

Fiche 25. Analyse de processus et de ses points critiques

Objectif

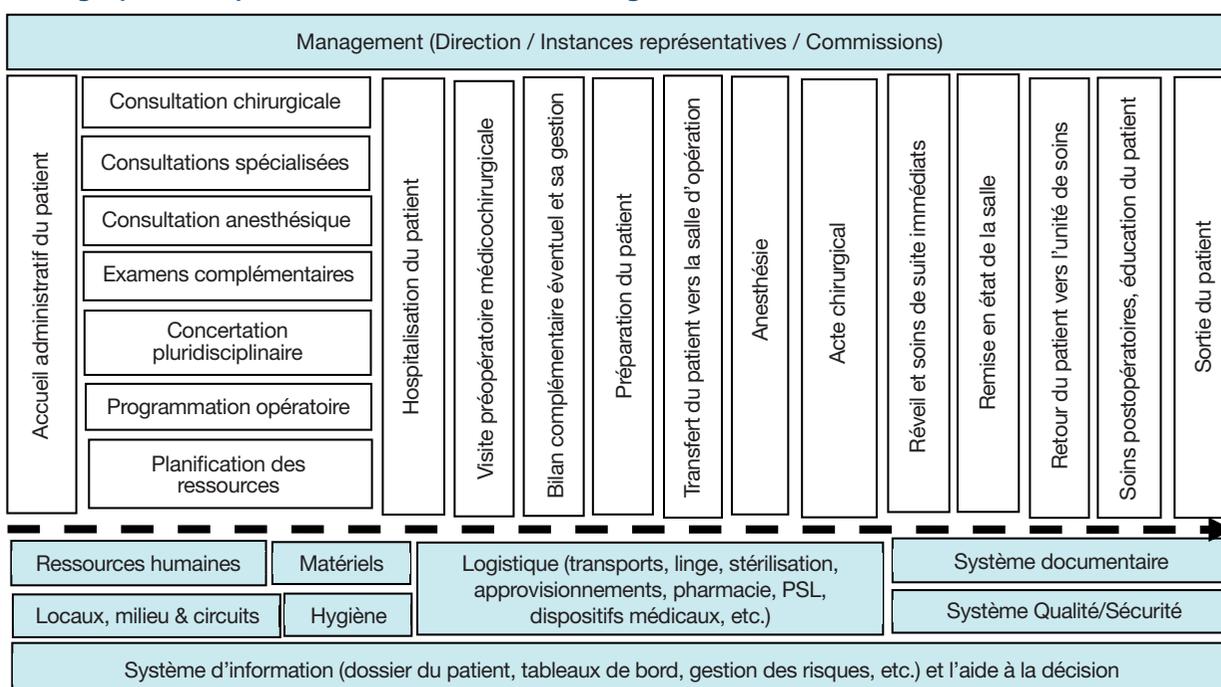
Comprendre les principes d'analyse de processus dans le but de sécuriser les pratiques dans le cadre d'un circuit de prise en charge

1. Sélectionner la situation à risque et organiser la démarche	2. Analyser la situation et identifier les risques	3. Évaluer et hiérarchiser les risques	4. Traiter les risques	5. Suivre les risques et pérenniser les résultats
--	--	--	------------------------	---

Principe

- Le processus est la base de toute activité humaine, de soins en particulier.
- La bonne volonté et le savoir faire implicite des professionnels engagés dans une action commune ne sauraient garantir à eux seuls la qualité, la sécurité et l'efficacité d'un processus de soins.
- L'activité d'un établissement de santé peut être décrite sous la forme de processus essentiels (qu'ils concernent le pilotage, les parcours des patients et les prestations associées ou encore les fonctions dites de soutien).
- Une cartographie des processus constitue une première étape, la conduite des analyses se faisant par champs successifs (au niveau des « briques élémentaires ») privilégiés en fonction des enjeux immédiats.

Cartographie des processus d'une activité chirurgicale



- Un processus est défini comme un enchaînement d'étapes successives au service d'un objectif. Chacune des étapes est productrice d'une contribution précise qu'il convient d'identifier en termes d'enjeux, de contenu et de qualité-sécurité des contributions.

- L'analyse a pour objet, champ par champ, de s'assurer de la pertinence et des modalités de maîtrise d'un processus de prise en charge ainsi que de l'organisation professionnelle associée. Ceci au regard du contexte, des risques associés, des références existantes et des résultats attendus.

Indication

- Analyse systématique d'une pratique existante porteuse d'enjeux, non stabilisée, génératrice de dysfonctionnements réels ou potentiels.
- Pratique nouvelle à sécuriser avant sa mise en œuvre.

Modalités de mise en œuvre

- **Identifier** l'objectif du processus, ses limites (début et fin), les relations dites « clients-fournisseurs » (ou interfaces) entre services, les professionnels impliqués.
- **Décrire le processus de travail réel avec les professionnels directement impliqués** (cadres et opérateurs) en adaptant le niveau de précision aux enjeux identifiés (intérêt d'un tableau « word » et d'un vidéoprojecteur favorisant une analyse partagée).
- **Vérifier la pertinence** (étape, objectif de l'étape, contraintes locales, référentiels concernés, exigences de qualité et de sécurité à satisfaire pour remplir la mission). Cette « déconstruction » conduite collectivement pas à pas permet un état des lieux aussi précis que possible, notamment quant à la nature des pratiques porteuses de dysfonctionnements réels ou potentiels.
- **Identifier les dysfonctionnements et situations à risques associés** à chacune des étapes du processus (dysfonctionnements connus, notifiés ou non, satisfaction des usagers, patients ou professionnels destinataires, etc.).
- **Rechercher et identifier les causes.**
- **Identifier et évaluer les barrières de sécurité existantes** en termes de pertinence, d'efficacité, de suffisance.

NB : Cette démarche de gestion des risques de première intention peut être complétée par d'autres de seconde intention (de type HACCP utilisable en hygiène, ou encore de type AMDE présentée en [fiche technique n° 24](#)).

Temps 1				Temps 2		Temps 3	Temps 4
Description du processus actuel selon ses étapes (1)				Vérification de la pertinence (2)	Identification des situations à risques ou dysfonctionnements associés (3) (4)	Recherche des causes	Identification et évaluation des barrières de sécurité existantes et/ou à mettre en place
N°	Quoi	Qui	Avec quoi				
1							
2							
etc.							

(1) Via la description des pratique réelles (et non celles du travail prescrit ++).

(2) Recherche d'écarts par rapport aux références (réglementation, recommandations de pratique clinique, procédures internes, normes applicables) permettant d'exclure certains risques.

(3) Dysfonctionnements survenus via tour de table, système de notification, enquêtes de satisfaction, plaintes, base de retour d'expérience, etc.

(4) Dysfonctionnements potentiels via dires d'experts et littérature professionnelle disponible.

- Au terme de ce temps de « déconstruction », aborder celui de la reconstruction, formalisée pas à pas avec les acteurs concernés (définition d'une pratique collective optimisée).

N°	Quoi (1)	Qui	Avec qui	Contribution attendue de chacun en cas de processus multi-acteurs (dont le partage d'information entre acteurs)	Points d'attention particuliers Barrières de sécurité Critères d'alerte en cas d'incident
1					
2					
etc.					

(1) Nouveau processus issu de l'analyse critique.

→ **La validation de chacun des temps méthodologiques** implique le ou les responsables concernés de l'activité étudiée.

→ **Les temps suivants concernent :**

- la rédaction de la documentation : procédure décrivant le savoir faire organisationnel, voire en tant que de besoin les modes opératoires associés décrivant le savoir faire technique,
- la définition des modalités de mise en œuvre de la pratique nouvelle (information, formation, accompagnement),
- la définition des modalités de suivi : par indicateur(s) ? par audit ?

→ **Conduite ou non dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles**, la phase de reconstruction collective peut prendre la forme d'un **chemin clinique**. Cette méthode contribue à :

- réduire la variabilité non justifiée d'une prise en charge,
- s'approprier les recommandations professionnelles associées au champ étudié,
- mettre en œuvre des procédures validées de prise en charge des patients,
- améliorer la continuité et la délivrance de soins de qualité aux patients,
- améliorer la coordination et la communication entre les acteurs de cette prise en charge,
- rationaliser les soins et la gestion des risques associés.

Il convient alors de préciser⁷⁷ :

- la prise en charge pour lequel le chemin clinique est réalisé (exemples en pose de prothèse de hanche, en chirurgie ambulatoire avec ses temps successifs, jours J-1, J et J+1, etc.),
- les critères d'inclusion (pathologie, patient), voire de sortie des patients (la possibilité de déroger au chemin clinique devant être prévue, sous réserve de pouvoir en préciser les raisons),
- les étapes (au mieux validées sur la base d'un référentiel de recommandations de bonnes pratiques professionnelles),
- les objectifs de résultats attendus par séquence de soins,
- la traçabilité des actions réalisées,
- l'évaluation de l'efficacité des actions menées.

→ **Au terme de la démarche, les dix points de maîtrise d'un processus doivent être précisés** (points qui pourront faire l'objet de vérification lors d'une démarche d'audit de suivi) :

- le responsable, les limites, les « clients », les « fournisseurs », les acteurs et les interfaces internes et externes sont identifiés.
- les besoins du ou des « clients » sont connus.
- des indicateurs permettent de mesurer la satisfaction des « clients ».
- les risques de défaillance sont évalués.
- les risques résiduels sont couverts par vérification ou contrôle le plus en amont possible.
- le processus est décrit dans des documents de référence.
- les éléments de preuve sont archivés et utilisables pour donner confiance.
- les dispositions sont connues et appliquées par les acteurs.
- les défaillances sont traitées en curatif et en préventif.
- l'efficacité des processus (ou atteinte des objectifs) est évaluée.

77. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Le chemin clinique : une méthode d'amélioration de la qualité. Saint-Denis La Plaine : ANAES ; 2004.



Conseils pratiques

- La présence d'une assistance méthodologique est souvent souhaitable (une expérience suffisante étant nécessaire pour décrire le processus et identifier les situations à risques au niveau de détail adapté).
- Ici comme ailleurs, la diffusion de la méthode doit être effectuée par la mise en situation accompagnée selon un principe de formation-action.
- La vérification de la pertinence peut nécessiter la mise en œuvre de méthodes d'évaluation complémentaires (audit, enquête de pratique).
- La reconstruction d'un processus à risques (ex : transfert d'un enfant au bloc opératoire) doit prendre en compte les points critiques résiduels et définir les contrôles à effectuer. En cas de risque majeur (identité du patient, côté à opérer, etc.), la réflexion doit être systématique quant aux barrières de sécurité successives à mettre en œuvre dans le cadre d'un dispositif de « défense en profondeur » :
 - barrières de prévention destinées à la suppression du risque ou à la prévention d'erreurs en amont (ex : au sein de l'unité de soins),
 - complétées en tant que de besoin de barrières de récupération et d'atténuation d'erreurs en aval (ex : lors de l'entrée au bloc, puis en salle d'opération).
- **Culture de sécurité** (fiche technique n° 7) et **bonnes pratiques de sécurité** (fiches techniques n° 28 et n° 29) jouent ici un rôle essentiel.