

Fiche 20. Fiche projet

Objectif

Comprendre l'importance de la fiche projet en termes de mise en œuvre, de conduite et de suivi d'une action en analyse et traitement de risques jusqu'à son terme

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

- La fiche formalise l'organisation d'une action préventive ou corrective conduite par méthode projet en précisant les points de passage obligés du projet (quoi, pourquoi, qui, quand, comment, avec quoi, etc.). Elle facilite ainsi le contrat technique et social en matière d'analyse de situation, de plan d'action ultérieur et de son suivi.

Indication

- Toute démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins conduite par méthode projet.
- Toute démarche n'est pas nécessairement conduite par méthode projet, notamment pour des actions simples à résoudre localement (dont il faudra néanmoins en vérifier les résultats et en assurer la traçabilité). Mais dès lors que le contexte présente une difficulté (enjeu majeur pour l'établissement, problématique complexe ou transversale, solution incertaine, multiplicité des acteurs concernés, besoin de coordination, besoin de s'assurer de l'avancement et des résultats, besoin de ressources propres, etc.), l'expérience montre que la conduite du changement par méthode projet est un facteur déterminant de réussite.
- Un projet complexe peut nécessiter une décomposition en sous projets plus simples.



Conseils pratiques

- Élaborer avec quelques personnes concernées une première version dite « martyre », qui sera soumise au groupe de travail en réunion d'ouverture de façon à gagner en temps et efficacité (travail en vidéo projection favorisant alors l'ajustement en temps réel et le contrat collectif).
- Structurer le groupe de travail sur des bases quantitatives (pas plus de 8/10 personnes) et qualitatives (le processus en question, ses interfaces, les relations clients-fournisseurs éventuelles, les métiers concernés, les personnes impliquées les plus aptes à les représenter).
- Ne pas confondre le rôle de l'expert (expert métier ou expert en méthodologie à classer parmi les personnes ressources) et celui de chef de projet (dont la fonction est d'abord d'organiser la production d'un groupe de travail sur la base d'objectifs préétablis).

Plan, éléments structurants et illustration

Les rubriques de la fiche	Des éléments structurants	Une illustration issue d'un établissement
1. Intitulé de l'action	Court, il doit permettre de comprendre le thème et l'objectif général	Identification des risques <i>a priori</i> relatifs au processus de prise en charge d'un patient aux urgences
2. Problématique (quoi ? pourquoi ? quand ?)	Le champ (l'organisation ou la pratique concernée) Rédigée de façon concise, précise, factuelle (et mesurable si besoin)	- existence de dysfonctionnements (nombreux courriers de plaintes, fiches d'incident récurrentes, en particulier quant aux prescriptions médicales incomplètes) - absence d'analyse de risques effectuée dans ce secteur d'activité
3. Enjeux de la démarche	Enjeux humains, environnementaux, organisationnels, réglementaires, médico-légaux, financiers, d'image de l'établissement	humains (Améliorer la prise en charge des patients en termes de qualité et sécurité. Améliorer les conditions de travail du personnel) médico-légaux (Analyse de risques pouvant être demandée par l'assureur. Gestion des plaintes) financiers (impact de dysfonctionnements sur une prolongation éventuelle de la durée d'hospitalisation) image de l'établissement (Qualité du service rendu. Réponse aux attentes de la certification)
4. Documents et références	Réglementation, recommandations, norme, décision, etc. Rapport de certification, etc.	réglementation applicable (à identifier au fil de l'analyse) recommandations de pratique clinique applicables (à identifier au fil de l'analyse) manuel de certification des établissements de santé V2010 (avril 2011) - système de gestion des plaintes et réclamations (critère 9.a / Point Exigible Prioritaire ou PEP) - gestion des événements indésirables (critère 8.f / PEP) - évaluation des risques <i>a priori</i> (critère 8.d)
5. Aspects relatifs à la mise en œuvre éventuelle dans le cadre d'une EPP	Prise en compte des critères d'éligibilité ⁽¹⁾ . Modalités pratiques et déontologiques relatives à l'accès éventuel aux dossiers de soins et au traitement de données	démarche répondant aux critères d'éligibilité d'une EPP, intégrée au programme d'EPP de l'établissement, en réponse aux exigences de la procédure de certification des établissements de santé (manuel V2010, version avril 2011, Critère 1.f, PEP)
6. Objectifs	Résultat final (résultats attendus), voire actions intermédiaires et opérationnelles (exprimées en données permettant la mesure)	objectif principal : Garantir une prise en charge sécurisée à toutes les étapes du processus de prise en charge (de l'arrivée en zone d'accueil à la sortie du service des urgences) objectifs opérationnels - identifier les risques connus prévisibles, leurs conséquences et leurs causes - identifier les barrières de sécurité existantes (prévention et récupération) et évaluer leur qualité - définir le plan d'action (renforcement des barrières de sécurité existantes ? autres mesures ?) - mettre en œuvre le plan d'action et évaluer les résultats
7. Liens éventuels avec d'autres projets	Prévenir les télescopages entre projets voisins. Préciser alors les limites, interfaces et modalités de coopération	inscription au programme d'action qualité-sécurité des soins 2012 (établissement, pôle) liens avec d'autres projets : - analyse des plaintes et des événements indésirables associés aux soins - développement de la culture de sécurité - mise en œuvre de l'arrêté du 06/04/11 relatif au système de management de la prise en charge médicamenteuse
8. Méthodologie (comment ?)	Selon le contexte préventif ou correctif de la démarche par exemple, voire l'activité abordée ⁽²⁾	approche par processus : prise en charge d'un patient et ses étapes : - arrivée du patient (accueil et admission administrative, accueil soignant, transfert et installation du patient dans un box de soins) - prise en charge médicale et réalisation des prescriptions et des soins - gestion de la continuité de la prise en charge (organisation de la sortie ou du transfert du patient et continuité des soins, clôture du dossier patient) un groupe de travail pluridisciplinaire (5 à 6 personnes) pour traiter chacune des étapes - lecture croisée de tous les travaux puis validation de l'analyse. Rédaction du plan d'action en conséquence. fiches techniques du guide HAS à utiliser : n° 19, 25, 27, 28

Les rubriques de la fiche	Des éléments structurants	Une illustration issue d'un établissement
9. Responsabilités (qui ?)	- responsable du projet⁽³⁾ - animateur du groupe de travail⁽⁴⁾	responsables du projet : Directeur Qualité-Sécurité de Soins et Coordinatrice de la gestion des risques animateur du groupe de travail : Mme AA (cadre supérieur de santé)
10. Groupe de travail (avec qui ?)	- représentants des métiers concernés par la pratique ou l'organisation à améliorer - Personne(s) ressource(s) éventuelles⁽⁵⁾	groupe projet : Cadres de santé concernés (pôle, urgences), chef de service des urgences autres professionnels impliqués (en fonction des disponibilités) : Médecins, IDE, aides soignantes, brancardiers, secrétaires des urgences (équipes de jour et de nuit) soutien méthodologique : Mme DD (cellule qualité-gestion des risques)
11. Échéancier (quand ?)	Date de réalisation et ses étapes intermédiaires selon les 5 étapes d'une démarche de gestion des risques	- présentation du projet en direction : septembre 2011 - présentation en bureau de pôle : novembre 2011 - constitution des groupes de travail : décembre 2011 - calendrier des réunions (à préciser avec l'encadrement concerné) - présentation des résultats en réunion de service et bureau de pôle : juin 2012 - mise en œuvre du plan d'action : automne 2012 - suivi des résultats : 2012-2013
12. Coûts prévisionnels (combien ?)	Temps de réunion, coût d'une éventuelle formation de démarrage (répartie sur les x premiers projets), voire plus rarement d'un équipement raisonnablement prévisible à ce stade de la démarche	en temps et coût moyen des réunions en formation : néant (l'animatrice étant déjà formée à l'animation de réunion, à la conduite de projet et aux techniques de résolution de problèmes) en investissement prévisible : néant à ce stade
13. Modalités de mesure des résultats	Toute information relative à l'impact permettant de considérer l'objectif comme atteint	impact sur la satisfaction : 1. Usagers : suivi du nombre et de la nature des courriers de plaintes, 2. Personnel : via enquête impact organisationnel : suivi du nombre et de la nature des fiches d'incident (après rappel de l'intérêt de la démarche et des modalités de la notification auprès du personnel) impact clinique : à préciser coûts a posteriori : à préciser
14. Modalités de pérennisation des résultats	Documentation associée, évaluation périodique (audit ciblé, suivi d'indicateur), formation des nouveaux arrivants, etc.	mise en œuvre de procédures collectives, voire modes opératoires en tant que de besoin information des équipes concernées (jour et nuit) et des nouveaux entrants (dont le personnel intérimaire) via le référent d'accueil suivi mensuel des plaintes et notifications (avec information des équipes)
15. Validation institutionnelle de la fiche	Par le niveau approprié (direction, pôle, commission qualité- risques, etc.) ⁽⁶⁾	direction concernée (dont la direction des soins infirmiers) bureau de pôle commission EPP (en cas de projet géré dans le cadre d'une EPP)
16. Revues de suivi de projet	Par le niveau approprié (direction, pôle, commission qualité- risques, etc.) en termes de date, faits marquants, ajustement éventuel, décisions, clôture)	revue 1 (date, qui, quoi) revue 2 (date, qui, quoi) - etc.

- (1) Cas d'une démarche d'analyse conduite dans le cadre d'une EPP : un thème en lien direct avec l'activité des professionnels engagés, l'existence d'un enjeu fort pour les patients et d'une marge significative de progrès, la prise en compte de recommandations validées (origine, nature, ancienneté, mise à jour), la mise en œuvre effective d'actions d'amélioration des pratiques, le suivi formalisé de la démarche, l'intégration de la démarche à l'exercice quotidien, la mesure et l'évaluation des résultats.
- (2) Certaines activités peuvent être abordées au moyen de procédures et de recommandations méthodologiques spécifiques (ex : l'hygiène hospitalière avec une documentation disponible sur les sites internet des CCLIN).
- (3) Le responsable de projet (*a priori* la personne en responsabilité hiérarchique et technique par rapport au thème d'action retenu) est celui qui supervise, arbitre, valide les analyses et solutions, alloue en cours de projet des ressources qui n'auraient pas été anticipées.
- (4) L'animateur du groupe de travail est celui qui fait progresser le projet au quotidien sur la base des objectifs définis, des ressources allouées et des contraintes identifiées. Il réfère périodiquement de l'avancement des travaux au responsable de projet.
- (5) Experts sollicités de façon ponctuelle (soutien méthodologique, expertise technique ciblée).
- (6) Au mieux après relecture préalable en réunion d'ouverture avec les membres du groupe de travail pressentis.