux besoins de chacune de ces catégories de clients prises isolément. Or, aucune de ces différentes approches ne permet de répondre aux exigences de la qualité dans le cadre d'une approche globale et multiprofessionnelle de la qualité à l'hôpital. Ainsi, certaines dimensions de la qualité des soins (continuité, accessibilité, satisfaction des patients) ne peuvent reposer uniquement sur l'engagement des professionnels de soins.

L'enjeu du développement des méthodes d'amélioration continue de la qualité à l'hôpital est de parvenir à prendre en compte l'ensemble des exigences des différents clients. Aussi, c'est sur l'importance de l'adéquation entre les besoins du patient, la conception de la prise en charge et la réalisation de cette prise en charge que doivent être fondées les méthodes d'amélioration de la qualité dans le domaine des soins.

Le développement des démarches qualité à l'hôpital est directement lié au mouvement qualité qui a pris un essor considérable dans l'industrie. Ce mouvement, quoique ciblé vers un objectif commun comprend plusieurs courants qu'il est important d'identifier. Aujourd'hui, les démarches qualité n'ont été transférées vers le secteur hospitalier que d'une façon fragmentaire et localisée. La difficulté de ces transferts réside dans l'adaptation des concepts, des méthodologies et des outils au contexte spécifique des établissements de soins, en termes de culture et de terminologie notamment.

## B. LE SECTEUR DE L'INDUSTRIE ET DES SERVICES

### **Du Contrôle Qualité à l'Assurance de la Qualité, de l'Amélioration Continue de la Qualité à la Qualité Totale ...**

Le développement des méthodes et des techniques visant à améliorer la qualité dans le secteur industriel illustre bien les différentes approches possibles de la qualité.

Dans les années 30, les premières contraintes imposées par les clients à leurs fournisseurs sont d'ordre technique : le produit que vous nous livrez est-il conforme à des exigences spécifiées ? C'est l'objet du **contrôle de qualité** qui vérifie a posteriori que les produits sont conformes à des exigences de qualité.

Rapidement, les entreprises se rendent compte que les contrôles en fin de production, s'ils garantissent la qualité des produits vendus, n'améliorent pas la qualité de leur fabrication. Il apparaît plus économique de multiplier les contrôles en cours de production, y compris la production par les sous-traitants. En effet, les produits devenant de plus en plus complexes, les entreprises deviennent dépendantes de la qualité de leur réseau de sous-traitance. On parle alors **d'assurance de la qualité**, qui recouvre l'ensemble des activités permettant de détecter les défauts en cours de production et de mettre en place a priori des actions visant à agir sur l'origine des défauts.

Selon la définition normalisée de l'ISO, l'assurance de la qualité représente :

*“L'ensemble des actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée qu'un produit ou un service satisfera aux exigences données relatives à la qualité” .*

Elle consiste donc en la mise en place d'un **système d'obtention de la qualité** (définition, construction et suivi de la qualité exigée) auquel est associé un système assurant que la qualité est maintenue et que les écarts sont traités.

La mise en place de ces systèmes de maîtrise de la qualité (contrôle et assurance de la qualité) a conduit les entreprises à la création de véritables "Services Qualité" spécialisés. Deux problèmes se sont alors posés : les coûts d'investissement imposés par la mise en place de ces services et la relative lourdeur des procédures à mettre en œuvre pour la reconnaissance externe du système d'obtention de la qualité.

En France, c'est l'AFAQ (Association Française pour l'Assurance de la Qualité), organisme indépendant créé en 1988, qui réalise les audits des systèmes d'assurance de la qualité des entreprises. L'AFAQ utilise comme référentiel pour la réalisation de ces audits, des normes internationales d'assurance de la qualité : la série des normes ISO 9000. La conformité à ce référentiel permet la délivrance d'un "label" : la certification, qui permet la reconnaissance formelle des moyens mis en œuvre par l'entreprise pour assurer la qualité de ses produits.

Au delà de la volonté d'apporter la preuve en externe de la qualité de leur produit (objet de la certification), les entreprises utilisent désormais "la qualité" comme outil de management interne. Cette nouvelle orientation a été favorisée par le développement concomitant du management participatif. Les démarches ont toujours pour objectif premier, la satisfaction des clients et la recherche constante de l'amélioration de la qualité mais les méthodes sont différentes : elles sont progressives, centrées sur l'amélioration d'un ou de quelques processus particuliers de l'entreprise. Ce mouvement correspond à celui de l'**amélioration continue de la qualité**.

Ces nouvelles techniques de gestion, aussi participatives que possible, visent à créer une dynamique d'amélioration dans l'organisation par la réalisation de projets d'envergure limitée et successifs impliquant l'ensemble des niveaux hiérarchiques. Le changement des mentalités associé au programme est supposé conduire à terme, à une intégration de la recherche de l'amélioration continue de la qualité dans les activités de chacun, et ceci à tous les niveaux de l'organisation.

Cette dernière approche devrait conduire l'entreprise à intégrer la "qualité" dans son mode de gestion ("management par la **qualité totale**"), le résultat escompté étant la mobilisation permanente du personnel autour d'un objectif partagé d'amélioration de la qualité.

Les applications de ces méthodes et techniques au secteur de la santé nécessitent des adaptations tenant compte des spécificités des activités et des acteurs concernés.

## C. LE SECTEUR HOSPITALIER

### Évaluation des Pratiques Professionnelles et programmes de type "PAQ 1995-1996"

Le secteur de la santé a développé depuis de nombreuses années des méthodes et des outils destinés à améliorer la qualité des soins. En effet, partant du constat de variations des pratiques médicales et soignantes pas toujours justifiées, et de l'augmentation croissante des coûts des prestations, les professionnels ont développé des méthodes visant à réduire ces variations. Dans le cadre de ces méthodes, l'amélioration de la qualité passe par l'élaboration de références professionnelles et par le développement d'outils de mesure de la qualité et de ses résultats. La méthode la plus couramment utilisée dans ce cas, est l'audit clinique, qui est défini par l'ANDEM comme :

*"Une méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer les pratiques de soins à des références admises en vue de mesurer la qualité de ces pratiques et des résultats de soins, avec l'objectif de les améliorer" .*

Dans cette approche, l'amélioration porte sur la réduction des écarts observés dans la pratique par rapport à un référentiel préétabli.

Plus récemment, des travaux s'inspirant des principes de l'amélioration de la qualité industrielle, ont montré la nécessité de compléter cette méthode centrée sur les pratiques professionnelles, par la prise en compte des éléments organisationnels qui vont influencer sur la qualité globale du processus de soins. Cette analyse part du constat que ***tout processus est un ensemble complexe de tâches à réaliser, faisant intervenir de multiples acteurs***. La qualité du résultat final va dépendre autant du caractère approprié des pratiques cliniques de chaque intervenant que de l'organisation et des procédures en place dans l'établissement : une prescription pertinente d'un médicament donné peut être mal exécutée par erreur de recopie, mauvaise identification du produit au moment de l'administration...

La prise en compte de cette dimension organisationnelle de la qualité des soins est la base des démarches de type "amélioration continue de la qualité".

Ces méthodes ont été particulièrement développées aux États-Unis ("Continuous Quality Improvement") et plus récemment, expérimentées dans certains hôpitaux français.

La complémentarité entre les deux démarches peut être illustrée par l'exemple de la transfusion sanguine et de la sécurité transfusionnelle. Les risques liés à cette pratique ont fait l'objet d'une importante médiatisation et il existe un consensus de la part de tous les acteurs du système de santé pour, d'une part, mieux connaître les pratiques existantes, et d'autre part,

chercher à les rendre plus fiables dans leur déroulement. L'audit clinique dans ce cas, recherchera si les transfusions prescrites et mises en oeuvre sont conformes aux standards de qualité définis par les professionnels en termes d'indications et de choix des produits. Il s'agira de mesurer et d'analyser les écarts (s'ils existent), afin de les réduire là où ils ne sont pas justifiés. Un ensemble de recommandations sera élaboré et des protocoles seront formalisés pour améliorer les pratiques.

Cependant, ce même thème peut aussi justifier une approche de type "PAQ". En effet, dès lors que le consensus professionnel a été établi vis-à-vis d'une situation clinique donnée, on peut retenir l'hypothèse que la non-conformité de l'acte transfusionnel tient au fait que le mécanisme de décision et de mise en oeuvre est complexe, dépendant de nombreux facteurs.

Dans une démarche de type "PAQ", on étudiera de façon détaillée l'ensemble du processus, de la prescription jusqu'au suivi de complications éventuelles, on analysera les dysfonctionnements pouvant survenir aux différentes étapes de la réalisation de cette prescription, le rôle des différents acteurs impliqués, afin de mettre en place dans un second temps les actions préventives qui permettront d'améliorer la qualité du processus.

Cette démarche aboutit à formaliser un référentiel décrivant les exigences qualité aux différentes étapes et à définir des indicateurs de suivi des actions d'amélioration.

Le cadre méthodologique retenu dans le cadre de l'expérimentation menée par l'ANDEM pour l'appel d'offres "Programmes d'Assurance Qualité" (PAQ 1995-1996) est celui de **l'amélioration continue de la qualité**.

Cette méthode fait référence à une stratégie visant à améliorer les uns après les autres, certains processus liés à la sécurité des soins, thème de l'appel d'offres 1995-1996, afin d'intégrer peu à peu l'objectif d'amélioration dans la culture de l'établissement.

## Chapitre 2

---

# L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

---

### A. LES PRINCIPES DE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

Trois principes méthodologiques caractérisent la démarche d'amélioration continue de la qualité :

- toute activité, dans un établissement, peut être **décrite sous la forme d'un processus**,
- ce processus est **analysé dans son fonctionnement actuel**. Cette analyse permet d'identifier les dysfonctionnements en situation réelle et de définir les actions d'amélioration avec les personnes concernées,
- l'efficacité de toute amélioration doit être **objectivée par une mesure**.

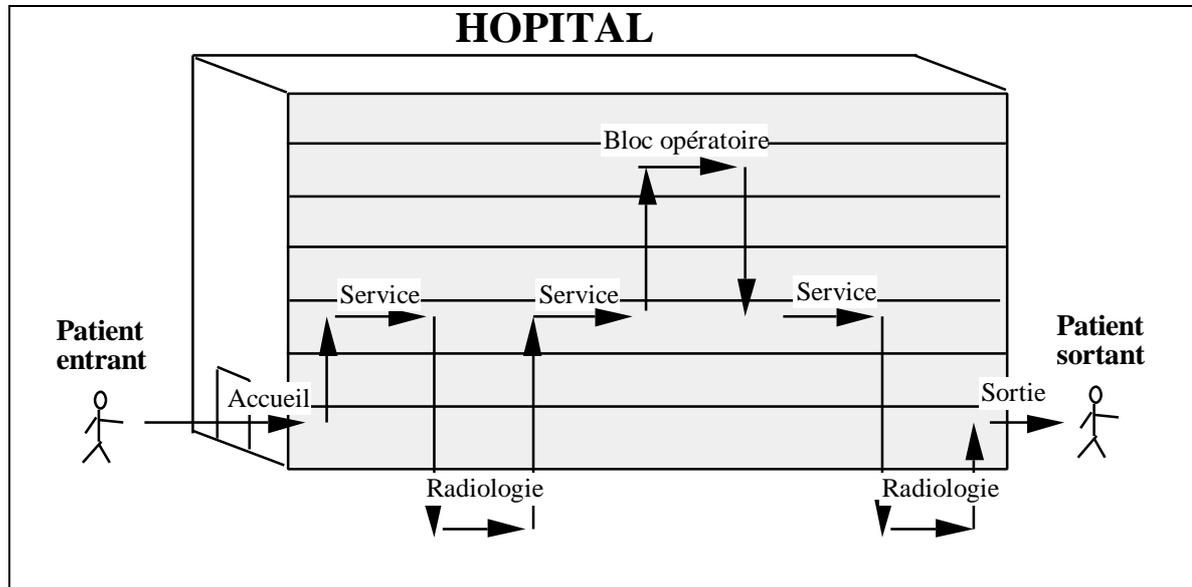
#### 1. La description sous forme d'un processus

La production d'un établissement de soins peut être vue comme un ensemble complexe de tâches à réaliser. Ces tâches peuvent être regroupées en "**processus**" par rapport à un objectif à réaliser : par exemple le processus d'ouverture du dossier d'admission, le processus de prise en charge d'un malade au bloc opératoire, le processus de sortie ... C'est l'approche par "**processus**" **qui caractérise la démarche d'amélioration de la qualité**, car elle nécessite une segmentation de la prise en charge d'un malade en un certain nombre d'étapes dont la succession doit aboutir à un résultat de qualité.

Au sein de ce processus complet de prise en charge du patient, il est possible d'identifier de nombreuses étapes (sous-processus). Chaque étape constitue elle-même une succession de tâches faisant intervenir différents acteurs. Ainsi, le processus de prise en charge d'un patient de chirurgie peut être segmenté en : accueil, admission dans le service, prise en charge au bloc opératoire... (figure 1).

FIGURE 1

Exemple de processus : la prise en charge d'un patient en chirurgie



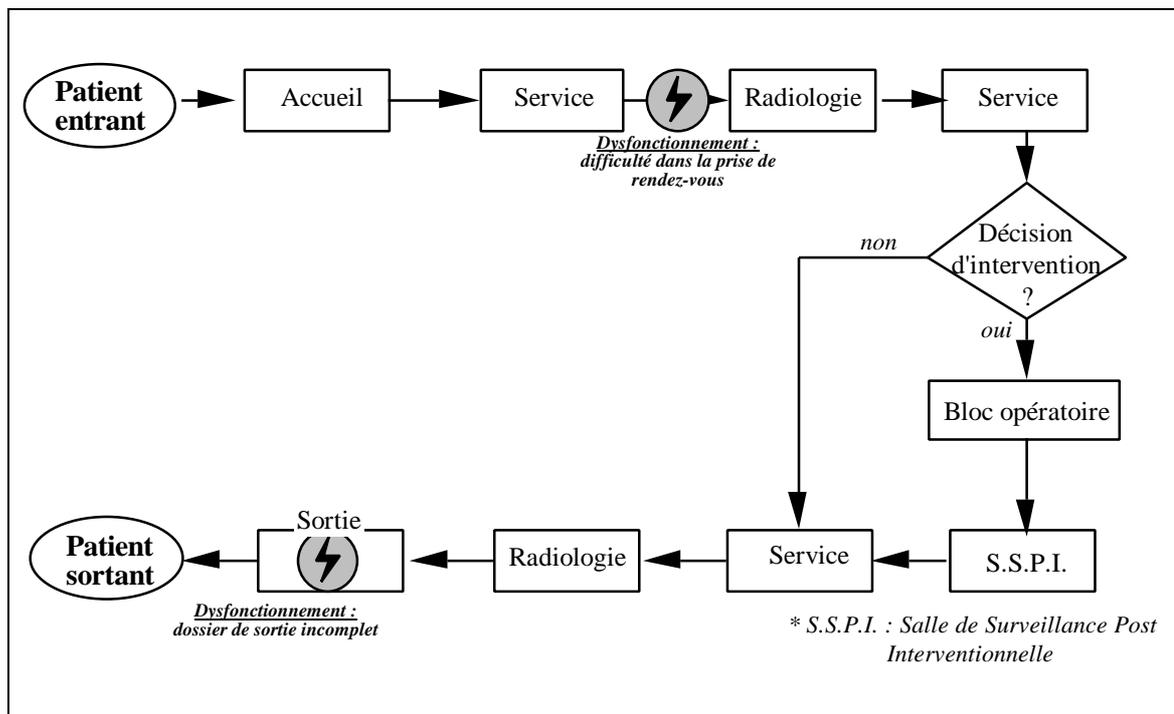
2. L'analyse du processus dans son fonctionnement actuel

L'étude du processus en situation réelle nécessite **l'implication de toutes les catégories professionnelles concernées**. La description du processus, même si elle est connue en théorie, ne peut être réalisée que par les acteurs. Cette nécessité conduit obligatoirement à une approche transversale de l'organisation, remettant en question le cloisonnement souvent excessif des établissements de santé.

De plus, seuls les acteurs directs du processus sont à même d'identifier tous les dysfonctionnements et leurs causes potentielles qui peuvent se situer au sein d'une étape du processus ou à l'interface entre plusieurs intervenants (figure 2). **Leur implication dans leur détection favorise de plus l'acceptabilité des solutions préconisées.**

FIGURE 2

Exemple de processus : la prise en charge d'un malade en chirurgie



L'étude du fonctionnement du processus en situation réelle a plusieurs avantages. Elle permet :

- de connaître les caractéristiques organisationnelles locales,
- de mettre en évidence les dysfonctionnements mais aussi les points positifs et de fixer les priorités,
- de fixer des buts à atteindre à partir d'une **situation objectivée** en interne et en tenant compte des possibilités locales d'amélioration. Cela évite de se placer d'emblée en situation d'échec ou face à des objectifs irréalistes.

Ainsi, une grande partie des changements observés à l'issue d'un projet d'amélioration découle de la qualité du diagnostic initial fait par les acteurs du processus et de la pertinence des actions d'amélioration retenues.

### 3. La mesure de l'amélioration

La mesure du niveau de qualité est une préoccupation constante au cours de toute démarche d'amélioration. Il est très important de se baser sur des faits et non sur des opinions. **Le recours aux données chiffrées est un moyen privilégié d'ancrer la démarche dans la réalité.**

Certaines données devront être organisées en indicateurs ; l'indicateur permet :

- de connaître le niveau de qualité initial du processus,
- de se fixer des objectifs quantifiés,
- de vérifier qu'ils sont atteints, en mesurant l'efficacité des solutions mises en œuvre sous la forme de plans d'action,
- de suivre dans le temps le maintien des résultats obtenus, c'est-à-dire de vérifier la pérennité des changements.

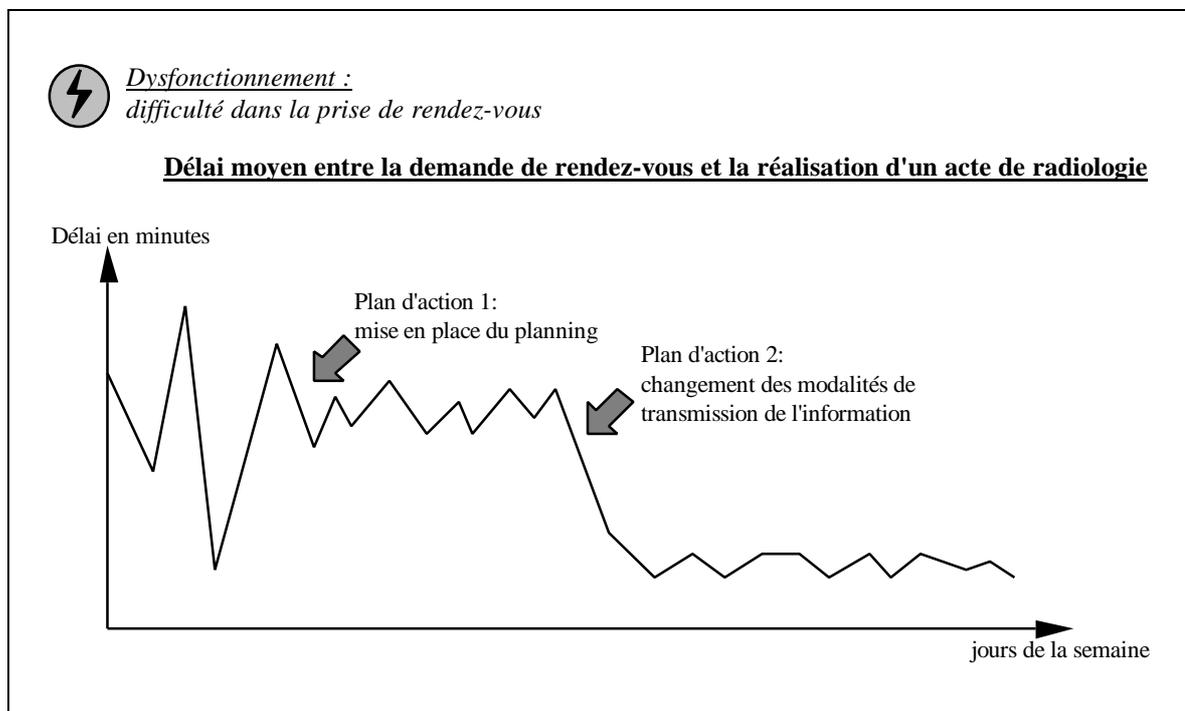
Par exemple, le relevé systématique du nombre des incidents anesthésiques permettra de suivre l'évolution de la sécurité anesthésique ; l'évolution du délai moyen d'attente aux urgences, permettra d'apprécier l'efficacité des plans d'action mis en place pour le réduire ... Toute mesure ponctuelle, sans comparaison avec une mesure antérieure ne peut être interprétée que d'une façon relative et risque très probablement d'être mise en doute. La progression mesurée n'a de valeur que si la mesure antérieure a été réalisée selon la même méthode (par exemple, tirage au sort de x dossiers par semaine).

L'indicateur de résultat dans le cadre d'un projet d'amélioration continue de la qualité doit permettre de répondre à la question : *"Comment pourra-t-on mesurer le succès du projet ?"*. Si l'on reprend l'exemple du processus de prise en charge d'un malade de chirurgie et que l'objectif du projet est d'améliorer la prise des rendez-vous au niveau du service de radiologie, l'indicateur de résultat du projet pourra être le délai moyen entre la demande de rendez-vous et la réalisation de l'acte de radiologie (figure 3).

Dans un souci d'efficacité, et afin de ne pas alourdir la démarche, on s'attachera à ne retenir qu'un **nombre limité d'indicateurs** (par exemple, deux ou trois).

FIGURE 3

**Évolution d'un indicateur dans les projets d'amélioration continue de la qualité**



**B. LE CHOIX D'UNE MÉTHODE**

L'expérience acquise pendant le déroulement et le suivi des "PAQ 1995-1996" a permis de mettre au point un cadre méthodologique pour la conduite d'un projet d'amélioration continue dans un établissement de soins. La méthodologie développée dans ce document comprend :

- les quatre étapes nécessaires à la réalisation d'un projet d'amélioration continue de la qualité (chapitre 3),
- les éléments permettant la conduite du projet au niveau de l'établissement de santé (dispositif de pilotage et plan de communication - chapitre 4).

L'objectif du PAQ 1995-1996 était d'initier une dynamique d'amélioration continue de la qualité par la conduite de projets démonstratifs. Le suivi de ces projets a permis à l'ANDEM de tester quelques outils et techniques simples d'amélioration de la qualité. Leur mise en œuvre, tout en respectant leurs principes d'utilisation, a été adaptée aux spécificités de chaque établissement pour s'intégrer dans le travail quotidien des personnes impliquées dans le projet.

Le cadre méthodologique exposé dans ce document doit pouvoir s'appliquer à d'autres projets et permettre d'intégrer la démarche d'amélioration continue de la qualité dans le fonctionnement de l'établissement de santé.

Les facteurs favorisant l'extension de la démarche n'ont pu être complètement appréciés à ce jour, compte tenu du caractère récent de l'expérience.

## Chapitre 3

---

# LES QUATRE ÉTAPES DU PROJET D'AMÉLIORATION

---

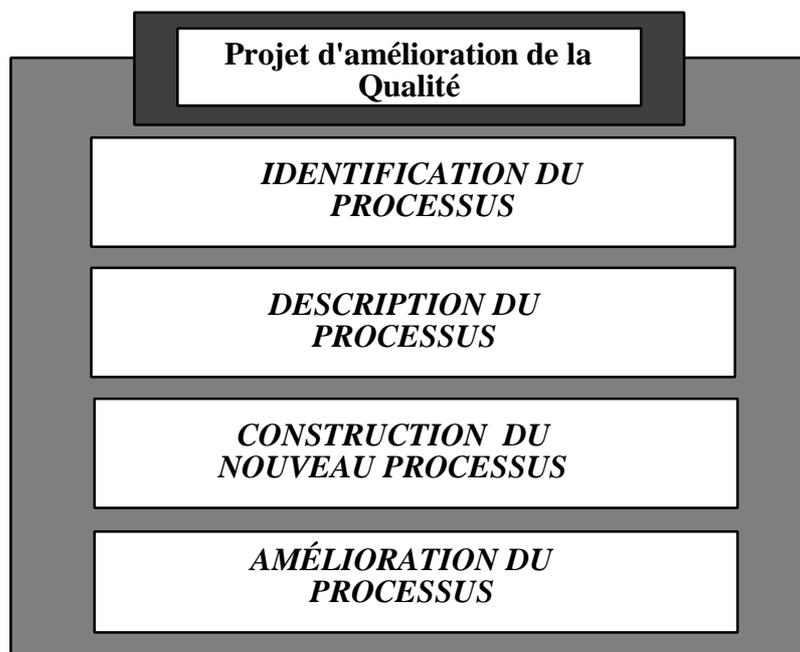
La réalisation d'un projet d'amélioration est sous la conduite d'un responsable de projet, clairement identifié, impliqué directement dans le processus étudié et mandaté par la direction pour assurer cette mission.

Chaque étape du déroulement du projet d'amélioration répond à des objectifs précis. La séquence des étapes devra être respectée, même si, du fait de sa mise en œuvre progressive, elle pourra évoluer dans ses modalités ; l'expérience acquise au fil des projets permet, le plus souvent, des gains de temps importants. Le cadre méthodologique de départ ne devra pas être remis en cause dans ses bases, quelle que soit son évolution au fil des projets réalisés. Dans tous les cas, il devra être bien connu des responsables, adapté au projet et à l'établissement concerné. Ceci est fondamental pour assurer la continuité de la démarche : même si des variantes sont possibles entre projets, ceux-ci doivent pouvoir être comparés entre eux et l'ensemble des professionnels doit pouvoir se repérer par rapport à la vision commune.

FIGURE 4

---

### Schéma général du projet d'amélioration de la qualité



## A. ÉTAPE N° 1 : IDENTIFICATION DU PROCESSUS

**OBJECTIFS :**

- *Identification du processus global et de ses principaux segments,*
- *Reconnaissance des acteurs du processus et de leur rôle.*

La première étape est fondamentale car elle doit permettre d'identifier clairement les objectifs attendus par rapport à la conduite du projet d'amélioration et de planifier les ressources nécessaires à la réalisation du projet. De la pertinence de ces choix et de l'implication initiale de la direction dépendra la réussite du projet. L'existence de thèmes prédéterminés dans le cadre de l'appel d'offres "PAQ 1995-1996" a limité l'éventail des possibilités de projets pouvant être proposés par les établissements. De manière générale, il s'agit d'identifier le ou les processus qui vont faire l'objet de la démarche en fonction des priorités stratégiques de l'établissement.

Dans tous les cas, la direction de l'établissement doit :

- avoir la capacité de valider le choix qui aura été réalisé auprès des instances consultatives (Commission Médicale d'Établissement, Commission du Service de Soins Infirmiers),
- intégrer le projet dans le projet d'établissement,
- assurer une information objective sur les critères de choix du thème retenu auprès du personnel de l'établissement.

Le projet ayant été sélectionné, un responsable de projet identifié (chapitre 4), il convient de réaliser les actions suivantes :

- déterminer les **limites du processus** au sein du thème choisi qui fera l'objet de la démarche en tenant compte des délais de mise en œuvre et des conditions de faisabilité,
- **identifier tous les acteurs concernés** par le processus étudié, afin de les impliquer,
- faire une **analyse des "Forces et Faiblesses"** du projet, en particulier pour en analyser les facteurs de réussite.

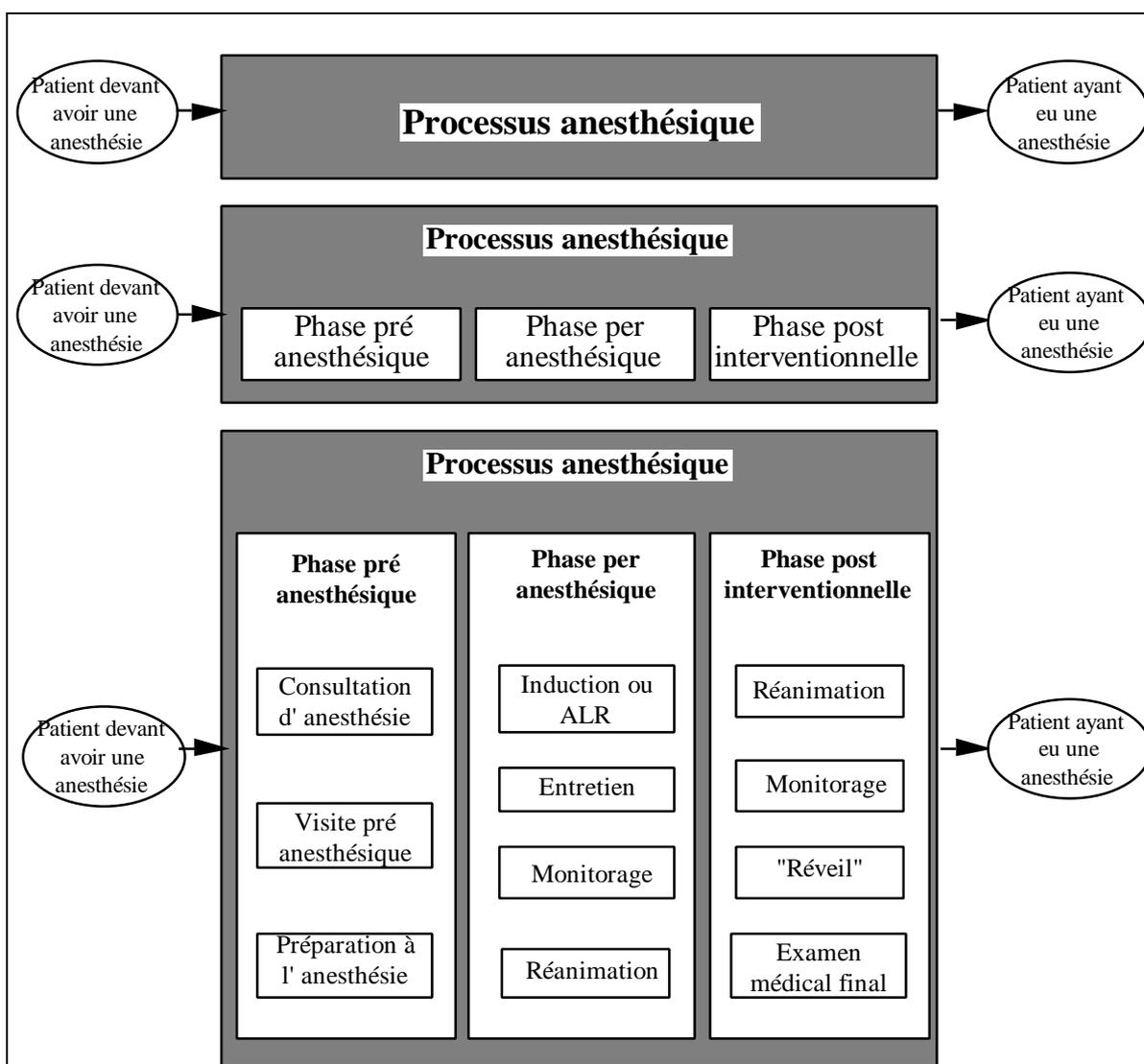
**A la fin de cette étape, les objectifs du projet sont précis, les échéances sont fixées et un groupe de projet est constitué.**

## 1. Limites du processus

Il est important, une fois le projet sélectionné, de tracer les contours du domaine d'intervention afin de borner l'étude précisément en tenant compte du temps imparti à la réalisation de ce type de projet (12 mois en moyenne à partir du lancement du projet). Pour parvenir à définir ces limites, il convient de découper le processus en un certain nombre de segments dont chacun représente une étape du processus global (figure 5).

FIGURE 5

### Exemple de découpage du processus anesthésique



Par exemple, dans le cadre d'un projet d'amélioration de la sécurité anesthésique, la prise en charge peut être découpée chronologiquement en plusieurs segments : la phase pré, per et post interventionnelle. Cette étape de segmentation du processus va permettre de limiter l'ampleur

du projet en fonction des conditions de faisabilité. Si la mise en conformité de l'établissement avec l'obligation légale de disposer de salles de surveillance post-interventionnelles est planifiée, l'ampleur du premier projet sera limité à la phase pré et per anesthésique. Il est inutile d'engager un projet portant sur la sécurité post-interventionnelle : la problématique de l'établissement est dans ce cas, la mise en conformité préalable aux normes réglementaires.

Le découpage du processus est réalisé par rapport à la réalité observée dans l'établissement. Il peut donc varier selon les établissements travaillant sur le même thème.

## 2. **Choix des acteurs**

Les limites du processus ayant été définies, il est alors possible d'identifier toutes les personnes concernées par le(s) processus afin de les impliquer dans le projet. De ce choix initial dépendra le bon déroulement du projet. Il est préférable de choisir des personnes volontaires et motivées en s'assurant que les différentes fonctions sont représentées. Cette sélection pourra conduire, en fonction des thèmes, à retenir les services particulièrement motivés pour participer à la démarche. À ce stade est constitué le groupe projet (tableau 1).

**TABLEAU 1**

**Exemple de composition de groupe projet "Sécurité anesthésique"**

<b>Groupe Projet</b>		
• Dr JP. M.	Praticien Hospitalier (Anest-Réa)	Responsable projet
• Dr A.A.	Assistant Obstétrique	Membre
• Mr P.B.	Directeur adjoint	"
• Mme C.B.	Sage-Femme Cadre	"
• Dr F.G.	Praticien hospitalier (Anest-Réa)	"
• Mr X.M.	Responsable du Service Informatique	"
• Mme M.O.	Infirmière Anesthésiste diplômée d'État	"
• Mme I.Q.	Infirmière Anesthésiste diplômée d'État	"
• Mme J.T.	Infirmière Anesthésiste diplômée d'État	"
• Mme I.T.	Cadre Infirmier (Anest-Réa)	"
• Mr G.U.	Brancardier	"

### **3. Analyse des forces et faiblesses du projet**

Le déroulement futur d'un projet doit être appréhendé par rapport à son environnement spécifique. Cette analyse repose sur l'identification des éléments qui peuvent avoir un impact sur le déroulement du projet. La liste de ces éléments prendra en compte les aspects liés à la structure (organisation, système d'information, ...) ainsi qu'à la réalisation du projet (moyens, disponibilités, délais, ...). Ces éléments peuvent être regroupés en plusieurs catégories d'une façon schématique sous la forme d'un tableau. L'utilisation de l'outil "Forces et Faiblesses" est utile à ce stade, car elle permet de dégager les points favorables sur lesquels le projet pourra s'appuyer et les points défavorables qui seront à contourner ou à réduire. Un constat trop négatif doit pouvoir conduire à différer le projet pour améliorer, dans la mesure du possible, le contexte. L'évaluation du projet par rapport à chacun des critères est purement subjective. Elle est réalisée par le responsable de projet, en collaboration avec la direction (annexe 1).

## B. ÉTAPE N° 2 : DESCRIPTION DU PROCESSUS

- OBJECTIFS :**
- *Analyse critique et détaillée du processus ciblé,*
  - *Recherche de l'origine des dysfonctionnements.*

Cette étape doit conduire à la réalisation de schémas représentant la situation actuelle du processus. Il permet de visualiser les dysfonctionnements potentiels, mais aussi d'identifier les points clés de la qualité du processus tout en favorisant la communication entre les différents intervenants.

La réalisation de cette étape est la plus longue. Elle implique tous les acteurs directement concernés afin d'être le reflet le plus exact de la réalité du fonctionnement du processus. Une fois décrit le processus et ses différentes étapes de réalisation, il convient de lister les dysfonctionnements qui peuvent survenir. De la qualité de cette étape, dépendra la réussite du projet.

Plusieurs actions seront conduites à cette étape.

La **description** proprement dite qui permettra de mettre en évidence les interfaces entre les différents intervenants du processus, et de ce fait d'améliorer la communication entre les services.

**L'identification des dysfonctionnements et le recueil des données** permettant de les quantifier, le cas échéant, doit permettre au groupe d'apprécier autant les faiblesses que les points positifs du fonctionnement du processus.

**L'analyse de l'origine des dysfonctionnements** permettra de situer le dysfonctionnement soit à l'intérieur d'une des étapes (exemple d'une prescription incomplète) ou à l'interface entre deux étapes (erreur de retranscription). Cette analyse déplace la responsabilité des dysfonctionnements, des individus vers les conditions de réalisation du processus et favorise l'acceptation des problèmes rencontrés.

Cette étape est longue, mais ne doit pas excéder quelques mois. Elle aboutit à un diagnostic : les points forts du ou des processus sont listés. Les dysfonctionnements sont connus et quantifiés.

### 1. Description

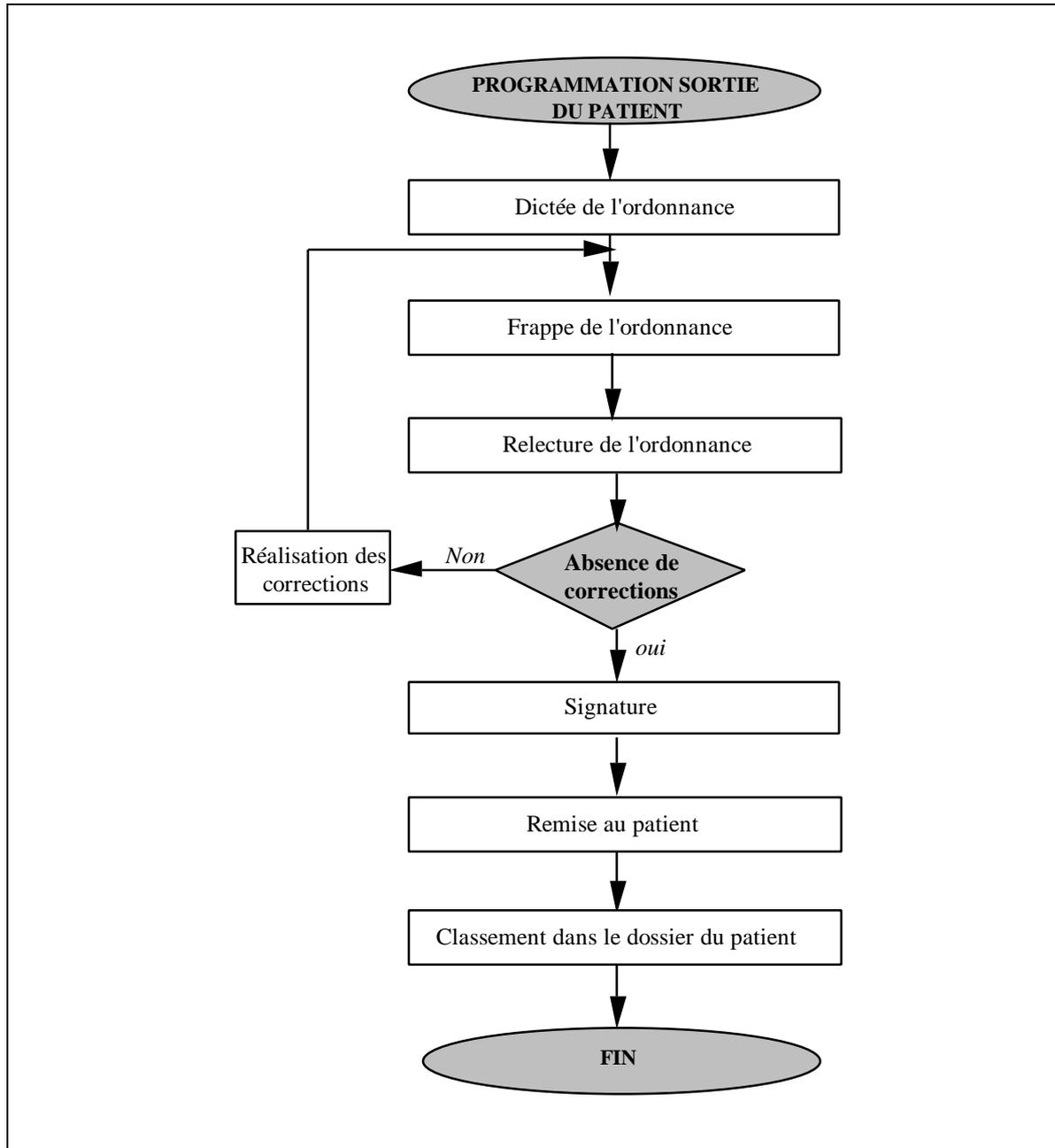
La description du ou des processus (figure 6) peut être représentée à l'aide de diagrammes des flux (ou "flowchart" ou "logigramme"). Chaque tâche élémentaire est visualisée ainsi que les alternatives de fonctionnement variables selon les cas. Elle permet aux équipes de réaliser le schéma du processus. Cette description est faite par un groupe de travail associant l'ensemble des intervenants en examinant le processus dans sa réalité. La phase de description est très consommatrice de temps et réclame un investissement important de la part du groupe

de travail pour valider la représentation par l'ensemble des acteurs. Cette description doit être le reflet de la réalité sans appréciation ni jugement. La réalisation de cette phase montre souvent la complexité des processus de soins.

Le logigramme est un outil pouvant rapidement entraîner le groupe de travail dans des excès. Il conviendra donc de limiter la description à quelques pages, ce qui implique de repérer les principaux segments du processus étudié.

FIGURE 6

Exemple de logigramme appliqué au processus de réalisation  
de l'ordonnance de sortie



## **2. Identification des dysfonctionnements et recueil des données**

Une fois décrit le processus dans sa réalité, il convient d'analyser les dysfonctionnements qui peuvent survenir lors de son déroulement et d'identifier les mécanismes qui les génèrent.

Cette analyse permet, grâce à une critique constructive, de connaître les imperfections du processus, les maillons faibles et les opportunités d'amélioration.

À ce stade, une méthode de questionnement systématique : "*Qui, Quoi, Où, Quand, Comment, Pourquoi ?*" peut être utilisée pour expliciter les dysfonctionnements. D'autres sources d'information peuvent permettre d'objectiver des dysfonctionnements comme :

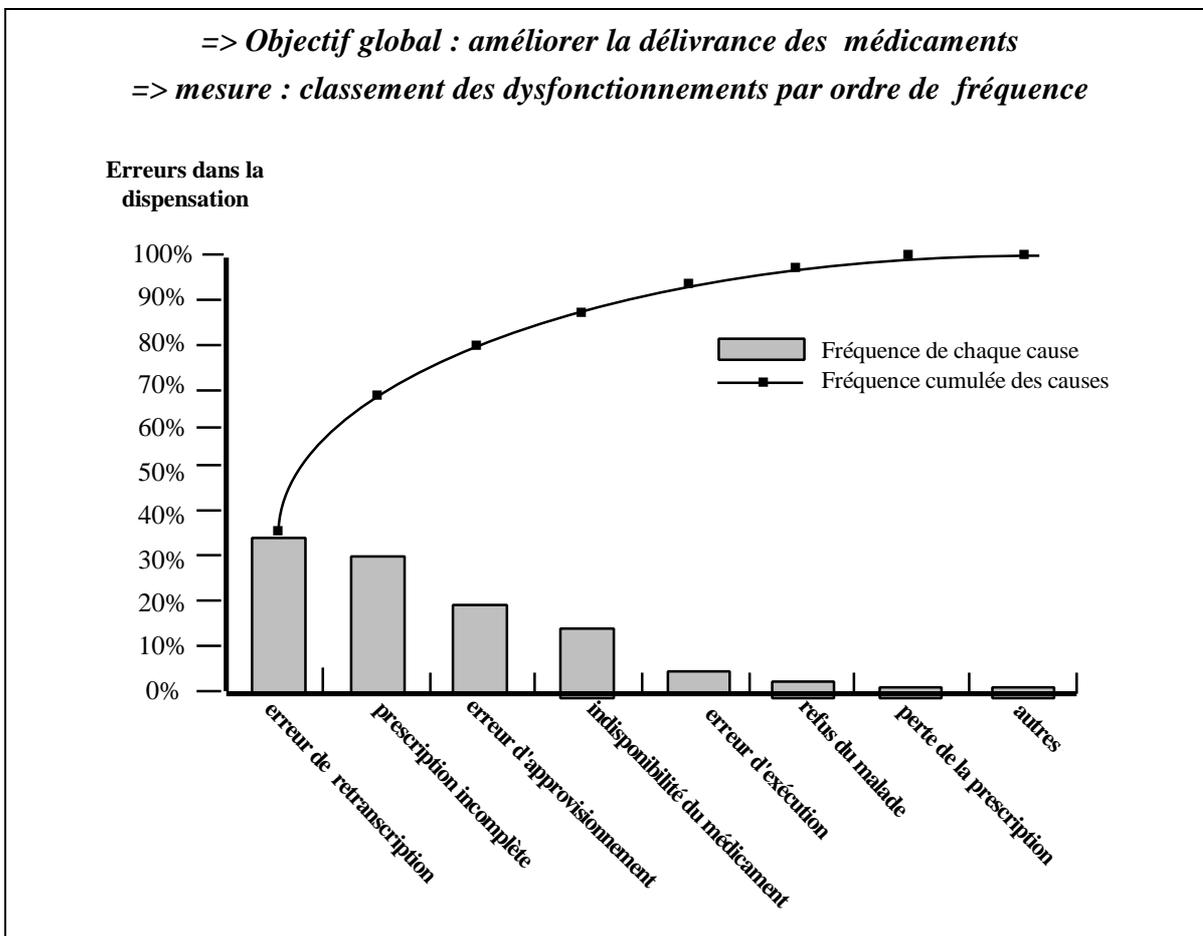
- les plaintes,
- les questionnaires de sortie, les résultats d'interviews menées auprès du personnel,
- les résultats d'enquêtes de type "clients-fournisseurs internes" (évaluation des interfaces entre les différents intervenants aux différentes étapes du processus).

L'objectif de cette description des dysfonctionnements n'est pas d'atteindre l'exhaustivité mais d'être le plus factuel possible.

L'étude des dysfonctionnements nécessite souvent la confirmation et la quantification des faits. L'analyse des données existantes ou le recueil de nouvelles données seront utilisés à cet effet et permettront d'identifier un ou plusieurs indicateurs simples à suivre dans le cadre de la démarche d'amélioration. Le diagramme de Pareto et les histogrammes permettent une visualisation graphique simple des données en classant les dysfonctionnements par ordre de fréquence (figure 7).

FIGURE 7

Exemple de diagramme de Pareto appliqué à la dispensation du médicament



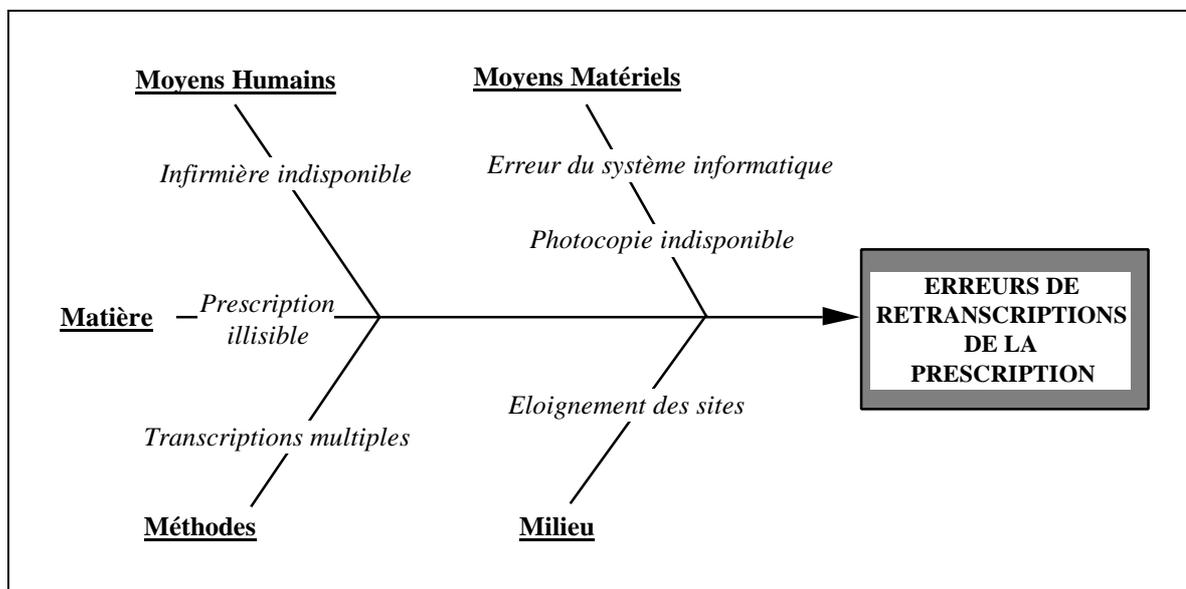
Le diagramme de Pareto vise à représenter l'importance relative de différents phénomènes. Il repose sur le principe de Pareto énonçant "qu'en traitant un nombre limité de causes, on peut résoudre une grande partie d'un problème" (ou règle de 80/20 : 80% des effets sont dus à 20% des causes). Cependant, il conviendra de trouver et prouver l'origine de ces dysfonctionnements avant d'agir sur eux. Dans l'exemple présenté sur la figure 7, sur l'analyse des causes d'erreurs dans la dispensation du médicament, il apparaît que les trois principales causes d'erreurs sont : l'erreur de retranscription, la prescription incomplète, l'erreur d'approvisionnement. Cette présentation permet de hiérarchiser les dysfonctionnements.

### 3. Analyse de l'origine des dysfonctionnements

L'origine des dysfonctionnements peut apparaître de manière évidente dès la description du processus. Certains d'entre eux peuvent d'emblée être corrigés et constituent les premières retombées du projet. Si l'on reprend l'exemple de la dispensation du médicament, l'existence d'une retranscription infirmière de la prescription médicale constitue une cause d'erreur facilement identifiable. Le plus souvent, cette approche n'est pas suffisante et des méthodes complémentaires doivent être utilisées. Le diagramme "Causes-Effets" (Ischikawa ou "5M") représente l'outil le plus simple, très fréquemment utilisé à ce stade (figure 8). Cette représentation graphique permet d'animer un groupe de travail. Elle conduit le groupe à repérer et présenter de façon claire des causes possibles du dysfonctionnement. La classification par rapport à l'effet observé (ici, "5 M" : Méthode, Matière, Moyens matériels, Moyens humains, Milieu) peut varier en fonction du problème à résoudre. L'exemple de la figure 8 illustre l'application des "5M" à l'analyse des causes des erreurs de retranscriptions de la prescription. D'autres méthodes de résolution de problèmes peuvent permettre d'analyser des situations plus complexes.

FIGURE 8

#### Exemple de diagramme "Causes-Effets" appliqué au processus de la prescription du médicament



Pendant l'étape 2, le comité de pilotage sera régulièrement informé de l'avancement des travaux et veillera au respect des limites du projet fixées à l'étape 1.

## C. ÉTAPE N° 3 : CONSTRUCTION DU NOUVEAU PROCESSUS

**OBJECTIFS :** • *Définition des critères contribuant à la qualité des segments du processus,*

• *Choix des axes d'amélioration.*

Les faiblesses du processus ont été mises en évidence et quantifiées lors de l'étape précédente. De même, l'origine des dysfonctionnements a été identifiée sans la recherche des solutions, qui fait l'objet de cette étape. Afin d'éviter un nombre trop important de solutions qui rendrait problématique leur mise en œuvre, il est nécessaire de **hiérarchiser** les dysfonctionnements en fonction de grandes orientations en terme d'amélioration. Ce classement n'est possible que si **l'analyse** des dysfonctionnements du processus a été réalisée au préalable.

C'est l'ensemble du groupe de travail qui est chargé de trouver les solutions aux dysfonctionnements reconnus prioritaires. Le groupe n'a pas pouvoir de décision, il ne peut que faire et argumenter des propositions. En effet, il est important, au moins en phase initiale de la démarche, que les processus décisionnels, habituels de l'établissement soient conservés, voire renforcés afin d'éviter tout blocage du projet.

Les solutions proposées par le groupe découlent des constatations faites lors de l'étape précédente. L'imagination et la créativité du groupe sont souvent importantes, conduisant à des solutions originales, le plus souvent simples et pas nécessairement onéreuses. Cependant, il est nécessaire dans tous les cas, de compléter le travail du groupe par une recherche exhaustive des **références externes applicables** au thème étudié. Par exemple, dans le cas du processus transfusionnel, le groupe doit identifier tous les textes en vigueur, donnant les exigences en terme de délivrance des produits sanguins, de transport, de conservation et gestion des stocks, etc. Ces références externes peuvent aider à l'identification des points critiques\* du processus. Elles contribuent dans ce cas à la définition des solutions à mettre en œuvre ou à défaut, des principales contraintes à respecter. Elles peuvent être d'ordre **réglementaire** (lois ou décrets), **professionnel** (pratiques professionnelles, références) ou de l'ordre de **l'expertise** (sites référents, avis d'experts communément admis). Pour certains thèmes, le groupe pourra avoir à sa disposition un **véritable référentiel externe** qu'il pourra confronter à son processus. Il orientera ainsi les actions prioritaires de son projet vers la recherche de conformité du processus de l'établissement au référentiel.

---

\* On appelle point critique toute activité ou tout facteur opérationnel qui peut et doit être maîtrisé pour prévenir un ou plusieurs risques identifiés.

## 1. Caractériser

La description du processus a permis d'identifier des points critiques de la qualité des activités. Ces points critiques peuvent être ensuite caractérisés selon une classification simple en trois catégories :

- **les points de non-conformité réglementaire ou professionnelle**

La mise en conformité est le plus souvent une priorité dont la prise en compte est un facteur essentiel à la poursuite du projet. La direction, ne pouvant tolérer une absence de conformité, planifie les actions nécessaires à la correction des écarts.

*Par exemple, la dispensation de produits sanguins doit être assurée par des personnes compétentes et formées. Le groupe met en évidence le manque de formation des personnels de nuit. La direction engage immédiatement une formation de tout le personnel de nuit.*

- **les points associés à un risque éventuel**

Ces points font apparaître une faille dans le processus en terme de gestion des risques : le déroulement du processus ne permet pas de s'assurer de l'absence de survenue d'un événement. Selon la gravité du risque encouru, sa fréquence et ses conséquences, il pourra être décidé d'orienter les travaux du groupe vers la couverture du risque. Cependant, dans la majorité des cas, il n'est pas possible de couvrir l'ensemble des risques. L'établissement veillera à maîtriser les principaux risques (le plus souvent ceux qui pourraient avoir une implication en terme de sécurité), tout en orientant les moyens vers la couverture du plus grand nombre d'entre eux. Certains outils d'analyse des risques permettent de répertorier et d'analyser les risques potentiels de défaillance d'un processus donné (annexe 2).

*Par exemple, lors de l'acte transfusionnel, une surveillance continue par le personnel soignant sera réalisée pendant les 10 premières minutes afin de dépister les complications immédiates, puis, une surveillance régulière sera maintenue jusqu'à la fin du passage des produits sanguins. Cette pratique tient compte à la fois des recommandations des professionnels, et des contraintes de disponibilité du personnel.*

- **les points associés à un dysfonctionnement**

Pour de nombreux dysfonctionnements, le groupe sera confronté à un problème lié à une organisation défailante. Ces points, quoique souvent considérés comme secondaires par rapport aux points précédents, doivent être identifiés avec une grande attention car ils apparaissent comme prioritaires pour le personnel, directement visibles et en rapport avec leurs activités. La non prise en compte de ces points est souvent responsable de la démotivation d'un groupe qui considère que l'on ne s'intéresse pas à l'amélioration de ses conditions de travail quotidiennes.

*Par exemple, dans le cadre de l'étude de la gestion d'un dépôt de sang dans un établissement de santé, le groupe de travail met en évidence une mauvaise localisation du dépôt (sous-sol). Si la direction ne répond pas aux attentes des personnels qui ont montré l'intérêt du déplacement du dépôt (au 1er étage, en position centrale), le groupe aura beaucoup de difficultés à faire respecter des procédures d'approvisionnement.*

## 2. **Établir des priorités**

La description du processus révèle souvent un grand nombre de points qui peuvent être améliorés. Tous ne pourront pas l'être simultanément et il est nécessaire de fixer des priorités. Il est souvent nécessaire d'avoir recours à une mesure objective afin de pouvoir hiérarchiser les priorités. De même, la prise en compte des référentiels externes de type réglementaire ou professionnel, peut permettre de mettre en place, en priorité, des actions de mise en conformité.

Plusieurs outils peuvent être utilisés pour hiérarchiser les dysfonctionnements. La matrice de décision est l'un de ces outils (figure 9).

FIGURE 9

**Exemple de matrice de décision appliquée au processus de transfusion sanguine**

Les dysfonctionnements observés sont listés et confrontés à une liste de critères élaborés par le groupe de travail et la direction. Cette dernière définit les priorités par rapport à ces critères, donnant ainsi un classement des dysfonctionnements.

Eléments du diagnostic	Critères de décision					
	Risque pour le patient	Non conformité réglementaire	Dépenses inutiles	Non respect des contraintes fixées par l'Établissement de transfusion sanguine	Perte de produits sanguins (respect du donneur)	Désorganisation des services
• absence de trace de conservation des poches à +4°				X		
• rupture de stock par défaut de commande	X					X
• péremption des produits sanguins			X		X	
• délai d'approvisionnement en urgence trop long	X					
• contrôle ultime pré-transfusionnel non systématique	X	X				
• dossier transfusionnel incomplet	X					X
• suivi post transfusionnel hétérogène	X		X			

**3. Choisir des axes d'amélioration**

Le choix des axes d'amélioration doit être validé par le comité de pilotage en liaison avec la direction de l'établissement. L'objectif à ce niveau est double : d'une part, vérifier la complémentarité des choix avec les orientations stratégiques de l'établissement et d'autre part, s'assurer des possibilités de l'établissement en termes de ressources ; ces éléments constituant en effet les contraintes à respecter dans l'élaboration des actions d'amélioration.

Le choix de ces axes d'amélioration conduit à la définition d'actions à mettre en œuvre (tableau 2). Ces actions sont déterminées avec le groupe de travail, en associant au maximum

tous les acteurs pouvant être concernés par la mise en oeuvre de ces solutions, et planifiées dans le temps (court, moyen et long terme).

---

**TABLEAU 2**

---

**Exemple d'axes d'amélioration projet "Sécurité transfusionnelle"**

**L'approvisionnement des produits sanguins :**

- Amélioration des délais d'approvisionnement en urgence
- Monitoring de la température des dépôts
- Réduction à zéro du nombre de produits périmés

**Les pratiques transfusionnelles :**

- Mise en conformité systématique du contrôle ultime pré-transfusionnel au lit des malades
- Définition d'une politique de suivi transfusionnel et mise en oeuvre de recommandations

À l'issue de cette étape, le projet doit pouvoir entrer dans une phase de mise en oeuvre d'actions concrètes avec des échéances précises, des moyens adaptés et en associant les acteurs concernés.

## D. ÉTAPE N° 4 : AMÉLIORATION DU PROCESSUS

- OBJECTIFS :**
- *Conduite des actions d'amélioration,*
  - *Suivi des actions et évaluation du projet.*

L'étape 3 a conduit à l'élaboration d'un nouveau référentiel qui intègre les dispositions retenues pour corriger les dysfonctionnements identifiés. Ces dispositions recouvrent une grande variété d'actions :

- des actions de formation,
- la mise en œuvre de nouvelles organisations, l'acquisition de nouveaux matériels,
- la modification ou l'élaboration de protocoles ou de procédures écrites pour certaines étapes clés du processus.

Ces différentes solutions doivent être implantées selon une méthodologie rigoureuse de conduite des actions et être accompagnées d'un système de suivi de l'efficacité des actions.

### 1. Conduite des actions d'amélioration

Les grands principes de conduite des actions d'amélioration doivent être respectés afin de maintenir la motivation des différents acteurs qui vont être impliqués. Ce sont :

- des responsabilités clairement définies,
- des échéances précises,
- des indicateurs de suivi.

Pour assurer cette conduite des actions, le groupe projet réunit l'ensemble des acteurs directement concernés par la mise en œuvre des solutions, qui n'ont pas nécessairement été impliqués dans le groupe de projet initial. Le responsable de l'action informe régulièrement le responsable du projet de l'avancement. Le déroulement proposé peut être présenté sous forme d'une "fiche-action" (annexe 3).

### 2. Suivi de l'efficacité des actions et évaluation du projet

Le groupe doit parvenir à mettre en place un indicateur lui permettant de vérifier l'efficacité de ses solutions. Il existe deux types de mesure : celles qui vont permettre d'affirmer ou d'infirmer l'amélioration globale (par exemple la réduction du nombre d'infections nosocomiales sur cathéters) et celles qui permettront d'affirmer l'application d'une action au sein d'un projet (comme le pourcentage de cathéters changés au bout de 72 heures). Ainsi,

pour chaque projet d'amélioration, un indicateur de résultat - indicateur global du projet - et des indicateurs intermédiaires - indicateurs spécifiques à l'action - doivent coexister. Le suivi de ces indicateurs n'est pas nécessairement constant pour ne pas alourdir la démarche. Les indicateurs intermédiaires seront suivis régulièrement pendant la phase de mise en œuvre des actions d'amélioration. Ce suivi pourra s'espacer une fois l'efficacité des actions démontrée. L'indicateur global ne sera suivi qu'en fonction des priorités définies par l'institution.

Le groupe de travail assure un suivi régulier de son travail à l'aide de documents formalisés et standardisés au niveau de l'établissement, permettant une connaissance régulière de l'état d'avancement de l'action.

Le suivi pourra également comporter d'autres outils permettant d'évaluer l'efficacité des actions entreprises, comme par exemple les audits qualité visant à vérifier le respect des exigences spécifiées dans le programme, ou l'évaluation de la réponse aux besoins des clients internes (type questionnaire de satisfaction).

La fin de l'étape 4 doit conduire à des résultats prouvant l'application des actions entreprises. Ces premiers résultats serviront de base à la diffusion de la démarche au sein de l'établissement, prouvant ainsi son efficacité. La représentation graphique des indicateurs facilite considérablement le suivi (figure 10). La répétition des actions d'amélioration, couplée à la mesure des indicateurs de suivi, doit permettre de maintenir les résultats (figure 11).

FIGURE 10

**Exemple de suivi d'indicateur appliqué au projet : La prise en charge de la violence aux urgences**

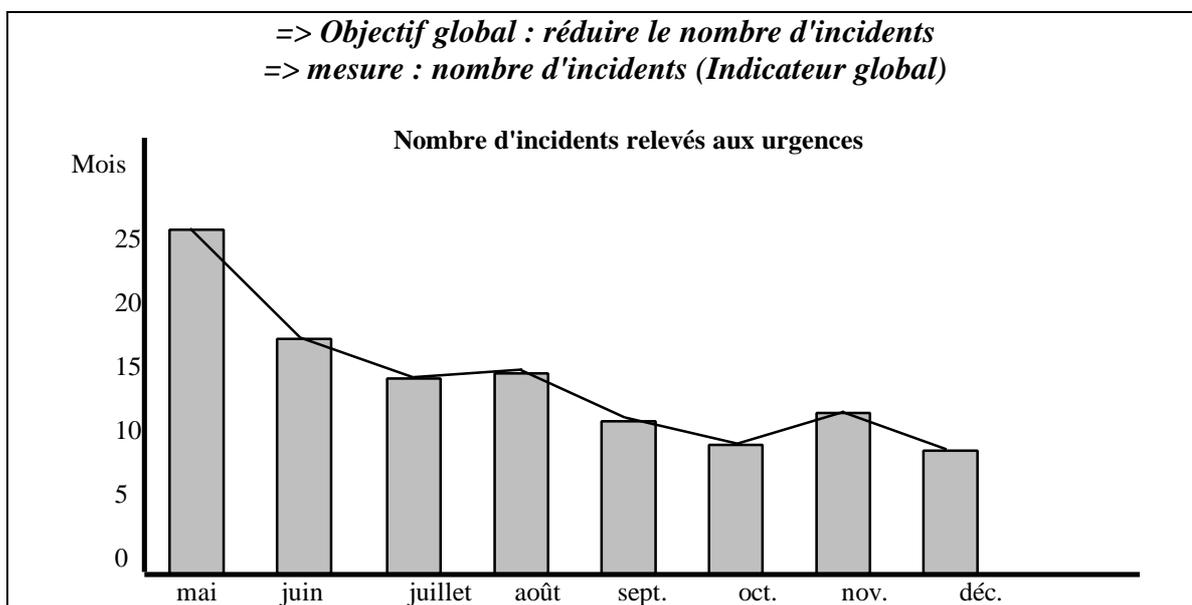
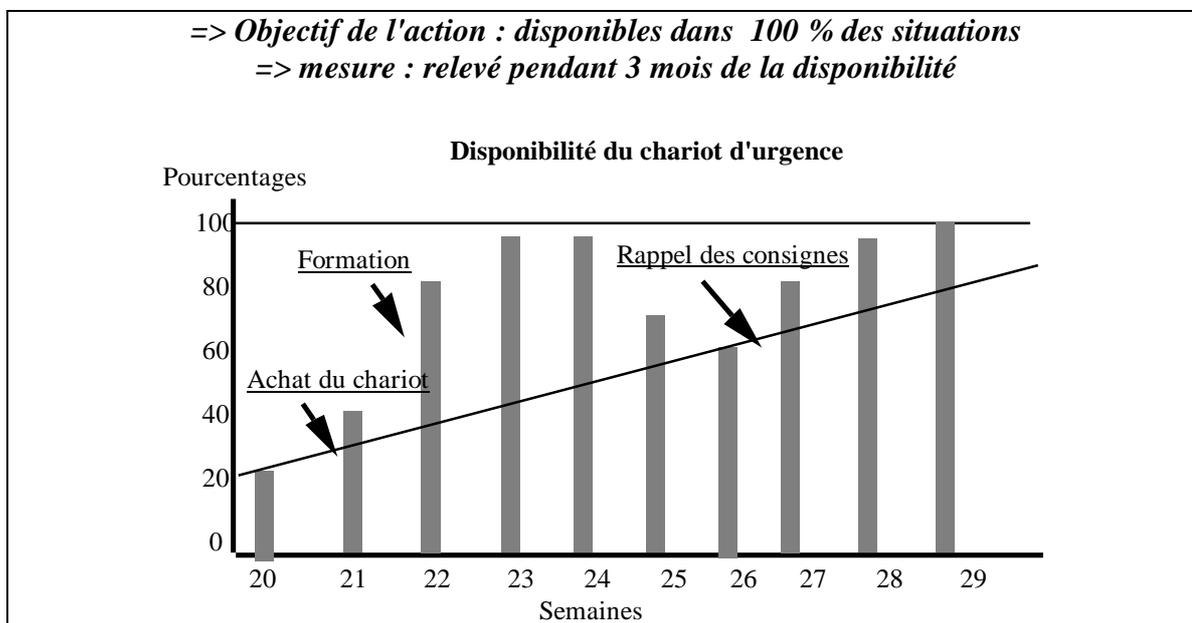


FIGURE 11

**Exemple d'action d'amélioration : Disponibilité du chariot d'urgence**



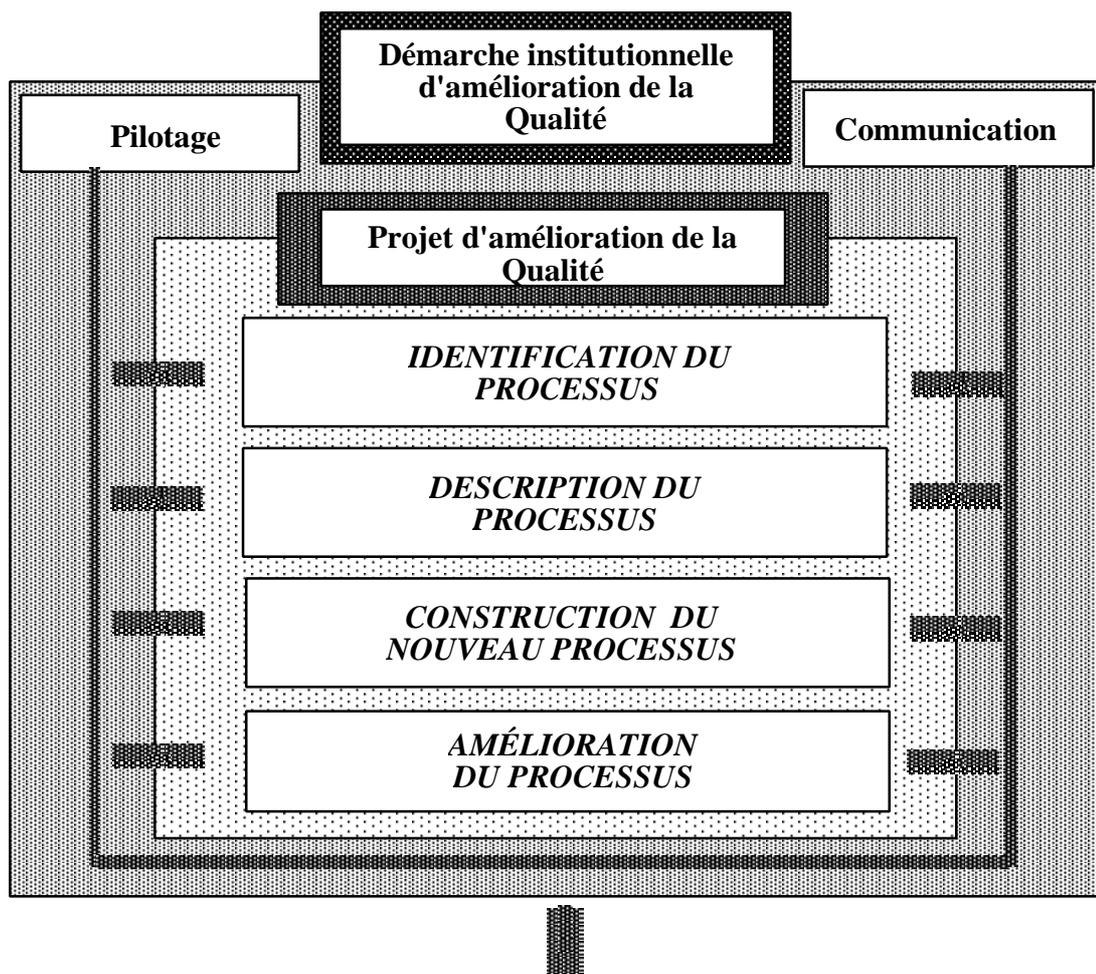
*Un indicateur doit être suivi dans le temps car l'amélioration s'observe dans le long terme puisque certaines actions d'amélioration peuvent avoir un effet limité dans le temps.*

Chapitre 4

**LA CONDUITE D'UN PROJET DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SOINS**

FIGURE 13

Schéma général du cadre méthodologique



Afin d'accompagner la mise en œuvre du cadre méthodologique préconisé pour l'amélioration continue de la qualité, l'ANDEM a défini une méthodologie de gestion de projet de manière à assurer la réalisation des différentes étapes. Cette méthode est d'autant plus nécessaire à mettre en place, qu'il existe simultanément de nombreux projets au sein des établissements de santé. En effet, cette multitude peut entraîner des conflits entre les différents projets et donc potentiellement, conduire à des échecs. L'objectif est de définir clairement les niveaux de responsabilité des acteurs impliqués dans ce projet et un mode de fonctionnement qui s'inscrit dans celui de l'institution.

Cette conduite de projet repose sur des éléments-clés :

- le pilotage du projet,
- la communication,
- les liens avec les autres programmes institutionnels.

## A. LE PILOTAGE DU PROJET

La conduite opérationnelle du projet repose sur un groupe de projet, conduit par un responsable de projet, assisté méthodologiquement par un facilitateur et encadré par un comité de pilotage.

### 1. Le responsable projet

Souvent à l'initiative du projet, il doit être légitime sur le domaine étudié, directement concerné par le processus et disposer de la compétence nécessaire à la conduite du projet. Il doit avoir des capacités d'animation de groupe. Il a la responsabilité de conduire le projet dans le respect des objectifs, des étapes de la méthode et des délais prévus. Il assure un retour d'information régulier sur l'état d'avancement de la démarche au niveau du comité de pilotage.

### 2. Le groupe de projet

Le groupe de projet doit décliner les différentes étapes de la démarche qualité sur le thème afin de répondre aux objectifs fixés par le comité de pilotage en respectant les limites du projet. Il comporte 10 à 12 membres, tous impliqués dans le processus étudié. Chaque étape du processus doit avoir son représentant dans le groupe. Le groupe a un rôle de proposition ; la validation des travaux s'effectue en comité de pilotage. Il pourra faire appel à des intervenants extérieurs au groupe au titre d'une expertise complémentaire ou pour prendre en compte des interfaces avec d'autres processus. Il procède aux travaux d'analyse du processus, d'identification des dysfonctionnements, propose des actions d'amélioration et assure leur mise en œuvre.

### 3. Le comité de pilotage

De composition différente du groupe de projet, le comité de pilotage est représentatif des instances consultatives et décisionnelles de l'établissement (direction et CME) et d'autres structures éventuellement concernées par le thème étudié (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales, Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance). Il doit

s'assurer régulièrement de la cohérence entre les objectifs du projet et les actions menées par le groupe de projet et ainsi valider les travaux accomplis. Il doit soutenir le groupe, veiller à sa formation, lui procurer les moyens de fonctionner et prendre les décisions nécessaires à l'avancement du projet. Il doit également organiser les actions de communication indispensables tout au long du projet.

---

**TABLEAU 3**

---

**Exemple de composition d'un Comité de Pilotage  
"PAQ Lutte contre l'Infection Nosocomiale : prévention des infections urinaires dans  
les services de médecine gériatrique"**

. Mr J.D.	Directeur Général ou un directeur ayant un pouvoir décisionnel important
. Mr M.V.	Président de la CME
. Melle C. M.	Président du CLIN
. Dr F.S.	Chef du service A de médecine gériatrique
. Dr M.W.	Chef du service B de médecine gériatrique
. Mme M.E.	Directeur du Service de Soins Infirmiers
. Mr R.P.	Représentant des laboratoires de bactériologie
. Mr A.C.	Représentant de la pharmacie
. Dr JP C.	Le chef de projet, seul représentant du groupe projet.

#### **4. Le facilitateur**

C'est le garant des méthodes utilisées par le groupe. Il doit maîtriser la démarche et les outils de la qualité. Il doit également maîtriser les techniques de gestion de groupe et d'animation de réunions. Il intervient comme support méthodologique aux différentes étapes du projet et transmet ses compétences au chef de projet sur l'ensemble de ces techniques.

De manière générale pour la conduite du projet dans son ensemble, et afin de limiter les pertes de temps, qui reste la plus importante ressource consommée par le projet, il convient de tirer le maximum de profit des réunions et d'envisager un important travail préparatoire pour chaque réunion (travail personnel ou réunions intermédiaires).

## **B. LA COMMUNICATION**

La communication autour du projet doit être régulièrement prise en compte pour anticiper les situations conflictuelles. Elle a plusieurs rôles :

- rendre possible le travail du groupe par l'opération de lancement. C'est le lancement qui assure la légitimité pour mobiliser les personnes, conduire les interviews, recueillir les données,
- préparer les changements. C'est en informant très tôt, avant que les causes des dysfonctionnements soient établies, que l'on peut présenter la démarche qualité de manière positive non culpabilisante et que l'on prépare les changements à venir,
- préparer l'extension de la démarche à d'autres thèmes. C'est grâce à la communication tout au long du projet et à son issue que l'on fait évoluer la culture qualité de l'établissement et que l'on rend le terrain fertile à l'extension de la démarche.

L'identification des cibles est primordiale, ainsi que la cohésion des messages.

Selon les cibles, la communication répond à des objectifs et des modalités différentes :

- celle orientée vers la **cible interne** devra faciliter le déroulement du projet. Elle devra, dans un premier temps, s'inscrire dans les circuits habituels de l'institution en respectant notamment les instances professionnelles. Elle nécessite à l'étape de lancement (étape 1), une identification des personnes susceptibles d'être impliquées dans la démarche lors de la mise en œuvre des actions d'amélioration. Des réunions de présentation courtes avec le responsable de projet, précisant les objectifs du projet, les principaux éléments de la méthode, seront organisées. À l'étape du diagnostic (étape 2), l'objectif est d'obtenir la validation des dysfonctionnements observés, ce qui nécessite d'apporter le maximum d'informations chiffrées les objectivant. Enfin, aux étapes 3 et 4, la communication devra permettre de maintenir la motivation des équipes en apportant régulièrement des informations chiffrées sur la mise en œuvre des actions d'amélioration.
- celle orientée vers les **cibles externes** (les institutions et les autres établissements) permettra de valoriser les équipes impliquées dans la réalisation du projet. Elle se fera assez tardivement afin de pouvoir présenter les premiers résultats.

Un outil efficace pour standardiser la présentation des projets est le poster (annexe 4).

## C. LES LIENS AVEC LES AUTRES PROGRAMMES INSTITUTIONNELS

Il existe souvent simultanément de nombreux projets au sein des établissements de santé qui répondent à des objectifs différents de ceux de l'amélioration continue de la qualité. Les "interférences" avec ces autres types de démarches doivent être étudiées :

- démarche qualité et démarches menées par les professionnels dans le cadre de l'évaluation des pratiques professionnelles par exemple, ou la recherche clinique,
- démarche qualité et démarche gestionnaire (PMSI, comptabilité analytique),

- démarche qualité et démarches de mise en conformité avec d'éventuels référentiels d'ordre réglementaire (inspections, ...) ou d'ordre professionnel (accréditation...).

Il est important, pour la pérennisation des projets de type "amélioration continue de la qualité", de bien clarifier les objectifs attendus dans le cadre de ces différentes démarches et de corriger éventuellement les confusions sémantiques.

## Chapitre 5

---

### **LES FACTEURS DE RÉUSSITE**

---

La démarche d'amélioration continue de la qualité dans un établissement de soins consiste tout d'abord à réaliser un premier projet. La conduite de ce projet doit permettre l'appropriation de la méthode tandis que les premiers résultats doivent en prouver l'efficacité. On comprend bien l'importance de ce premier projet.

La conduite du Programme Assurance Qualité 1995-1996 nous a permis d'isoler un certain nombre de facteurs qui paraissent déterminants dans la réalisation du premier projet de la démarche. On peut les classer schématiquement en trois catégories :

- pour initier le projet,
- pour intégrer le projet dans le contexte de l'établissement,
- pour conduire le projet.

#### **A. POUR INITIER LE PROJET**

##### **1. Niveau d'engagement de l'établissement**

Le niveau d'engagement de l'établissement est un facteur important. Le projet doit s'inscrire dans la stratégie de l'établissement et comporter une forte implication des instances de décision. La direction doit être impliquée au maximum dans la réussite du projet.

L'engagement peut se traduire par :

- une implication directe de la direction en terme de responsabilités par rapport à la réussite ou l'échec du projet (présence dans le comité de pilotage du directeur lui-même ou d'un cadre de direction expérimenté ayant un pouvoir de décision important au sein de l'établissement),
- une implication des instances consultatives et techniques (CME, CSSI, CLIN, Comité du médicament, Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance,... suivant le sujet choisi),
- une politique d'amélioration de la qualité clairement exprimée et argumentée en interne,

- une implication multi-professionnelle pré-requise dès l'étape de choix du projet,
- une allocation de moyens adaptée à la réalisation.

*Un des établissements sélectionnés dans le cadre de l'appel d'offres du PAQ avait souhaité recadrer les objectifs de son projet à l'issue de la première journée de formation à l'ANDEM. Le recadrage du projet a été réalisé par le directeur de l'établissement et le président de CME. Ce sont eux, après consultation des instances et revue des différents projets potentiels, qui ont officiellement annoncé lors de la journée de lancement, les objectifs du projet et présenté le responsable de projet. Le projet a pu alors débuter, sa place étant "officialisée" au sein de l'institution.*

## **2. Précision des objectifs**

La réussite d'un premier projet d'amélioration dépendra de la précision des objectifs. Pour parvenir à une définition des objectifs propres à l'établissement, il convient de respecter un certain nombre de caractéristiques. Les objectifs doivent être :

- réalisables dans le contexte de l'établissement,
- quantifiables dans la mesure du possible,
- définis dans le temps (à court et à long terme),
- collectifs.

*L'ambition très grande de l'établissement Y pour assurer une maîtrise parfaite de son dossier médical a conduit la direction à sous-traiter la conduite de son projet à une société de services extérieure. La réalisation du bilan de l'existant a mis en évidence un ensemble considérable de dysfonctionnements. Il apparut rapidement impossible de financer une démarche visant à améliorer l'ensemble du processus. La direction décida de recadrer les objectifs du projet sur l'amélioration du circuit de la prescription médicale. Le projet fut conduit par l'établissement, sans assistance extérieure, car les objectifs étaient devenus précis, circonscrits, réalistes et utiles.*

## **3. Rôle du responsable de projet**

Le rôle du responsable de projet est décisif dans la réussite du projet. En dehors d'une forte motivation à réussir sa mission ainsi qu'un grand intérêt pour la démarche, son ambition doit être professionnelle et non hiérarchique. Il s'agira :

- d'un professionnel,
- reconnu au sein de l'institution pour ses compétences techniques.

*Le médecin anesthésiste de l'hôpital Z réussit à conduire son projet tout en maintenant une activité de soins suffisante pour rester intégré professionnellement au sein de l'hôpital. Ceci lui a permis d'avoir la crédibilité suffisante pour mener les actions d'amélioration autour du processus anesthésique.*

## **B. POUR CONDUIRE LE PROJET**

### **1. Association de tous les acteurs concernés**

La conduite d'un programme d'assurance qualité peut amener à modifier les habitudes de travail des personnes concernées. Il est nécessaire, sous peine d'un rejet de leur part, d'intégrer dès le début du projet les personnes qui pourront avoir à modifier leur mode de fonctionnement. De ce fait, le projet de chaque établissement doit impliquer notamment :

- les acteurs directement concernés par le processus étudié,
- les personnes ayant le pouvoir de faire modifier un mode de fonctionnement (sans décision, le déroulement du projet ne peut se poursuivre),
- les instances telles que le CLIN, par exemple, pour un projet concernant la prévention des infections nosocomiales (leur rôle doit être précisé),
- les personnes intervenant dans les aspects techniques du programme (informaticien, responsable du DIM,...). Leur rôle dans le projet doit être clarifié pour éviter que le projet ne devienne la mise en œuvre d'une solution technique plutôt que la maîtrise d'une activité.

*Dans le cadre d'un PAQ, le circuit du médicament de deux services pilotes de l'hôpital X a été analysé par un groupe projet qui réunissait un médecin, trois infirmières, deux aides soignantes et le pharmacien. Le groupe a mis en évidence un dysfonctionnement majeur : le broyage systématique par les aides soignantes de tous les médicaments prescrits (même les formes retard) pour faciliter leur ingestion par les personnes âgées. Désormais, le groupe s'est organisé pour que la distribution soit assurée par les soignants (respect de la législation) et que chaque service dispose des modalités de délivrance à respecter par médicaments. La mise en œuvre ne fut possible que grâce à l'implication de tous les acteurs, permettant ainsi de respecter les contraintes de chacun.*

## **2. Mise en place d'une gestion de projet**

Le suivi du projet par la direction en liaison avec le responsable de projet est essentiel pour permettre de "sponsoriser" le projet, c'est-à-dire d'attribuer les moyens en conséquence, de permettre le recadrage éventuel au cours du déroulement, mais surtout de préparer la diffusion de la démarche dans l'établissement. Concrètement, ce suivi doit se traduire par :

- l'identification de personne(s), membre(s) de la direction et indépendante(s) du projet spécialement chargée(s) de suivre son avancement,
- la définition des modalités de suivi : à défaut d'être d'emblée précises, elles doivent être mentionnées,
- il est important de veiller au rôle des instances existantes et de toute personne pouvant être concernée par le projet : elles devront être intégrées dans le mécanisme de suivi et en respectant leur rôle décisionnel.

*L'amélioration du processus de prise en charge de l'urgence de l'hôpital Y avait conduit le groupe projet à remettre en cause l'organisation du personnel du service d'accueil. La nouvelle organisation proposée dans le plan d'actions prévoyait une redistribution des personnels vers le service d'accueil. Cette solution, bien que validée par le comité de pilotage, n'a pu être mise en œuvre car l'un des chefs de service (qui n'appartenait pas au projet) rejeta la nouvelle organisation. Son implication tardive (après validation par le comité de pilotage) est à l'origine de son refus : la décision lui est apparue comme imposée, remettant en cause son autorité au sein de son service.*

## **3. Existence d'indicateurs de suivi**

La mise en place de ces mesures est souvent difficile au sein d'un établissement. Deux raisons majeures expliquent en partie cette difficulté :

- le recueil de données dans un établissement est souvent associé à la notion de contrôle. Le pouvoir de mesurer est réservé le plus souvent à des personnes de niveau hiérarchique élevé. Dans le projet d'amélioration, la mesure est directement suivie et analysée par ceux qui sont impliqués dans le projet,
- la mesure est considérée comme techniquement très difficile. De ce fait, elle est confiée presque exclusivement à des spécialistes (épidémiologistes, statisticiens, ...). Le résultat est souvent dans la collecte d'un grand nombre de données, constituant une banque de données nécessitant automatiquement des compétences pour assurer sa gestion en terme de fiabilité et d'exhaustivité notamment. Dans le projet d'amélioration, il convient de privilégier le choix d'une mesure simple, dont le suivi sera réalisé par les personnes directement concernées par celle-ci.

Le ou les indicateurs doivent être en relation directe, avec le ou les objectif(s) du projet. En théorie, il est souhaitable que ces indicateurs :

- soient significatifs pour l'ensemble des acteurs,
- ne "désignent" pas une personne ou/et un service spécifique servant de "bouc-émissaire" potentiel,
- n'apparaissent pas comme un contrôle mais plutôt comme une indication de départ ("la référence interne de départ"),
- ne concernent que les activités maîtrisables par le groupe,
- ne soient pas coûteux dans leur élaboration et leur utilisation,
- ne soient pas une charge supplémentaire pour les équipes,
- présentent une sensibilité suffisante pour refléter les améliorations mises en œuvre.

*Les objectifs d'un des PAQ "Sécurité transfusionnelle " sont les suivants : diminution du délai d'obtention des produits sanguins labiles (PSL), fiabilité de la chaîne du froid et traçabilité des PSL à 100%. Chacun de ces objectifs correspond à une priorité et à chacun de ces objectifs correspond un indicateur de résultat (délai, taux de conformité, taux de traçabilité). Le suivi de ces indicateurs permet de situer la qualité du processus transfusionnel par rapport aux objectifs et de mettre en œuvre les mesures correctives, si nécessaire. Ils sont indispensables à la maîtrise du processus transfusionnel.*

## C. POUR INTÉGRER LE PROJET DANS LE CONTEXTE DE L'ÉTABLISSEMENT

### 1. Expérience antérieure acquise

Le projet peut s'inscrire dans la continuité d'une démarche engagée pour la maîtrise de la qualité des soins. Cette expérience antérieure aura permis de mieux préparer les mentalités aux changements que peuvent engendrer le projet. De plus, l'acquisition de compétences en interne sera un atout supplémentaire dans l'encadrement méthodologique du projet. Certaines expériences antérieures renforcent les chances de succès du projet, comme :

- les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles, par exemple celles conduites en collaboration avec l'ANDEM,
- les actions concrètes ayant abouti à des résultats tangibles en terme de maîtrise de la qualité des soins,
- les actions participatives ayant conduit à l'amélioration du mode de fonctionnement (qualité de l'organisation).

Ceci sous-tend une grande maturité de la direction et des principaux responsables de l'établissement.

*À l'hôpital Z, il a été conduit un projet d'amélioration du dossier du patient dans ses deux composantes : médicale et paramédicale. Ce projet, ciblé sur le processus de prise en charge des patients opérés sous circulation extra corporelle et de production d'informations, fait suite à une réflexion concernant le dossier médical unique mis en place il y a quatre ans. L'engagement de la direction, l'implication du corps médical (médecins, chirurgiens, anesthésistes), des cadres infirmiers, des infirmières et des secrétaires des services concernés ont favorisé l'application de la démarche. Les points faibles identifiés et quantifiés au cours de la description du processus portent sur la conception du dossier, les modalités de classement des éléments constitutifs, la tenue et le contenu du dossier. Les premières actions d'amélioration conduites montrent des changements significatifs se rapportant à la présentation générale du dossier du patient et au contenu des informations médicales et infirmières.*

## **2. Transversalité du projet**

La notion de transversalité fait référence à une approche fonctionnelle du système à maîtriser. Cette approche est souhaitée car elle permet :

- d'accroître la visibilité du projet au sein de l'établissement (plusieurs services sont concernés),
- de favoriser le décloisonnement des services (l'amélioration continue de la qualité doit concerner l'ensemble des personnels),
- de ne pas mettre en cause un service particulier mais plutôt une organisation et principalement les relations entre services,
- de pouvoir, à l'issue du projet, initier de nouvelles actions d'amélioration continue de la qualité dans des services différents (les mentalités ayant été sensibilisées).

*L'amélioration du dossier médical dans un service de médecine a conduit à une refonte complète du dossier (aussi bien de son contenu que de son contenant) qui sera bientôt proposé à l'ensemble de l'établissement. Ce résultat n'a été possible que grâce à l'implication des médecins, chirurgiens, soignants mais aussi des secrétaires médicales et des personnels de l'archivage.*

## **3. Rôle des structures existantes dans l'hôpital**

Les instances telles que le CLIN, le Comité du médicament ou le Comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance doivent être associées à tout projet les concernant.

Doivent être notamment définis :

- leur rôle dans la conduite du projet,
- les modalités de suivi,
- les modalités d'information.

Certains établissements de santé peuvent opter pour la création d'une structure qualité. Celle-ci ne pourra se mettre en place sans la volonté réelle de la direction. Il n'y a pas de "modèle" préconisé pour la mise en place de ce type de structure, même si des principes généraux peuvent être définis concernant :

- **les missions** : cette structure doit permettre le suivi et la coordination des actions en cours et contribuer à la définition de la politique qualité de l'établissement,
- **les types d'organisations** : plusieurs modèles sont possibles, allant d'une structure qualité autonome à une intégration complète de cette fonction qualité dans des structures existantes (Comité d'Évaluation, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales...),
- **les liens possibles avec les structures existantes** : le positionnement de la structure qualité, quand elle est autonome, doit être précisé avec les autres instances dont les missions sont proches.

Le choix entre une instance chargée de la "qualité" et l'attribution aux instances existantes de responsabilités "qualité" ne peut se faire de la même manière pour chaque établissement. Il sera fonction de l'organisation existante, du mode de management et de la culture de l'hôpital. Dans tous les cas, cette "organisation qualité" ne se justifie qu'au vu des résultats des premiers projets et doit intervenir à l'étape de diffusion de la démarche comme un des éléments pouvant permettre d'assurer la pérennisation.

*L'hôpital W a développé depuis plusieurs années des travaux d'évaluation des pratiques professionnelles. La qualité fait partie intégrante du projet d'établissement et afin de fédérer les différents projets d'amélioration de la qualité en cours dans l'établissement, il a été décidé de créer un Comité de Qualité associant auprès du directeur l'ensemble des représentants des instances consultatives et divers comités de l'établissement. Cette structure permet la validation du choix des thèmes qui feront l'objet de l'application de la démarche et assure la pérennisation des actions entreprises.*

**TABLEAU 4**  
**Facteurs clés pour la réussite d'un PAQ**

<b>POUR INITIER</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Niveau d'engagement de l'établissement suffisant</li><li>• Précision des objectifs du projet</li><li>• Charisme du responsable de projet</li></ul>
<b>POUR CONDUIRE</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Association de tous les acteurs concernés</li><li>• Mise en place d'une gestion de projet</li><li>• Existence d'indicateurs de réussite</li></ul>
<b>POUR INTÉGRER</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Expériences antérieures acquises</li><li>• Transversalité du projet</li><li>• Rôle des structures existantes dans l'hôpital</li></ul>

---

## **PERSPECTIVES**

---

S'il est trop tôt pour tirer tous les enseignements de cette expérimentation et élaborer des recommandations applicables dans l'ensemble des établissements de santé, le Programme Assurance Qualité développé par la Direction des Hôpitaux et accompagné sur le plan méthodologique par l'ANDEM, permet cependant un constat provisoire.

La méthodologie d'amélioration de la qualité, fondée sur une approche par processus, a pour but de permettre le développement de démarches qualité à la faveur d'un projet démonstratif par la rigueur de la démarche et par la qualité de ses résultats. A l'issue de la réalisation d'un tel programme, l'enjeu est de faire entrer, dans la pratique quotidienne, ce type d'approche pour obtenir des améliorations significatives de la production des soins de l'établissement en termes de qualité et d'efficience.

Cette diffusion est donc très liée à la valeur "exemplaire" du premier projet, et notamment la mesure permettant de montrer l'efficacité et l'utilité de la démarche. Les perspectives sont de conduire de nouveaux projets associant de nouveaux acteurs. A long terme, la démarche d'amélioration continue doit permettre d'établir les bases de la politique qualité à l'échelle de l'établissement, s'inscrivant dans sa stratégie.

La mise en œuvre d'un programme d'amélioration de la qualité au sein d'un établissement est engagée et conduite par la direction. De l'implication des responsables et de leur capacité à parfois remettre en cause l'organisation existante, dépendra en grande partie le succès de la démarche. En effet, l'amélioration continue de la qualité requiert bien souvent un changement dans la structure organisationnelle existante : passage d'une structure hiérarchique verticale à une structure fonctionnelle horizontale, à une culture intégrant une meilleure compréhension d'organisation complexe et conduisant à modifier parfois les modalités décisionnelles.

L'objectif pour le management est de réaliser cette transformation d'une manière progressive et efficace en redéfinissant tous les moyens de contrôle, d'évaluation et d'information permettant à l'amélioration continue de la qualité de trouver sa place naturelle au sein de l'établissement. A défaut, les démarches qualité seront conduites parallèlement au fonctionnement de l'établissement et risqueront de se trouver marginalisées.

Le développement de ces démarches est l'objet de nouveaux enjeux dans le contexte récent de mise en place d'un dispositif national d'accréditation. Selon les textes de l'ordonnance du 24 avril 1996, (Art. L.710-5), celui-ci portera sur une appréciation de la sécurité et de la qualité : "*Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation...*".

A côté des autres modalités d'évaluation interne ou externe, celles de l'amélioration continue de la qualité paraissent aptes, après cette première expérimentation d'envergure, à permettre aux professionnels de santé de se mobiliser, pour progresser vers l'obtention de la qualité et de la sécurité des soins.

D'autres expériences dans les établissements publics et privés sont nécessaires pour améliorer les méthodes, permettre la réussite de cette démarche, mieux comprendre les conséquences pour l'établissement et les relations à construire entre accréditation et amélioration de la qualité des soins.

---

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

**Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.**

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L'audit clinique.

*Paris : ANDEM 1994: 69P.*

**Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale.**

Les recommandations pour la pratique clinique. Guide pour leur élaboration.

*Paris : ANDEM 1993: 71P.*

**Archier G, Serieyx H.**

L'entreprise du 3ème type.

*Paris : Seuil 1984: 213P.*

**Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.**

Guide pour la mise en place d'une démarche qualité à l'hôpital.

*Paris : AP-HP, Délégation de l'Evaluation Médicale 1995: 113P.*

**Association Française de Normalisation.**

Gérer et assurer la qualité.

*Paris : AFNOR. 1992; 2 tomes: 394P-376P.*

**Berwick DM.**

Sounding board : continuous improvement as an ideal in health care.

*New Engl J Med 1989; 320: 53-6.*

**Berwick DM, Godfrey AB, Roessner J.**

Curing health care. New strategies for quality improvement. A report on the national demonstration project on quality improvement in health care.

*San Francisco : Jossey-Bass Publishers 1990: 287P.*

**Blumenthal D.**

Total quality management and physicians' clinical decisions.

*JAMA 1993; 269: 2775-8.*

**Creps LB, Coffey RJ, Warner PA, McClatchey KD.**

Integrating total quality management and quality assurance at the University of Michigan Medical Center.

*Qual Rev Bull 1992; 18: 250-8.*

**Chaine FX.**

Mise en oeuvre d'une démarche qualité : aspects pratiques.

*Technol Santé 1996; 25: 95-100.*

**Deming WE.**

Hors de la crise.

*Paris : Economica, traduit par Gogue JM 1991: 352P.*

**Derenne Y, Maguerez G, Matillon Y.**

Le programme d'assurance qualité. Direction des Hôpitaux/ANDEM.  
*Gestions Hospitalières 1996; 356: 403-7.*

**Donabedian A.**

Quality assurance in our health care system.  
*Qual Assur Util Rev 1986; 1: 6-12.*

**Donabedian A.**

Criteria and standards for quality assessment and monitoring.  
*Qual Rev Bull 1986; 12: 99-108.*

**Donabedian A.**

The quality of care. How can it be assessed?  
*JAMA 1988; 260: 1743-8.*

**Donabedian A.**

Continuity and change in the quest for quality.  
*Clin Perf Qual Health Care 1993; 1: 9-16.*

**Dragomir R, Halais B.**

Quelques points de repère sur l'histoire de la qualité en France et dans le monde.  
*Paris : Ministère de l'Industrie, des Postes et Télécommunications et du Commerce Extérieur, DGS, SQUALPI 1994: 49P.*

**Eicher LD.**

Quality management in the '90s: the ISO 9000 phenomena.  
*Qual Forum 1992; 18: 74-9.*

**Fourcade A, Ricour L.**

Assurance de la qualité à l'hôpital : bilan de deux expériences réalisées à l'AP-HP.  
*Technol Santé 1994; 20: 45-9.*

**Garnerin PH, Hergon E.**

Transfusion sanguine et assurance de la qualité.  
*Transfus Clin Biol 1994; 6: 467-76.*

**Ishikawa K.**

La gestion de la qualité. Outils et applications pratiques.  
*Paris : Dunod, traduit par Douchy JM 1984: 250P.*

**Jocou P Lucas F.**

Au coeur du changement. Une autre démarche de management : la qualité totale.  
*Paris : Dunod 1992: 218P.*

**Jocou P, Meyer P.**

La logique de la valeur. Une approche européenne du management par la qualité totale.  
*Paris : Dunod 1996: 185P.*

**Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.**

Clinical CQI : a book of readings.  
*Oakbrook Terrace : JCAHO, Neuhauser D, McEachern JE, Headrick L Eds 1995: 254P.*

**Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations.**

An introduction to quality improvement in health care.  
*Oakbrook Terrace : JCAHO 1991: 76P.*

**Juran JM.**

Planifier la qualité.  
*Paris : AFNOR, traduit par Delavergne P 1989: 314P.*

**Kaluzny AD, McLaughlin CP.**

Managing transitions: assuring the adoption and impact of TQM.  
*Qual Rev Bull 1992; 18: 380-4.*

**Kirkman-Liff B, Neubauer G.**

The development of quality assurance in the German health care system.  
*Qual Rev Bull 1992; 18: 266-74.*

**Klazinga N.**

Concerted action programme on quality assurance in hospitals 1990-1993 (COMAC/HSR/QA).  
Global results of the evaluation.  
*Int J Qual Health Care 1994; 6: 219-30.*

**Klazinga NS, Helsloot R.**

Quality assurance of pre-operative assessment : a review of quality assurance activities related to pre-operative assessment in nine hospitals in the Netherlands.  
*Qual Assur Health Care 1989; 1: 45-53.*

**Kritchevsky SB, Simmons BP.**

Continuous quality improvement. Concepts and applications for physician care.  
*JAMA 1991; 266: 1817-23.*

**Laffel G, Blumenthal D.**

The case for using industrial quality management science in health care organizations.  
*JAMA 1989; 262: 2869-73.*

**Machet G, Nathan G.**

Qualité : définitions et concepts.  
*Technol Santé 1996; 25: 87-94.*

**Makens PK, McEachern JE.**

Applications of industrial quality improvement in health care.  
*J Occup Med 1990; 32: 1177-83.*

**Masters RJ.**

Overcoming the barriers to TQM's success.  
*Qual Prog 1996; 53-5.*

**Overtveit J.**

The quality journeys of five Norwegian hospitals. A comparison and an analysis of the introduction of total quality management in five Norwegian hospitals.  
*Nordiska Halsovardshogskolan 1996: 39P.*

**Ovretveit J.**

Health service quality: an introduction to quality methods for health services.  
*Oxford : Blackwell Scientific Publications 1992: 186P.*

**Perigord M.**

Les parcours de la qualité. Démarches et outils.  
*Paris : AFNOR 1993: 264P.*

**Reerink E.**

Improving the quality of hospital services in the Netherlands. The role of CBO : the national organization for quality assurance in the Netherlands.  
*Qual Assur Health Care 1990; 2: 13-9.*

**Reerink E.**

Defining quality of care : mission impossible?  
*Qual Assur Health Care 1990; 2: 197-202.*

**Scholtes PR, et al.**

Le guide pratique du travail en équipe.  
*Madison : Joiner 1992: 332P.*

**Shaw CD.**

Quality assurance in the United Kingdom.  
*Qual Assur Health Care 1993; 5: 107-18.*

**Telford B, Cropper S, Ackermann F.**

Quality assurance and improvement : the role of strategy making.  
*Int J Health Care Qual Assur 1992; 5: 5-11.*

**Vandenberghe C, D'Hoore W.**

La qualité totale à l'hôpital.  
*Louvain Méd 1991; 110: 425-33.*

**Vuori H.**

Research needs in quality assurance.  
*Qual Assur Health Care 1989; 1: 147-59.*

**Wakefield DS, Wakefield BJ.**

Overcoming the barriers to implementation of TQM/CQI in hospitals : myths and realities.  
*Qual Rev Bull 1993; 19: 83-8.*

**Welch CE, Grover PL.**

An overview of quality assurance.  
*Med Care 1991; 29(Suppl): A58-28.*

**World Health Organization, Regional Office for Europe.**

The organization of quality assurance. WHO Working Group.  
*Qual Assur Health Care 1989; 1: 111-23.*

---

## **ANNEXES**

---

## Annexe 1

### EXEMPLE D'OUTIL "FORCES ET FAIBLESSES DU PROJET" MIS AU POINT PAR L'ANDEM DANS LE CADRE DU PAQ 95-96

La mise en œuvre d'une démarche qualité comprend une partie dite "technique", d'amélioration de la qualité et une partie de management de projet dans un environnement pré-défini. Il est important de pouvoir faire un tour d'horizon avant le démarrage du projet afin d'identifier, dans la mesure du possible, les éléments pouvant être favorables à l'avancement du projet (pour s'y appuyer) et les points défavorables (pour les contourner, ou mieux, s'y préparer). La mise en œuvre de cet outil est strictement personnelle et subjective. Aucune interprétation ne peut être faite sur l'établissement. C'est un outil d'aide au responsable de projet.

*Un certain nombre d'items sont proposés ci-dessous. Pour chacun d'entre eux, une évaluation selon une échelle allant de - 4 à + 4 permettra de mesurer l'impact que cet élément aura sur le déroulement du projet. Cette évaluation ne présente aucun caractère objectif. Elle permet de mieux connaître la situation de départ et d'identifier les principaux facteurs de réussite du projet, ou de comparer plusieurs projets entre eux.*

	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	Commentaires
<b>1- Établissement</b>										
Priorité/Plan stratégique										
Engagement direction										
Moyens de communication										
<b>2- Contexte social</b>										
Rapports entre les groupes professionnels										
Climat social										
<b>3- Culture Qualité</b>										
Expériences antérieures										
Valeurs partagées										
Compétences/ressources										
<b>4- Conduite</b>										
Pilotage du projet/Responsabilités										
Autres soutiens/"Sponsor"										
<b>5- Temps</b>										
Disponibilité suffisante										
Délai de réalisation										
<b>6- Ressources</b>										
Moyens humains										
Moyens matériels										
Budget										
<b>7- Résultats</b>										
Impact sur le processus										
Impact pour l'établissement (clients internes et externes)										
<b>8- Concurrence</b>										
Autres projets en cours										
Autres approches sur le thème										

## Annexe 2

### EXEMPLE DE MÉTHODE D'ANALYSE DU RISQUE APPLIQUÉ À LA SÉCURITÉ TRANSFUSIONNELLE

- On appelle "mode de défaillance" une situation dans laquelle le résultat d'un processus n'est pas conforme à ce qui est attendu.
- On appelle "effets" la conséquence du dysfonctionnement en termes de résultats.
- On appelle "causes de défaillance" les différentes raisons pouvant expliquer un mode de défaillance.
- L'identification des modes de défaillance doit conduire à des "mesures préventives".

<b>Modes de défaillance</b>	<b>Effets</b>	<b>Causes de défaillance</b>	<b>Mesures préventives</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• le culot n'arrive pas dans les délais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• retard dans l'acheminement des culots</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• il n'y a pas de coursier disponible</li><li>• l'adresse du destinataire est erronée</li><li>• le coursier ne connaît pas les lieux</li><li>• le coursier s'est arrêté durant son trajet</li><li>...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• vérifier l'adresse du service destinataire</li><li>• s'assurer que le coursier connaît l'endroit</li><li>• indiquer au coursier le temps maximal de déplacement</li><li>...</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• le culot arrive lysé</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• détérioration du culot</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• le temps de transport est trop long</li><li>• la température est trop élevée</li><li>...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• utiliser un conditionnement approprié</li><li>...</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• le culot arrive congelé</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• culot non utilisable</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• la température est trop basse</li><li>...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• utiliser un conditionnement approprié</li><li>...</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• des bactéries se sont développées dans le culot</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• contamination du culot</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• le culot est contaminé</li><li>• la température est trop élevée</li><li>• le temps de transport est trop long</li><li>...</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• utiliser un conditionnement approprié</li><li>• porter l'heure de départ de l'ETS sur les documents d'accompagnement</li><li>• vérifier le temps de transfert</li><li>• utiliser un témoin de température</li><li>...</li></ul>
...		...	...

**Garnerin PH, Hergon E.**

Transfusion sanguine et assurance de la qualité.  
*Transfus Clin Biol* 1994; 6: 467-76.



## Annexe 4

### PRESENTATION SYNTHÉTIQUE D'UN PROJET (EXEMPLE FICTIF)

Etablissement	Programme Assurance Qualité 1995 / 1996
<b>Centre Hospitalier de Saint Avart</b>	

Titre du Projet :

**Amélioration du processus de prise en charge des patients dans le service de radiologie**

#### Problématique et Objectifs du Projet

Le Service de Radiologie est un passage souvent obligé pour de nombreux patients. Il fait l'objet d'un certain nombre de critiques, aussi bien en interne qu'en externe. Face à cette situation, le projet a pour objectif de :

- => minimiser les délais (de rendez-vous)
- => diminuer le temps de passage en radiologie des patients
- => réduire le délai de rendu des résultats

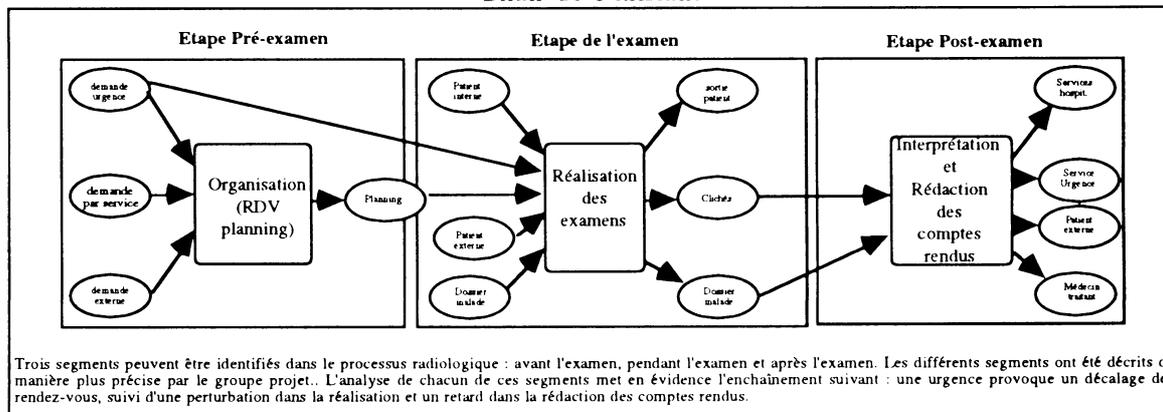
#### Groupe de travail

(Nom, Fonctions par rapport au projet et par rapport à l'établissement)

- M. ARNOL	Respons. Projet	Technicien
- M. Dr. LAROCHE	Membre	Chef Service Urgences
- Mme Dr SUEG	Membre	Radiologue
- M. BENOIT	Membre	Coursier
- Mme REMEL	Membre	Infirmier Médecine
- Mme URDANA	Membre	Coord. Urgences
- M. POULIN	Membre	Resp. DIM
- Mme HERT	Membre	Technicien
- Mme ARGOAT	Membre	Secrétaire

*Le groupe sera éventuellement élargi selon les sujets traités*

#### Bilan de l'existant



#### Diagnostic

##### Etape Pré-examen :

- Le principal problème de ce segment concerne l'intégration des urgences : en moyenne, par semaine, 7% de patients sont ajoutés au planning
- Un autre problème créant un dysfonctionnement en aval, est la méconnaissance des temps approximatifs par type d'examen : les rendez-vous sont donnés par demi-heure alors que certains examens nécessitent un temps plus court tandis que d'autres nécessitent plus d'une heure.
- La maintenance ne pose pas de problème particulier : elle s'adapte en fonction du planning

##### Etape de l'examen :

- Les causes de retard sont nombreuses ; par ordre décroissant, on retrouve :
  - patients arrivant en retard : 30% (externe 14%, interne, 16%)
  - dossiers non fournis : 22% (interne 17%, externe 4%, urgences 1%)
  - malades non préparés : 11% (interne 6%, externe 5% - temps de préparation non prévu dans le rendez-vous)

##### Etape Post-examen :

- Deux causes majeures sont responsables de plus de 50% des retards de transmission des résultats :
  - comptes rendus non validés (38%)
  - résultats non repris par les services (19%)

##### Autres Constats :

- Le bilan de l'existant a mis en évidence un déficit important dans les relations "clients-fournisseurs" de l'ensemble du processus. Le groupe de travail a rencontré une très forte motivation des personnels des différents services concernés
  - il a été choisi de cibler les actions sur la relation entre le service de radiologie et les services de soins dans un premier temps.

Contact : Dr Laroche, Service des Urgences

Tel: 44 44 44 44

Fax : 44 45 56 78

### Les Axes d'Amélioration Retenus

**A court terme :**

- 1• Mettre à disposition du secrétariat les temps moyens de réalisation pour chaque type d'examens.
- 2• Donner la liste des examens nécessitant une préparation pour informer le demandeur lors de la prise des rendez-vous.
- 3• Améliorer la ponctualité des patients avec les services de soins.
- 4• Intégrer les urgences dans le planning.
- 5• Mettre en place un système permettant d'informer le service de soins dès que le compte rendu est disponible.

**A moyen terme :**

- Améliorer le circuit des dossiers (nécessitent la fin du projet informatique en cours)
- Améliorer le circuit de validation des comptes rendus

**A long terme :**

- Définir une procédure standardisée de demande d'examen en urgences. Celle-ci doit permettre d'homogénéiser les pratiques et en même temps d'assurer une maîtrise des risques durant les gardes d'urgences par les internes.
- Uniformiser les pratiques pour la préparation des malades. Faire mieux connaître les types de protocoles en fonction des différents examens. S'assurer de leur mise en œuvre.
- Informer (et former) les patients externes sur leur examen et son déroulement. Réalisation d'un guide (?) du consultant externe.

### La conduite d'une action à court terme

**Titre de l'action**

- Améliorer la ponctualité des patients en interne

**Groupe de travail**

- Mme Ancenis                      Technicien
- M. Le Berre                      Brancardier
- Mme Matei                      Surveillante
- Mme Rouget                      Accueil radio

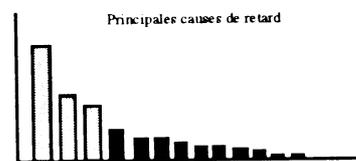
**Plan de travail**

- 1) relever les causes de retard (système de mesure)
- 2) classer les causes de retard
- 3) analyser les causes principales de retard
- 4) rechercher des solutions
- 5) sélectionner des solutions
- 6) mettre en œuvre les solutions
- 7) vérifier l'efficacité des solutions par rapport aux causes
- 8) Informer l'ensemble des services
- 9) vérifier l'efficacité sur une période test
- 10) mettre en place les moyens de pérennité

Durée prévue : 3 mois

**La réalisation**

- 12 causes de retard ont été recensées et classées par ordre de fréquence



- 3 sont responsables de 58% des retards
  - patient / service non informés de l'heure de début de l'examen
  - patient non disponible (occupé par un autre examen)
  - début de la préparation du malade à l'heure de l'examen
- => test sur 2 services :
  - rappel téléphonique de la convocation
  - fiche jointe pour la préparation du malade (spécifiant les délais)
  - information dans les services sur les conséquences des retards

**Les résultats**

=> Conduite du test sur 1 mois :

- rappel de la convocation dans 98% des cas
- fiches préparation adaptée depuis le 19/04/95
- 2 réunions d'information avec les services (5/04 et 2/05)

=> Amélioration de 38% des retards pour les deux services



=> Conséquence positive sur l'indicateur global du projet



**Pérennité**

- => action progressivement étendue à l'ensemble des services
- => surveillance tous les 6 mois des délais par un audit

**Perspectives**

- => lancement d'un nouveau projet sur les délais aux urgences

### Déroulement du projet

Activités	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	Achevé le...
Lancement																				29/5/95
Bilan de l'existant																				17/7/95
Diagnostic et mesures																				du 25/6 au 20/8
Présentation																				2/9/95
Choix des grands axes d'amélioration																				2/9/95
Validation par la Direction																				21/9/95
Définition du plan de travail à court terme																				5/10/95
Conduite des actions																				
Evaluation des résultats																				
Présentation																				
Choix des autres actions																				
Pilotage																				10/10 & 1/4
Formation																				Intervention X
Assistance externe (éventuelle)																				