

ANTARES

COMMENT REUSSIR UNE DEMARCHE QUALITE A L'HOPITAL

**APPLICATION A LA DISPENSATION INDIVIDUELLE ET
NOMINATIVE DES MEDICAMENTS**

GUIDE METHODOLOGIQUE

© Antarès

© Fivinter Auditors

© Pro Consult

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation d'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. 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 analyses et courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'oeuvre dans laquelle elles sont incorporées (Loi du 1^{er} juillet 1992 - art. L 122-4 et L 122-5 et Code Pénal - art. 425).

REMERCIEMENTS

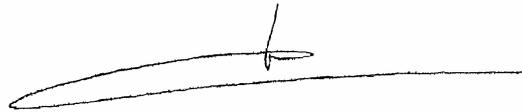
Nous remercions tout ceux, trop nombreux pour être cités ici, qui ont activement participé à la réalisation de ce guide et notamment les directeurs, médecins, infirmières générales, infirmières, aides-soignantes, pharmaciens, préparateurs, aides de pharmacie des établissements d'ARLES, d'EPERNAY, de LAVAL, de MAYENNE, de MONTBELIARD, de ST NAZAIRE, de STRASBOURG, de VIRE, de VITTEL.

Merci spécialement à :

Catherine ALBIN, Annette BEAUGAS, Christine BENOIT, Véronique BESNARD, Bernard CHAPEAU, Christelle COUTANT, Christiane ECKERT, Michel JUSTE, Paul-Ariel KENISBERG, Véronique MATZ, Nicole RABILLER, Daniel RONCALEZ, Dr Jean-Luc SCHMIT, Etienne SCHMITT, Marie-Christine VERNIER.

Merci également à nos partenaires :

BAXTER DIVISION NUTRITION PARENTERALE, BAYER PHARMA, BRISTOL MYERS SQUIBB, FOURNIER, GLAXO WELLCOME, GUERBET, JANSSEN CILAG, PHARMACIA, ROCHE, ROUSSEL, SANDOZ, SANOFI WINTHROP HOPITAL, SCHERING PLOUGH, SMITHKLINE BEECHAM.



Catherine DEMANGE
Présidente d'ANTARES.

Adresses utiles

ANTARES

Service de pharmacie, Centre Hospitalier Général, 1, rue Georges Lang 88 200 REMIREMONT
Tél. 03 29 23 41 53 Fax. 03 29 23 40 07

FIVINTER AUDITORS

Résidence des trois moulins, bâtiment K1, Avenue Jules Isaac, 13 100 AIX-EN-PROVENCE
Tél. Fax. 04 42 96 68 23

PRO CONSULT

Résidences la Plaine du Roy, 31 place des Chardonnerets, 83 110 SANARY SUR MER
Tél. Fax. Transfert de fichiers Zmodem : 04 94 88 18 86
Internet e-mail Cnslt@aol.com World Wide Web <http://members.aol.com/cnslt/hello.htm>

MOUVEMENT FRANCAIS POUR LA QUALITE (MFQ)

5, Esplanade Charles de Gaulle, 92 000 NANTERRE
Tél. 01 47 29 09 29 Fax. 01 47 25 32 21

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	4
INTRODUCTION.....	7
CONTENU DU GUIDE.....	8
OU EN ETES-VOUS ?.....	9
PARTIE I : LA DEMARCHE QUALITE TOTALE, QUELQUES ELEMENTS THEORIQUES.....	10
1. NOTION DE PROCESSUS	11
2. LA QUALITE	12
3. L'ASSURANCE QUALITE	14
4. LA CERTIFICATION ET L'ACCREDITATION.....	14
5. LA QUALITE TOTALE	14
6. LA MISE SOUS QUALITE DES PROCESSUS.....	15
7. LES BASES DE LA MESURE.....	16
PARTIE II : COMMENT METTRE EN OEUVRE LA DEMARCHE QUALITE TOTALE, LA METHODOLOGIE DE MISE SOUS QUALITE DES PROCESSUS	18
1. AVANT LA MISE SOUS QUALITE.....	19
2. DEFINISSEZ LA FINALITE ET IDENTIFIEZ LES CLIENTS DE VOTRE PROCESSUS.....	22
3. DECRIRE LE PROCESSUS	23
4. MESURER LES RESULTATS FINAUX DU PROCESSUS.....	24
5. CHOISIR UN REFERENTIEL	35
6. IDENTIFIER LES DYSFONCTIONNEMENTS	37
7. DIAGNOSTIQUER LES CAUSES.....	38
8. RECHERCHER LES SOLUTIONS.....	44
PARTIE III : COMMENT PERENNISER LA DEMARCHE QUALITE TOTALE, LE SYSTEME QUALITE TOTALE.....	46
1. SYSTEME MARKETING.....	47
2. SYSTEME DE RESPONSABILITES.....	47
3. SYSTEME D'OBJECTIFS.....	49
4. SYSTEME DOCUMENTAIRE.....	49
5. SYSTEME DE MANAGEMENT	51
6. SYSTEME DE CONTROLE	52
7. SYSTEME DE RECONNAISSANCE	52
INDEX ALPHABETIQUE.....	54
INDEX DES FIGURES	55
INDEX DES TABLEAUX.....	55
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET DOCUMENTAIRES	57

INTRODUCTION

En 1994, dans le Livre Blanc de la Pharmacie Hospitalière Française élaboré par le SYNPREPH, une partie de notre profession a défini la Dispensation Individuelle Nominative (DIN) comme le coeur de l'exercice du métier de pharmacien hospitalier.

Depuis, malgré les contraintes légales l'imposant et les publications prouvant son intérêt, elle n'est pas encore suffisamment mise en oeuvre dans les établissements de santé.

Consciente des risques encourus par le maintien de cette situation, l'association Antarès a, en 1995, élaboré et diffusé le premier Guide pour la Mise en Oeuvre de la DIN en centres hospitaliers. En 1996, poursuivant son oeuvre et accompagnée d'une équipe de consultants spécialistes de la qualité, Antarès a réalisé un audit dans plusieurs pharmacies hospitalières.

Ce travail a abouti à la rédaction du présent guide. Il est destiné à tous les pharmaciens qui veulent développer la dispensation individuelle nominative dans leur établissement et plus largement à tous ceux que la démarche qualité intéresse.

Les entretiens menés avec les acteurs hospitaliers au cours de l'audit montrent que les nombreux freins sont surtout liés à des préjugés défavorables.

Les médecins regardent les interventions du pharmacien comme des atteintes à leur liberté de prescription. Ils craignent qu'elles soient surtout dictées par des préoccupations essentiellement économiques.

Le personnel infirmier ne souhaite généralement pas céder l'activité de préparation des médicaments qu'il considère comme un acquis professionnel et une responsabilité personnelle.

La Direction Générale ne s'oppose pas à la dispensation à condition qu'elle n'entraîne ni de surcoût direct ni de relations conflictuelles entre les équipes.

Les équipes pharmaceutiques elles-mêmes hésitent à s'engager dans une démarche qui implique des changements d'habitudes de travail.

Enfin, l'image de la pharmacie dans les services n'est pas toujours celle d'un spécialiste du médicament. Dès lors, la confiance qui lui est accordée n'est pas compatible avec la mise en oeuvre de la dispensation individuelle nominative.

Jusqu'à présent, les efforts des pharmaciens ont porté sur la démonstration de l'intérêt de la dispensation individuelle nominative sur le plan de la sécurité, de l'économie et de la prévention des erreurs et des incidents.

L'effet pervers de cette approche est de démontrer que les médecins et le personnel infirmier commettent des erreurs, ce qui présente l'inconvénient majeur pour la pharmacie de l'opposer à ses propres clients.

Par contre, dans les établissements où la dispensation individuelle nominative a pu être expérimentée avec succès, les médecins et le personnel infirmier constituent le meilleur soutien de la pharmacie pour la pérennité du système.

Dès lors, il apparaît que pour faciliter la négociation en faveur de l'implantation de la DIN, **la pharmacie doit absolument gagner la confiance de ses clients par la qualité de sa prestation.**

Pour cela, **les pharmaciens doivent résolument s'engager dans la voie de la qualité totale.** Mais mettre en oeuvre une démarche qualité ne s'improvise pas.

Grâce à ce guide, Antarès propose de les y aider en mettant à leur disposition une méthodologie éprouvée dans de nombreux domaines et secteurs d'activités : **La mise sous qualité des processus.**

Enfin, cette méthodologie, parce qu'elle est particulièrement bien adaptée aux activités de service de l'hôpital, constitue un outil puissant pour **préparer l'accréditation des établissements de santé** et surtout la pérenniser.

Catherine Demange, Présidente d'Antarès

CONTENU DU GUIDE

Le guide méthodologique comporte trois grandes parties.

La partie I.

Vous y trouverez quelques éléments théoriques qui vous permettront d'aborder sereinement la problématique de la qualité.

La partie II.

La deuxième partie détaille la méthodologie de mise sous qualité des processus au travers de l'exemple de la Dispensation Individuelle Nominative.

La partie III.

Vous y découvrirez les principaux éléments du système qualité totale à mettre en oeuvre pour gagner la confiance de vos clients et pérenniser votre démarche.

Tout au long du guide, nous vous rappelons, sous forme d'un auto-diagnostic, ce qu'il est important de retenir.

OU EN ETES-VOUS ?

Ce petit test vous permet de faire le point de vos connaissances en matière de qualité.

- | | Vrai ou Faux ? | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Le processus est la description de la façon d'accomplir une tâche ou une activité. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Le nombre de préparateurs à la pharmacie est un bon indicateur des moyens humains dont dispose le service. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. La mise à la disposition des services d'un coursier de la pharmacie pour les médicaments urgents reflète un niveau élevé de qualité de service. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. L'assurance qualité consiste à garantir au client la qualité des résultats de la prestation fournie. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. La certification, ou l'accréditation, est la reconnaissance accordée aux organisations qui se sont engagées dans une démarche qualité. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

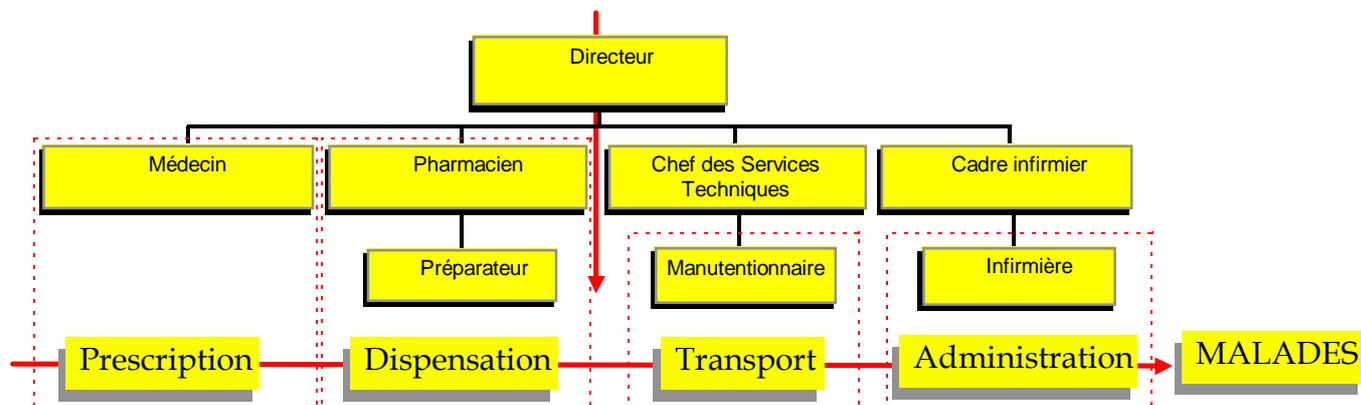
Comparez vos propositions aux réponses en page 56.

***PARTIE I : LA DEMARCHE QUALITE TOTALE,
QUELQUES ELEMENTS THEORIQUES***

1. NOTION DE PROCESSUS

Prendre les processus en compte, c'est enrichir l'approche traditionnellement hiérarchique et verticale de l'hôpital de la dimension transversale et transfonctionnelle (Figure 1).

Figure 1 : organigramme hiérarchique = approche verticale ; processus = approche transversale.



Le processus est une **chaîne d'activités** avec des **interfaces entre postes et départements** (services) pouvant être **mesurées**, mais également une **chaîne de responsabilités** impliquant des **acteurs** et des **compétences** divers; il y a une **finalité client**, des **objectifs à atteindre** et des **fonctions à assurer**¹.

L'hôpital est composé de très nombreux processus. Citons les processus d'accueil des malades, de restauration, d'entretien des locaux, de maintenance des matériels, de soins, de recrutement, de formation du personnel, de paie, d'achats, de traitement des factures, de gestion des stocks, de traitement des examens de laboratoire ou d'imagerie médicale etc.

La dispensation individuelle nominative est également un processus.

La **finalité** est la raison d'être du processus de dispensation, c'est l'approche que le pharmacien a de son métier et de ses responsabilités. Elle est absolue et ne dépend donc pas de l'établissement où la dispensation est mise en oeuvre. Elle est forcément définie dans la perspective de la **satisfaction** des clients. Elle pourra ensuite être déclinée en **buts** et en **objectifs** opérationnels. La définition de la finalité est concomitante à l'identification des **clients** du processus.

Seule la définition claire de la finalité et des clients du processus permet de choisir les **résultats finaux** auxquels il convient de s'intéresser dans la perspective de l'amélioration continue de la qualité.

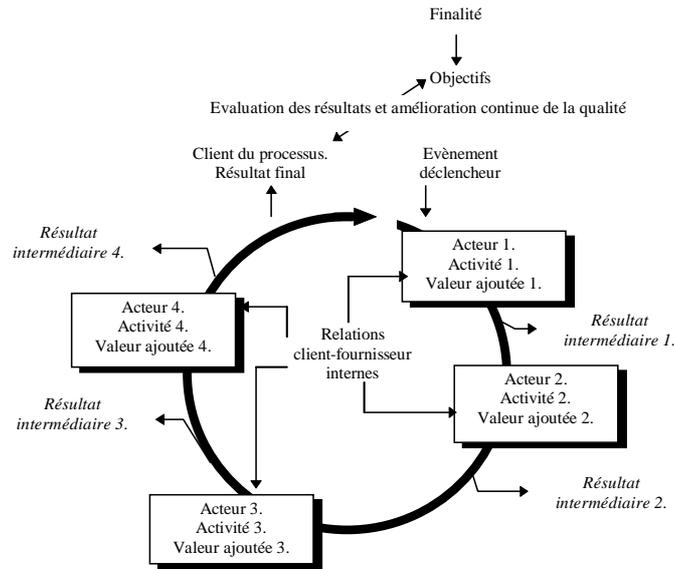
Le processus est **transfonctionnel**. Il implique des acteurs appartenant à des services ou des unités différents, dans des relations **clients-fournisseurs** formalisées. Chaque acteur apporte de la **valeur ajoutée** au processus. Il est responsable de son activité vis à vis de son client.

Nous proposons en Figure 2 une représentation schématique de la notion de processus.

La présentation en boucle, chère aux qualitiens et aux systémistes, rappelle la nécessaire recherche de l'amélioration continue de la qualité.

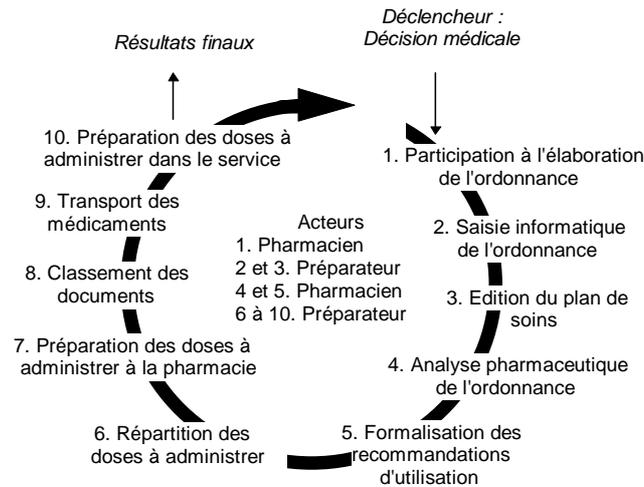
¹ Définition de Pierre Candau

Figure 2 : représentation schématique d'un processus



La Figure 3 représente le processus de dispensation tel qu'il a été constaté dans un hôpital participant à l'étude. Dans d'autres établissements, toutes les activités ne seront pas présentes, leur ordre pourra varier, les acteurs seront différents. Le processus est spécifique à chaque établissement.

Figure 3 : exemple d'un processus de dispensation.



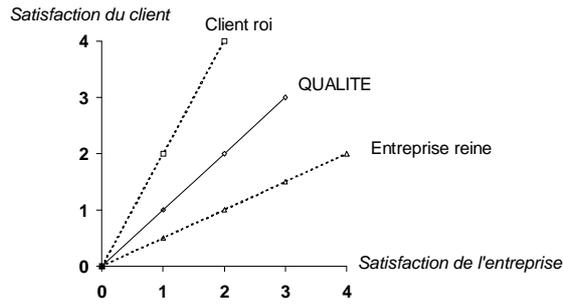
2. LA QUALITE

Il existe de nombreuses définitions de la qualité. Aucune, prise individuellement, n'est réellement satisfaisante, aussi proposons-nous plusieurs approches.

La norme ISO 8402 définit la qualité comme "l'ensemble des propriétés et caractéristiques d'un produit ou service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire des besoins exprimés ou implicites".

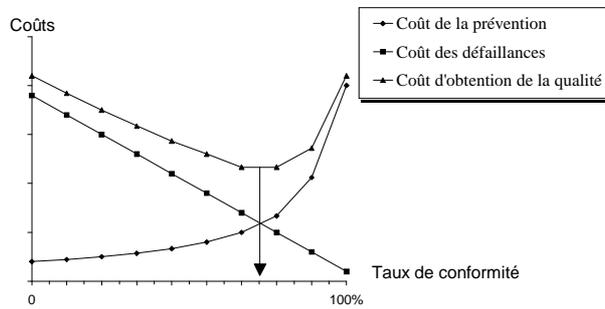
Mais la qualité, c'est aussi un équilibre entre la satisfaction de l'entreprise et celle de ses clients (Figure 4.)

Figure 4 : qualité et satisfaction globale



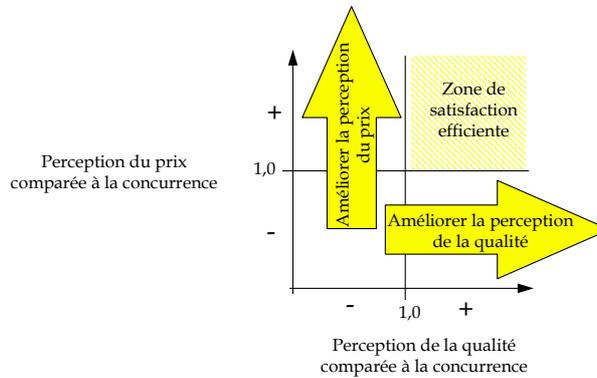
La qualité, c'est également la satisfaction au meilleur coût. Si la Figure 5 montre qu'une qualité absolue (taux de conformité à 100%) serait très coûteuse, la non qualité l'est assurément : entre 5 et 15% du chiffre d'affaires selon les études.

Figure 5 : qualité et coûts



La qualité, c'est encore satisfaire ses clients plus que la concurrence (Figure 6).

Figure 6 : Qualité et concurrence



La qualité c'est une boucle.

La roue de Deming², ou cycle PDCA décrit les quatre activités principales à maîtriser dans une démarche qualité. Préparer son action (Plan), la réaliser (Do), en contrôler les résultats (Check) et l'améliorer (Action).

Figure 7 : La boucle de la qualité.



3. L'ASSURANCE QUALITE

L'assurance qualité est la démarche qui vise à donner la confiance appropriée au client que le produit ou le service fourni satisfera à ses besoins³.

La série des normes ISO 9000⁴ décrit les moyens à mettre en oeuvre pour arriver à donner cette confiance.

L'assurance qualité s'insère un cadre contractuel. Elle consiste en une obligation de moyens pour le fournisseur du produit ou de la prestation de service et non en une garantie de résultat pour le client.

4. LA CERTIFICATION ET L'ACCREDITATION.

La démarche d'assurance qualité est reconnue officiellement par une certification délivrée pour un temps limité au fournisseur par un organisme indépendant⁵. L'audit de certification ISO 9000 consiste à vérifier la conformité du système qualité d'une organisation par rapport aux exigences de la norme correspondante. L'accréditation est la version hospitalière de la certification. Fin 1996, le référentiel français de l'accréditation n'était pas encore publié. Les normes anglo-saxonnes⁶ constituent cependant une intéressante référence de travail. Aux Etats-Unis, la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations réalise des audits d'accréditation dans les hôpitaux depuis 1953. Le référentiel américain porte sur les fonctions et les processus de l'hôpital.

Par exemple, pour le circuit du médicament, la norme exige une inspection trimestrielle par le pharmacien de tous les lieux où sont stockés des médicaments. La dispensation et la préparation des médicaments doivent obligatoirement être effectués par du personnel pharmaceutique. Aucun médicament ne peut, sauf cas d'urgence, être administré avant analyse de l'ordonnance par le pharmacien.

5. LA QUALITE TOTALE

La démarche qualité totale va bien au-delà de l'assurance qualité puisque l'on va dépasser la préoccupation des moyens pour s'intéresser aux résultats obtenus, en terme de satisfaction, de coût, de délai, et aux moyens de les

² W. Edwards Deming (1900-1993), statisticien américain, est avec son compatriote Joseph M. Juran (1904 -), le créateur de la qualité totale.

³ Voir ISO 8402

⁴ Normes ISO 9001, 9002 et 9003

⁵ Le plus connu en France est l'AFAQ, Association Française pour l'Assurance Qualité.

⁶ Le déroulement d'un audit d'accréditation aux USA est présenté sur le serveur internet de la Joint Commission.

améliorer de façon continue. La qualité totale peut intégrer, mais pas nécessairement, une démarche de certification.

La qualité totale nécessite un état d'esprit présent à tous les niveaux dans l'hôpital.

Elle implique un certain nombre de principes d'action :

- Ecouter les clients et le personnel
Les attentes des clients et du personnel constituent la base de l'élaboration des d'objectifs du processus.
- Mesurer les résultats
Il convient de connaître sa performance avant de songer à l'améliorer. La qualité implique la mesure.
- Raisonner par les faits
Seuls comptent les faits : résultat d'une enquête de satisfaction, valeur d'un indicateur etc. Les sentiments ou les impressions personnelles peuvent alerter, mais ne constituent pas une base de réflexion probante.
- Reconnaître les efforts accomplis
Un système de récompense pour le personnel est indispensable pour assurer la pérennité d'une démarche qualité.
- Manager par l'équipe
La qualité est l'affaire de tous. La créativité d'une équipe est plus importante que celle de ses membres pris individuellement.
- Communiquer
La transparence est une des conditions de réussite d'une démarche qualité. C'est à partir des éléments qui sont communiqués aux acteurs que se construit leur motivation.
- Innover
L'équipe doit rechercher en permanence de nouveaux procédés, de nouvelles organisations pour améliorer sa performance.
- Améliorer de façon continue
La somme des " petites " initiatives de terrain, des idées " simples " applicables au niveau du poste de travail ont une influence considérable sur la qualité du résultat final. C'est le Kaizen⁷ qui a permis aux entreprises japonaises de s'imposer sur le marché mondial dès les années 80.

Cet intérêt porté aux résultats finaux des processus est caractéristique des approches qualité totale. Les grands prix de la qualité auxquels peuvent concourir les entreprises, tels que le Prix Français de la Qualité, Le Prix Européen de la Qualité⁸, le Malcolm Baldrige Award aux Etats-Unis, le Prix Canada pour l'Excellence ou le prix Deming au Japon mettent tous l'accent sur les résultats finaux.

6. LA MISE SOUS QUALITE DES PROCESSUS

La mise sous qualité des processus est une méthode pour mettre en oeuvre les principes d'action de la qualité.

Les premières étapes de la méthode ont pour objectif d'apprécier la qualité des résultats finaux.

Les étapes suivantes sont consacrées à l'analyse des dysfonctionnements, au diagnostic des causes et à la recherche des solutions.

Les solutions seront mises en oeuvre et leurs effets, les nouveaux résultats finaux, seront mesurés (bouclage) dans la perspective de l'amélioration continue.

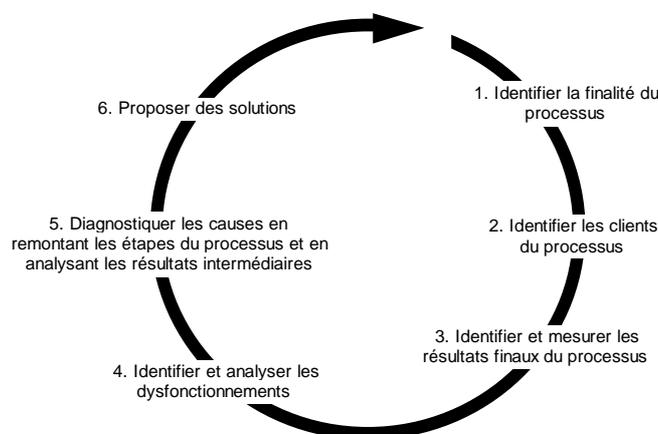
Les acteurs participent activement à toutes les étapes de la mise sous qualité. Leur participation est le gage de leur adhésion aux solutions.

⁷ Masaaki Imai, Kaizen, la clé de compétitivité japonaise.

⁸ European Foundation For Quality Management.

La Figure 8 présente les différentes étapes de la méthode. Elles seront détaillées au fur et à mesure, au travers du cas du processus de Dispensation Individuelle Nominative.

Figure 8 : les étapes de la méthodologie de mise sous qualité des processus.



7. LES BASES DE LA MESURE

La qualité implique la mesure (Figure 9) et la manipulation d'outils spécifiques dont nous rappelons brièvement les définitions.

7.1. DONNEE

Une donnée est une information brute qui ne renseigne pas sur la qualité du processus. Par exemple, *le nombre absolu d'erreurs de dispensation, la durée d'une activité*, sont des données.

7.2. INDICATEUR

Un indicateur est le rapport entre deux ou plusieurs données. Comparé à un référentiel, l'indicateur permet de prendre une décision. Par exemple, $\frac{\text{le nombre absolu d'erreurs de dispensation}}{\text{le nombre d'ordonnances}}$ ou

$\frac{\text{La durée d'une activité}}{\text{le nombre d'agents exécutants}}$ sont des indicateurs.

On distingue des indicateurs finaux mesurant les résultats finaux du processus et des indicateurs intermédiaires pour les résultats de chaque étape du processus.

Chaque indicateur doit répondre à des exigences de validité, de fiabilité et de facilité d'utilisation. La fiabilité est la capacité de l'indicateur à mesurer le phénomène étudié avec une relative absence d'erreurs. La validité est la capacité de l'indicateur à mesurer ce qu'il est effectivement censé mesurer. La facilité d'utilisation est évidente. La mesure ne doit pas coûter plus cher que ce qu'elle est supposée apporter⁹.

Les indicateurs sont regroupés dans un tableau de bord.

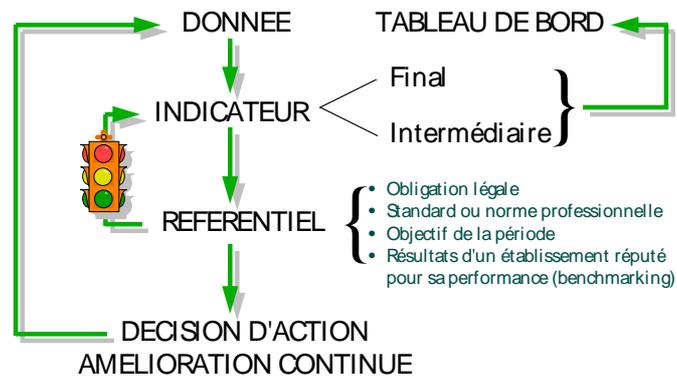
⁹ D'après Pierre Candau, L'audit social. Pour en savoir plus, lire aussi Olivier Cérutti et Bruno Gattino, Indicateurs et tableaux de bord.

7.3. REFERENTIEL

Le référentiel est la base de comparaison des indicateurs. Le référentiel peut être constitué d'obligations légales et réglementaires, de normes professionnelles, des résultats d'établissements réputés pour leurs performances, des objectifs fixés pour la période.

Par exemple, un objectif de 5% pour $\frac{\text{le nombre d'erreurs de dispensation}}{\text{le nombre d'ordonnances}}$ peut constituer un référentiel pour l'évaluation de la qualité du travail pharmaceutique.

Figure 9 : qualité et mesure



***PARTIE II : COMMENT METTRE EN OEUVRE LA
DEMARCHE QUALITE TOTALE, LA METHODOLOGIE
DE MISE SOUS QUALITE DES PROCESSUS***

1. AVANT LA MISE SOUS QUALITE

1.1. ASSUREZ-VOUS DE L'ENGAGEMENT DE VOTRE DIRECTION GENERALE

C'est une condition nécessaire pour l'implantation de la démarche qualité à l'hôpital¹⁰.

L'engagement de la Direction Générale en faveur de la qualité représente pour vous la garantie de pouvoir disposer du soutien hiérarchique et d'un minimum de moyens, surtout en matière de formation, qui vous seront nécessaires.

Cet engagement pourra, et de préférence devra, être formalisé dans le projet d'établissement.

C'est également une condition nécessaire pour l'implication et la motivation de votre personnel.

Le personnel ne peut se sentir concerné par votre projet que si votre direction générale a la volonté d'y consacrer du temps et de l'argent.

Ceci pour dire qu'il est inutile de vous engager dans une démarche de fond et de long terme comme celle de la qualité si votre direction y est réfractaire. Interroger les clients et le personnel crée des attentes que vous ne serez pas en mesure de satisfaire. Le retour en arrière sera très mal vécu et votre situation risque alors d'être plus périlleuse qu'elle ne l'était avant, compromettant de surcroît les tentatives ultérieures de changement.

Si votre projet concerne la mise sous qualité du processus de distribution des médicaments en vigueur, présentez-le en insistant sur les avantages pour l'établissement :

- Optimisation de l'organisation ;
- Connaissance réelle des résultats obtenus ;
- Maîtrise des coûts de fonctionnement ;
- Réduction de la iatrogénèse médicamenteuse ;
- Mise en conformité avec le référentiel réglementaire ;
- Participation à l'Evaluation des Pratiques Professionnelles ;
- Préparation à l'accréditation ;
- Mise en oeuvre progressive de la dispensation individuelle nominative.

1.2. IMPLIQUEZ VOTRE PERSONNEL DANS LE PROJET

La mise sous qualité du processus de distribution et le développement progressif de la DIN doit s'insérer dans le projet de service qui définit l'orientation stratégique de la pharmacie.

Votre personnel doit être parfaitement conscient de l'importance de votre projet et se sentir concerné par lui.

Pour cela, mettez en avant l'intérêt et les avantages de la qualité : amélioration de la réputation de la pharmacie dans l'hôpital, diminution et prévention des problèmes, amélioration des conditions de travail et du climat relationnel au sein de l'équipe, responsabilisation des acteurs, image de précurseur, exemple pour d'autres hôpitaux. Insistez sur l'impact humain et social et sur la coopération aux activités de soins.

Faites venir et témoigner des acteurs de pharmacies déjà impliquées dans la qualité.

Demandez à un représentant de la Direction de venir soutenir votre démarche devant vos collaborateurs.

¹⁰ Voir absolument sur ce point l'étude du National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care disponible sur le site internet du Juran Institute.

Parlez des risques et des enjeux : déqualification progressive des acteurs de la pharmacie, exigences de l'accréditation etc.

Rappelez-vous que la préoccupation principale exprimée par le personnel est le temps qu'il devra consacrer à la démarche et les avantages qu'il est susceptible d'en retirer.

1.3. NEGOCIEZ LE CHANGEMENT

L'engagement dans une démarche qualité totale et la mise en oeuvre de la DIN relève de la problématique du changement et de son acceptation.

Nous ne développerons pas ce thème qui fait l'objet d'une riche bibliographie¹¹.

Quelle que soit l'approche envisagée, votre démarche devra être négociée avec vos clients. Il n'y a malheureusement là, pas de solutions toutes faites ; chaque établissement est unique, chaque cas est spécifique. Votre problème sera d'identifier les résistances au changement, les personnes concernées, les facteurs favorisant... pour construire l'argumentaire le plus adapté à votre situation.

A titre informatif, nous vous soumettons un condensé des préjugés défavorables vis à vis de la DIN, exprimés sous forme humoristique, par les clients et les acteurs que nous avons rencontrés. Il s'agit d'opinions qui peuvent paraître extrêmes, mais dont vous ressentez peut-être les effets dans votre établissement.

LE MEDECIN.

Il va s'interroger sur vos motivations profondes. N'allez-vous pas toucher à sa liberté de prescription ? Votre démarche est-elle vraiment dictée par la recherche de l'intérêt du malade ? Quelle est votre compétence ? En quoi pouvez-vous lui être utile ? Après tout, il ne vous voit presque jamais. Tout ce qu'il vous demande, c'est de délivrer les médicaments qu'il a prescrits. Or, selon ses infirmières, cela pose déjà des problèmes. Des erreurs de prescriptions ? Elles sont pratiquement inexistantes et elles ne peuvent provenir que d'un des nouveaux internes qui sera vite formé. Non, décidément, il ne vous acceptera que si vous lui apportez réellement quelque chose.

LE PERSONNEL INFIRMIER.

Avec l'accueil que vous lui réservez généralement au guichet de la pharmacie, attendez-vous à être bien reçu !

Vous avez la prétention de préparer les médicaments alors que vous ne pouvez, ou ne voulez même pas livrer une caisse de médicaments conforme à sa demande et en temps voulu. De toute façon, avec le temps qu'il va perdre à vérifier votre travail, cela ne présente aucun intérêt.

Et pour les préparations injectables, n'y comptez même pas. Jamais il n'administrera un médicament qu'il n'a pas lui-même préparé.

De plus, le transfert de tâches à la pharmacie, servira de prétexte à la Direction Générale pour supprimer des postes de soignants, alors même que les services de soins souffrent d'une pénurie chronique d'effectifs.

LA DIRECTION GENERALE.

Respectez d'abord votre budget, diminuez vos stocks et après on verra.

Vous venez régulièrement lui demander des moyens supplémentaires, pour le sang, pour le Sida, pour les prisons, pour les molécules nouvelles... Revoyez votre organisation et redéployez en interne.

N'allez pas tout bouleverser dans les services de soins, la direction a déjà assez de mal à maintenir un semblant de paix sociale. Et si vous avez besoin de trois postes de pharmacien pour lui faire économiser 300 000 F d'antibiotiques, n'espérez rien.

VOTRE PERSONNEL

Ca y est, vous revenez d'un congrès ou d'un séminaire Antarès avec des idées nouvelles à lui imposer. La dernière fois, c'était sur les cercles de qualité et ça a duré six mois.

La dispensation individuelle nominative c'est à coup sûr une charge de travail supplémentaire. Qu'est ce que cela lui rapporte ? Qu'il travaille beaucoup ou peu, bien ou mal, rien ne change.

¹¹ Lire notamment Olivier d'Herbemont, La stratégie du projet latéral ainsi que Roger Fisher et William Ury, Comment réussir une négociation.

Le sentiment du devoir accompli, la défense de sa profession, il y a cru, au début.

De toute façon, cela fait plusieurs années qu'on lui promet de nouveaux locaux, de nouveaux moyens, alors la dispensation attendra aussi.

1.4. SENSIBILISEZ VOTRE PERSONNEL A LA QUALITE

Si l'impulsion initiale vous incombe, la gestion quotidienne de la qualité revient à votre personnel. Il est donc important qu'il soit sensibilisé aux principes de la qualité, à la notion de processus, aux relations clients-fournisseurs etc.

Les premières sessions de formation auront pour objectif la diffusion de la culture qualité à la pharmacie. Commencez par les principes et concepts généraux avant d'aborder les normes ISO, l'accréditation et les outils de la qualité qui peuvent être rébarbatifs. Ce doit être également pour votre personnel, l'occasion de se familiariser avec le vocabulaire de la qualité.

La pharmacie est un prestataire de services. Pour vous aider, choisissez des formateurs spécialistes de la qualité de service.

Sortez de votre environnement culturel. Sollicitez des acteurs d'entreprises du secteur privé qui pratiquent le Management par la Qualité Totale (TQM). Les entreprises qui ont concouru pour le Prix Français de la Qualité peuvent témoigner de leur expérience en matière d'implication et de sensibilisation du personnel ¹².

Auto-diagnostic. Chaque réponse négative constitue un handicap pour la réalisation de votre projet.

- Votre Direction générale a-t-elle intégré la maîtrise et l'amélioration de la qualité dans le projet d'établissement ?
- A-t-elle décidé de s'impliquer pleinement dans votre démarche de qualité totale ?
- Accepte-t-elle de financer les indispensables sessions de formation ?
- Avez-vous intégré la maîtrise et l'amélioration de la qualité dans votre projet de service ?
- Le projet est-il formalisé, diffusé et connu de vos collaborateurs ?
- Avez-vous explicité vos motivations ?
- Avez-vous négocié votre projet avec vos clients ?
- Avez-vous identifié les éléments qui pourraient faire obstacle à votre projet ?
- Vos collaborateurs se sont-ils approprié votre projet ?
- Vos collaborateurs sont-ils sensibilisés à la démarche qualité totale ?

¹² Renseignez-vous auprès du Mouvement Français pour la Qualité. Voir adresses utiles en page 4 de ce guide.

2. DEFINISSEZ LA FINALITE ET IDENTIFIEZ LES CLIENTS DE VOTRE PROCESSUS.

Nous ne revenons pas sur l'importance de la définition de la finalité et de l'identification des clients du processus. Ces thèmes ont été développés au chapitre 1 page 11.

La définition des finalités est un acte de management qui vous incombe pleinement.

Mais pour obtenir un indispensable consensus, vous avez tout intérêt à conduire une réflexion sur ce thème avec vos confrères et vos collaborateurs.

Pour un processus de distribution globale sans ordonnance, la finalité pourra être “ **de délivrer les médicaments demandés par les services de soins dans des conditions préalablement fixées de sécurité et de délais** ”.

Le client du processus sera alors le personnel infirmier des services de soins.

2.1.1. LA FINALITE ET LES CLIENTS DU PROCESSUS DE DISPENSATION INDIVIDUELLE NOMINATIVE

Pour le processus de dispensation individuelle nominative, le groupe Antarès a proposé la finalité suivante : “ **permettre au personnel infirmier d'administrer selon les règles le traitement adéquat au malade** ”.

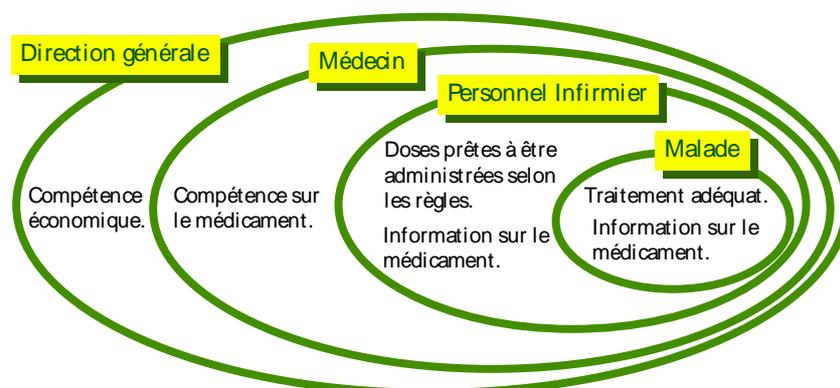
Le traitement adéquat correspond à la fois au traitement le plus efficace pour soigner le malade et au traitement le plus économique pour la structure. Le déclencheur du processus de dispensation est la décision médicale. Le pharmacien peut participer à l'élaboration de l'ordonnance avec le médecin, lors du suivi de la visite, ou intervenir à posteriori sur sa prescription (analyse pharmaceutique de l'ordonnance).

Les règles de bonne administration doivent pouvoir être respectées par le personnel infirmier. Les conditions favorables de l'administration dépendent en partie du travail d'analyse, de préparation, d'information et de délivrance de l'équipe pharmaceutique.

Les clients du processus de dispensation attendent respectivement (Figure 10) :

- en ce qui concerne le malade, le traitement le plus efficace par rapport à son état.
- pour le médecin, une compétence générale sur le médicament.
- pour le personnel infirmier, des doses prêtes à être administrées selon les règles.
- et pour la direction générale, une compétence économique de la pharmacie.

Figure 10 : les clients du processus de dispensation et leurs attentes



Auto-diagnostic. Chaque réponse négative constitue un handicap pour la réalisation de votre projet.

- Avez-vous défini la finalité de votre processus ?
- Avez-vous identifié vos clients ?
- Vos collaborateurs ont-ils activement participé à la réflexion ?
- Adhèrent-ils aux conclusions ?
- Ces conclusions sont-elles formalisées, diffusées et connues ?

3. DECRIRE LE PROCESSUS

La finalité et les clients du processus conditionnent les résultats finaux auxquels vous devez vous intéresser.

Avant de mesurer ces résultats, il convient d'identifier les étapes qui conduisent à leur élaboration. Leur connaissance vous sera indispensable lors de la recherche des causes des problèmes.

Ce sont les acteurs du processus qui vont vous aider à réaliser ce travail en répondant aux questions suivantes concernant leur activité :

- Quoi ?
- Quand ?
- Qui ?
- Comment ?
- Pourquoi ?
- Où ?

La Figure 11 et le Tableau 1 présentent le processus de dispensation individuelle nominative constaté dans un des établissements du groupe Antarès.

Figure 11 : exemple de processus de dispensation individuelle nominative informatisée

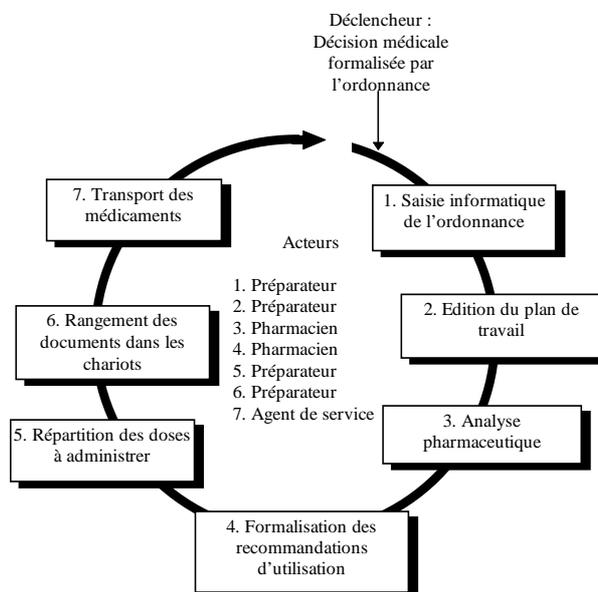


Tableau 1 : tableau descriptif du processus

Activité	Acteur	Valeur ajoutée	Moment et fréquence	Lieu	Objet	Méthode
1. Saisie de l'ordonnance	Préparateurs	Ordonnance Saisie	Le matin, tous les jours ouvrables	Service de soins	Ordonnance médicale	Un préparateur lit l'ordonnance et contrôle la saisie effectuée par le second.
2. Edition du plan de travail	Préparateurs	Plan de travail	Le matin, tous les jours ouvrables avant 9h30	Pharmacie	Ordonnance saisie	Lancement de l'édition depuis le service de soin. Edition sur l'imprimante de la pharmacie
3. Analyse pharmaceutique	Pharmaciens	Plan de travail validé	Le matin, tous les jours ouvrables avant 10h15	Pharmacie	Plan de travail	Etude du plan de travail. Téléphone au prescripteur en cas de besoin. Si changement, recommencement des étapes 1 et 2.
4. Formalisation des recommandations d'utilisation	Pharmacien	Ordonnance validée et commentée	Le matin, tous les jours ouvrables avant 10h15	Pharmacie	Plan de travail	Activité concomitante à la précédente. Tous les renseignements concernant le bon usage des médicaments dispensés sont formalisés sur le plan de travail.
5. Répartition des doses à administrer	Préparateurs	Doses individuelles et nominatives	Le matin, tous les jours ouvrables avant 11h15	Pharmacie	Doses pour les usages externes et les voies orales uniquement	Répartition en 4 prises par malade. Un préparateur exécute. Un autre contrôle à l'issue. Les préparateurs sont en binômes.
6. Rangement des documents dans les chariots	Préparateurs	Documents disponibles	Le matin, tous les jours ouvrables avant 11h15	Pharmacie	Plan de travail et autres documents concernant les médicaments dispensés.	Rangement des documents dans le chariot de dispensation
7. Transport des médicaments	Agents de service de la pharmacie	Chariots à disposition des services de soins	Le matin, tous les jours ouvrables avant 11h30	Pharmacie et services de soins	Chariots de dispensation	Transport des chariots jusque dans les locaux prévus des services de soins

Auto-diagnostic. Chaque réponse négative constitue un handicap pour la réalisation de votre projet.

- Avez-vous décrit votre processus ?
- Vos collaborateurs ont-ils activement participé à la réflexion ?
- Ce travail a-t-il été validé par tous les acteurs du processus ?

4. MESURER LES RESULTATS FINAUX DU PROCESSUS

Vous avez défini la finalité de votre processus de distribution et identifié vos clients.

Vous connaissez donc les résultats finaux auxquels vous devez vous intéresser.

Dans le cas d'un processus de distribution globale sans ordonnance, les résultats finaux suivant pourront être pris en compte.

- Satisfaction du personnel infirmier.
- Coût du processus.

Dans le secteur privé, la mesure de la satisfaction des clients est relative à la concurrence. L'objectif n'est en effet pas de satisfaire son client mais de le satisfaire plus que ne le fait le concurrent.

L'hôpital peut-il se considérer dans une situation concurrentielle ?

La pharmacie de l'hôpital a-t-elle des concurrents ? Apparemment non. Mais les plates-formes logistiques ou les grossistes répartiteurs ne constituent-ils pas une forme de concurrence potentielle ?

Aujourd'hui, certains hôpitaux américains commencent à bouleverser totalement leur organisation pour la recentrer sur la satisfaction du client. Ils ne réfléchissent plus en terme de groupes professionnels, médecins, infirmières ou pharmaciens, mais de service apporté au client, recombinaison des processus, redéfinissant totalement le rôle et les missions des acteurs de l'hôpital¹³.

Des entretiens menés avec les personnels infirmiers permettront d'identifier leurs critères de satisfaction. Souvenez-vous que les clients ne savent pas toujours ce qu'ils attendent de vous ou ne savent pas toujours l'exprimer. La transformation des attentes du client en prestation tangible ne s'improvise pas. Des méthodes comme la conception à l'écoute du marché ou l'analyse de la valeur peuvent vous aider.

Les critères de satisfaction seront par exemple :

- la correspondance entre les médicaments demandés et livrés ;
- les délais de mise à disposition des médicaments ;
- les délais de résolution des problèmes de délivrance ;
- l'information concernant l'utilisation des médicaments.

Ces critères seront valorisés par un questionnaire de satisfaction.

Les résultats seront présentés dans le tableau de bord des résultats finaux (Tableau 2).

Tableau 2 : Exemple de tableau de bord des résultats finaux - processus de distribution globale sans ordonnance

Indicateur	1995	1996	Evolution	Analyse / Interprétation
Satisfaction du personnel infirmier (note sur 20)	14/20	12/20	- 14 %	La dégradation globale de la satisfaction des clients s'explique par la baisse de la performance sur la correspondance entre demande et livraison. Cette baisse n'est pas compensée par l'amélioration de la qualité de l'accueil
Coût moyen du processus par demande	100 F	90 F	- 10 %	La réorganisation du travail suggéré par le Cercle de Qualité a permis une diminution du temps de travail

4.1. LES RESULTATS FINAUX DU PROCESSUS DE DISPENSATION INDIVIDUELLE NOMINATIVE

Pour la dispensation individuelle nominative, les pharmaciens du groupe Antares ont retenu les résultats suivants qui témoignent de la qualité du processus.

- Résultats en terme de satisfaction des clients et des acteurs du processus ;
- Résultats en terme de coût du processus ;
- Résultats en terme d'efficience du traitement ;
- Résultats en terme d'administration des médicaments.

4.1.1. RESULTATS EN TERME DE SATISFACTION GLOBALE DES CLIENTS ET DES ACTEURS DU PROCESSUS.

La mesure de la satisfaction nous renseigne sur la perception que les clients ont de la qualité du processus. La satisfaction a forcément un caractère relatif. La qualité perçue peut être bien différente de la qualité intrinsèque de la prestation, mais elle est au moins aussi importante.

¹³ Pour en savoir plus, Consulter le serveur de la JCAHO sur Internet.

Par exemple, si nous interrogeons les infirmières sur leur perception des délais de mise à disposition des médicaments, leur opinion peut être négative alors que ces délais ont été améliorés. Une mesure complémentaire doit être effectuée pour apprécier l'écart entre la performance de la pharmacie et la perception qu'en ont les clients.

La satisfaction des clients et des acteurs est obtenue en agrégeant un certain nombre de critères déterminés avec les intéressés eux-mêmes, lors d'entretiens individuels ou collectifs.

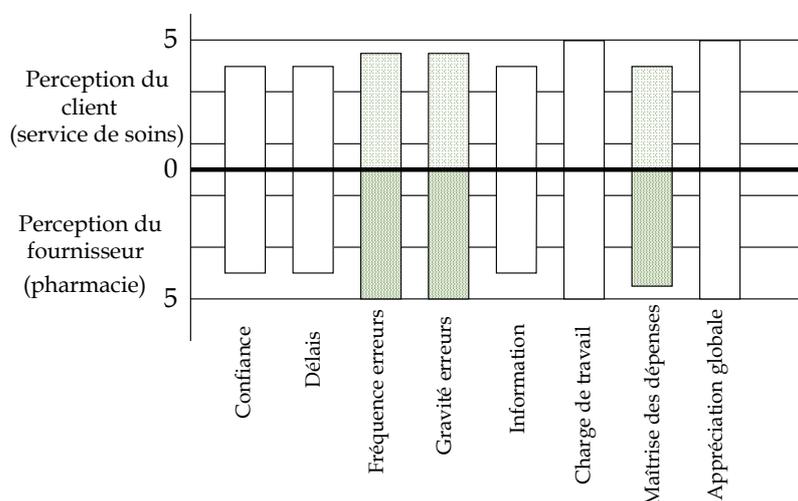
La mesure peut s'effectuer à l'aide des questionnaires présentés ci-dessous.

Chaque critère est apprécié individuellement. A la fin du questionnaire, le client attribue une note qui reflète sa satisfaction globale.

L'analyse de l'évolution de la note globale doit être accompagnée de l'analyse des résultats obtenus sur chaque critère de satisfaction.

Il peut être intéressant de comparer la perception que vous avez de la qualité de votre propre prestation avec celle qu'ont vos clients. C'est l'effet "miroir". Dans l'exemple Figure 12, on constate que dans cet hôpital du groupe Antarès, la pharmacie et ses clients ont sensiblement la même perception de la qualité de la prestation pharmaceutique.

Figure 12 : effet miroir



4.1.1.1. QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION - MEDECINS PRESCRIPTEURS.

Critères	Votre appréciation Note de 0 à 5 - du moins satisfaisant au plus satisfaisant.
Votre confiance dans la Dispensation individuelle Nominative réalisée par l'équipe pharmaceutique.	
La sécurité en matière de médicaments délivrés par la pharmacie dans votre service.	
Les propositions qui vous sont faites par le pharmacien en matière de prescription.	
Le respect de votre liberté de prescription par le pharmacien.	
L'information qui vous est fournie par l'équipe pharmaceutique en matière de médicaments.	
L'influence de la dispensation réalisée dans votre service sur la charge de travail du personnel infirmier.	
L'influence de la dispensation sur le coût du traitement médicamenteux.	
L'influence de la dispensation sur la gestion des stocks de médicaments dans le service.	
Votre appréciation globale sur la performance de l'équipe pharmaceutique en matière de Dispensation Individuelle Nominative.	

4.1.1.2. QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION - PERSONNEL INFIRMIER.

Critères	Votre appréciation Note de 0 à 5 - du moins satisfaisant au plus satisfaisant.
Votre confiance dans la Dispensation individuelle Nominative réalisée par l'équipe pharmaceutique.	
Les délais dans lesquels les médicaments sont généralement mis à votre disposition.	
La fréquence des erreurs de répartition dans les chariots.	
La gravité des erreurs de répartition dans les chariots.	
L'information qui vous est fournie par l'équipe pharmaceutique en matière de médicaments.	
L'influence de la dispensation réalisée dans votre service sur votre charge de travail.	
Votre appréciation globale sur la performance de l'équipe pharmaceutique en matière de Dispensation Individuelle Nominative.	

4.1.1.3. QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION - DIRECTION GENERALE.

Critères	Votre appréciation Note de 0 à 5 - du moins satisfaisant au plus satisfaisant.
L'influence de la Dispensation Individuelle Nominative sur la maîtrise des dépenses.	
L'influence de la Dispensation Individuelle Nominative sur la transparence des pratiques de prescriptions et d'utilisation des médicaments.	
L'influence de la Dispensation Individuelle Nominative sur le climat social de l'établissement.	
Votre appréciation globale sur la performance de l'équipe pharmaceutique en matière de Dispensation Individuelle Nominative.	

4.1.1.4. QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION - MALADES.

1. Selon vous, existe-t-il un service pharmacie à l'hôpital ? :

- a Oui.
- b Non.
- c N.S.P.

4. Sinon, le regrettez-vous ?

- a Oui.
- b Non.

2. Si oui, un membre du personnel de la pharmacie vous a-t-il rendu visite ?

- a Oui.
- b Non.
- c N.S.P.

5. Estimez-vous être suffisamment informé au sujet des médicaments qui vous sont donnés ?

- a Oui.
- b Non.

3. Si oui, cette visite vous a-t-elle apportée quelque chose de positif ?

- a Oui.
- b Non.
- c N.S.P.

6. Pouvez-vous attribuer une note de 0 à 5 à la pharmacie pour sa prestation concernant les médicaments ?

Note sur 5 :

4.1.1.5. QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION - PERSONNEL DE LA PHARMACIE

Critères	Votre appréciation Note de 0 à 5 - du moins satisfaisant au plus satisfaisant.
La confiance de vos clients dans la Dispensation Individuelle nominative	
L'information que vous donnez à vos clients en matière de médicaments.	
L'influence de la dispensation sur la charge de travail du personnel infirmier.	
Les délais dans lesquels les médicaments sont mis à disposition des services.	
La fréquence des erreurs de répartition dans les chariots.	
La gravité des erreurs de répartition dans les chariots.	
L'influence de la Dispensation Individuelle nominative sur la maîtrise des dépenses.	
Les moyens attribués à la Dispensation Individuelle Nominative.	
Votre charge de travail liée à la Dispensation Individuelle Nominative	
L'organisation interne de la Dispensation Individuelle Nominative	
Votre appréciation globale de votre propre performance en matière de Dispensation Individuelle Nominative.	

4.1.2. RESULTATS EN TERME DE COUT DU PROCESSUS.

On ne retiendra que le coût lié au personnel car c'est l'argument traditionnellement avancé par la Direction pour limiter l'engagement de l'établissement hospitalier dans la DIN.

Ce coût est différent du coût global de la dispensation qui intégrerait, le coût des moyens matériels, des médicaments dispensés et le coût de la non-qualité (coût des erreurs, des retards...).

Le coût variant avec l'activité et les moyens mis en oeuvre, il convient de choisir un dénominateur commun. Nous retiendrons l'ordonnance, formalisée ou non par un plan de travail, document de travail de référence des pharmaciens et des préparateurs tout au long du processus.

Le coût par ordonnance correspond à la somme du temps de travail réellement consacré par les acteurs au processus de dispensation individuelle nominative valorisé par la rémunération moyenne des acteurs (brut et charges patronales), voir Tableau 3.

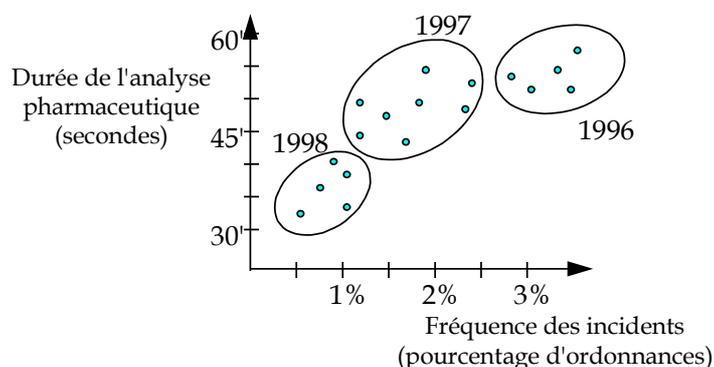
La comparaison des coûts par ordonnance peut se faire entre hôpitaux à condition de comparer en même temps les résultats sur les autres indicateurs finaux (voir Figure 13). Un coût plus faible peut révéler un mode d'organisation du travail plus efficace. L'analyse des temps de travail permettra de confirmer.

Le coût par journée d'hospitalisation peut également être calculé. Plus proche des préoccupations du directeur, il peut être directement corrélé à l'activité hospitalière.

Tableau 3 : exemple de calcul du coût de la DIN par ordonnance

Activité	Durée / acteur pour 800 ordonnances en DIN traitées sur 15 jours.	Coût (Pharmacien : 290 F/heure Préparateur 90 F/heure)
Saisie et édition des prescriptions, contrôle des saisies	1 000' de préparateur 400' de pharmacien	3 430 F
Analyse pharmaceutique des ordonnances	600' de pharmacien	2 900 F
Répartition des doses et contrôle	2 600' de préparateur	3 900 F
Transport des chariots	550' de préparateur	825 F
Total		11 055 F
Coût par ordonnance		13.81 F

Figure 13 : exemple de corrélation entre deux résultats



4.1.3. RESULTATS EN TERME D'EFFICIENCE DU TRAITEMENT.

La finalité et les attentes des clients imposent au pharmacien de s'intéresser à l'efficacité du traitement (rapport entre coût et efficacité). En effet, en raison de son activité d'analyse, le pharmacien peut avoir une influence importante sur le résultat.

Le choix de l'indicateur correspondant pose cependant quelques problèmes.

Les incidents constatés après l'administration et liés aux médicaments, tels qu'un médicament non supporté par le malade ou un allongement imprévu de la durée du traitement, peuvent refléter cette efficacité.

Mais, alors que la démarche est classique, outre Atlantique, le système d'information existant dans la plupart des hôpitaux français ne permet pas actuellement d'effectuer un relevé exhaustif des incidents post administration.

En conséquence, nous nous rabattons sur les résultats de l'analyse de l'ordonnance en relevant la fréquence des incidents évités grâce à l'action du pharmacien par rapport au nombre d'ordonnances analysées.

Nous sommes conscients qu'il s'agit là d'un indicateur de résultat intermédiaire qui permet en fait d'apprécier la qualité de l'action du pharmacien en matière de prévention des erreurs de médication.

La plus grande prudence s'impose dans l'interprétation des résultats obtenus. Une évolution positive de l'indicateur ne correspond pas forcément une amélioration de la qualité. En effet, une analyse pharmaceutique incomplète de l'ordonnance peut procurer des résultats positifs alors qu'une meilleure expérience des médecins et des pharmaciens peut favoriser une diminution de l'indicateur.

Une étape supplémentaire dans la recherche de la maîtrise de la qualité du processus sera peut-être de pouvoir comparer les résultats thérapeutiques attendus par le médecin et le pharmacien et ceux obtenus après administration du médicament.

Les incidents évités doivent être classés par niveau de gravité pour permettre d'apprécier la qualité du travail des pharmaciens ¹⁴. Les pharmaciens du groupe Antarès ont utilisé l'échelle des risques suivante (Tableau 4) :

Tableau 4 : Echelle des risques.

NIVEAU DE GRAVITE DE L'INCIDENT EVITE	RISQUE, CONSEQUENCE POTENTIELLE DE L'INCIDENT.
0	Perte économique sans impact clinique.
1	Diminution d'au moins deux éléments de confort du malade.
2	Prolongation de séjour, séquelle réversible, dysfonctionnement organique.
3	Accident, séquelle irréversible, passage en soins intensifs.

Chaque niveau supérieur inclut les niveaux inférieurs.

Quel que soit le niveau de gravité, l'économie directe réalisée grâce à l'intervention du pharmacien doit être systématiquement estimée.

Elle est égale au coût total du traitement initialement prescrit diminué du coût du traitement retenu après analyse pharmaceutique de l'ordonnance.

4.1.4. RESULTATS EN TERME D'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS.

D'après la finalité du processus, la pharmacie doit permettre au personnel infirmier d'administrer au malade le médicament selon les règles. Les erreurs d'administration doivent donc faire l'objet d'un relevé systématique pour en analyser les causes et rechercher celles sur lesquelles la pharmacie peut intervenir.

En effet, si les erreurs d'administration sont de la responsabilité du personnel infirmier, certaines causes peuvent provenir de l'équipe pharmaceutique. Par exemple un moment de prise incorrect peut avoir pour origine un déficit d'information de la pharmacie ou un retard de délivrance.

Malheureusement, faute d'un système d'information adapté, le relevé des erreurs d'administration n'est pas forcément possible. Le seul indicateur exploitable est la fréquence des retours de médicaments sans explication associée de la part des services de soins. Il peut alerter l'équipe pharmaceutique de l'existence d'un dysfonctionnement mais ne saurait témoigner réellement de la qualité de l'administration.

¹⁴ Valérie Chedru, thèse de doctorat de pharmacie, Université de Reims, 1994, page 52.

4.2. TABLEAU DE BORD DES RESULTATS FINAUX

Les indicateurs finaux sont regroupés dans le présent tableau de bord élaboré par le groupe Antarès. Ces indicateurs permettent d'apprécier la qualité du processus de dispensation individuelle nominative et le niveau de conformité par rapport aux objectifs de la période.

INDICATEURS FINAUX (F)	SIGNIFICATION	SOURCE	PISTES D'ANALYSE
<p>Satisfaction.</p> <p>F1 : Satisfaction des clients et des acteurs du processus par catégorie (note sur 5).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malades • Personnel infirmier • Prescripteurs • Direction générale • Personnel de la pharmacie 	<p>L'indicateur mesure la satisfaction globale pour des critères préalablement définis avec les clients. Il reflète en particulier le niveau de confiance des clients dans la prestation de la pharmacie.</p> <p>Il renseigne sur la perception que l'équipe pharmaceutique a de la qualité de son propre travail (effet miroir).</p>	<p>Questionnaire de satisfaction valorisé 2 fois par an dans les services sous DIN.</p> <p>Malades : Le questionnaire est renseigné par un échantillon de 5 patients par unités de soins</p> <p>Personnel infirmier : Un questionnaire par unité de soins. Décision collégiale.</p> <p>Prescripteurs : Un questionnaire par unité de soins. Décision collégiale.</p> <p>Direction générale : Questionnaire renseigné par le Directeur des affaires économiques.</p> <p>Personnel de la pharmacie : un questionnaire par préparateur et pharmacien impliqué dans le processus.</p>	<p>Les variations de la valeur de l'indicateur seront analysées au regard des résultats pour chaque critère. Les clients n'accordent pas la même importance à ces critères. Cette pondération peut entraîner une baisse de la satisfaction globale à cause d'un critère déprécié alors que les autres témoignent d'une amélioration.</p>
<p>Coût.</p> <p>F2 : Coût du processus / nombre d'ordonnances.</p>	<p>L'indicateur permet d'évaluer l'évolution du coût du processus.</p>	<p>Chronométrage des tâches, Comptabilité analytique</p>	<p>Un écart sur la durée du processus a forcément un effet sur l'écart de coût.</p> <p>La comparaison entre les établissements est possible pour détecter les modes d'organisation les plus productifs et les moins coûteux à niveau de qualité équivalent.</p>
<p>Efficienc e du traitement.</p> <p>F3 : Nombre d'incidents évités par catégorie / nombre d'ordonnances.</p> <p>Economie réalisée par catégorie/ nombre d'ordonnances.</p>	<p>L'indicateur permet d'apprécier partiellement l'efficienc e du traitement au travers du travail préventif de l'équipe pharmaceutique.</p>	<p>Relevé systématique des interventions dans un cahier d'incident. lors de l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance et/ou lors de la participation à l'élaboration.</p>	<p>Un écart croissant peut témoigner de l'amélioration de la prévention.</p> <p>L'analyse doit intégrer le turn-over des prescripteurs. Les médecins étant mieux formés, le nombre d'interventions pharmaceutiques doit aller en diminuant. (effet d'apprentissage).</p> <p>L'évolution de cet l'indicateur est à rapprocher de l'évolution du coût du processus pour évaluer l'impact de l'organisation.</p>
<p>Administration des médicaments</p> <p>F4 : Nombre de retours sans explication / nombre d'ordonnances.</p>	<p>L'indicateur alerte l'équipe pharmaceutique de l'existence d'un problème d'administration mais ne renseigne pas sur sa qualité.</p>	<p>Relevé systématique dans un cahier d'incidents.</p>	<p>Un écart croissant peut témoigner d'une augmentation de problèmes d'administration.</p>

4.3. EXEMPLE DE RESULTATS FINAUX

Les pharmaciens du groupe Antarès ont renseigné le tableau de bord des résultats finaux.

Les disparités observées s'expliquent par le fait qu'en l'absence de changement de prescription, les pharmaciens ne font pas forcément d'analyse, ce qui est notamment le cas pour les lits de long séjour. Le nombre d'ordonnances analysées est, de ce fait, plus élevé, si elles concernent des lits de court séjour.

Hôpital	Nb d'ordonnances analysées	Nb de lits correspondants	Période de mesure
A	385 ordonnances	30 lits	11/09/96 au 01/10/96
B	230 ordonnances	170 lits	07/10/96 au 18/10/96
C	474 ordonnances	62 lits	16/09/96 au 27/09/96
D	1132 ordonnances	83 lits	07/10/96 au 25/10/96
E	1095 ordonnances	375 lits	16/09/96 au 04/10/96

Leurs résultats sont présentés dans le Tableau 5.

L'analyse au niveau de chaque critère de satisfaction permet de découvrir que :

- Pour les médecins : les critères les moins bons concernent les propositions faites par le pharmacien et le respect de la liberté de prescription. Par contre ils considèrent que le travail des préparateurs augmente la sécurité et diminue le temps de travail des infirmières.
- Pour les malades : ils ignorent souvent qu'il existe un service de pharmacie à l'hôpital mais sont paradoxalement satisfaits de sa prestation.
- Pour la direction générale : elle doute généralement de l'impact économique du travail du pharmacien, ce que semble prouver le résultat sur l'indicateur des incidents évités. Pour eux le principal avantage de la DIN est la plus grande transparence des pratiques.
- Pour les infirmières : elles apprécient surtout les délais de livraison et l'influence positive sur leur temps de travail. Les moins bons résultats concernent les erreurs de délivrance (nature et quantité).
- Pour le personnel pharmaceutique : le personnel a généralement la même appréciation de sa propre performance que les clients. Les résultats sont par contre désastreux en terme de moyens affectés au service.

Concernant le coût du processus, l'analyse de l'ordonnance représente 12 % du temps de travail (4ème rang des activités) mais 30% du coût par ordonnance. Le contrôle de la répartition des doses est généralement l'opération la plus longue du processus (28%) et représente le 2ème coût derrière l'analyse pharmaceutique (23%).

Tableau 5 : Tableau de bord des résultats finaux du groupe Antarès

INDICATEURS FINAUX (F)	Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C	Hôpital D	Hôpital E
Satisfaction. F1 : Satisfaction des clients et des acteurs du processus par catégorie (note sur 5). <ul style="list-style-type: none"> • Malades • Personnel infirmier • Prescripteurs • Direction générale • Personnel de la pharmacie 	3,3	-	4,3	4,2	-
	4	4,4	5	4,5	-
	4	5	4,5	4,3	-
	-	-	4	4	-
	5	4	5	3,8	-
Coût. F2 : Coût du processus / nombre d'ordonnances.	10,84 F	-	11,85 F	-	-
Efficience du traitement. F3 : Nombre d'incidents évités par catégorie / nombre d'ordonnances.	N0 : 0,78%	-	N0 : 1,48%	N0 : 4,24%	N0 : 1,83%
	N1 : 0,00%		N1 : 0,00%	N1 : 2,68%	N1 : 1,55%
	N2 : 2,34%		N2 : 0,63%	N2 : 0,37%	N2 : 0,00%
	N3 : 0,00%		N3 : 0,00%	N3 : 0,00%	N3 : 0,00%
Economies réalisées	Conséquence financière directe des interventions : économie de 27,39F		Conséquence financière directe : dépense de 16,42F	Conséquence financière directe : -	Conséquence financière directe : -
Administration des médicaments F4 : Nombre de retours sans explication / nombre d'ordonnances.	14,80%	-	0%	20,23%	-

Auto-diagnostic. Chaque réponse négative constitue un handicap pour la réalisation de votre projet.

- Avez-vous déterminé les résultats finaux auxquels vous allez vous intéresser ?
- Ces résultats ont-ils été déterminés à partir de la finalité du processus ?
- Intègrent-ils au moins des critères de satisfaction des clients et du personnel, de délais et de coûts ?
- Ce travail a-t-il été validé par tous les acteurs du processus ?
- Disposez-vous d'un indicateur pour mesurer chaque résultat final ?
- Ces indicateurs sont-ils valides, fiables et faciles d'utilisation ?
- Disposez-vous d'un tableau de bord des résultats finaux ?
- Connaissez-vous vos résultats finaux ?
- Ces résultats sont-ils diffusés et connus ?

5. CHOISIR UN REFERENTIEL

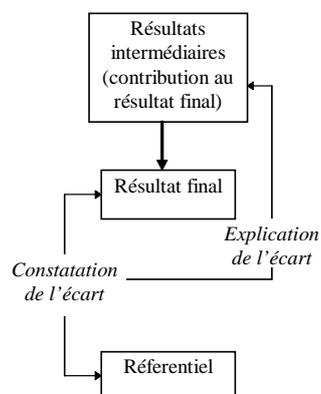
Les résultats finaux de votre processus vous sont maintenant connus.

Peuvent-ils être considérés comme satisfaisants ou convient-il de les améliorer ?

La réponse n'est possible que si vous disposez d'un référentiel, c'est à dire d'un ensemble de valeurs de référence pour chaque indicateur et qui correspondent à un niveau de qualité acceptable.

Les écarts pourront constituer des dysfonctionnements et seront expliqués à partir des résultats intermédiaires obtenus à chaque étape du processus. (voir Figure 14).

Figure 14 : Maîtrise de la qualité du processus



Le référentiel est généralement spécifique à votre établissement. Il permet d'apprécier l'évolution de vos propres résultats finaux dans le temps (voir Figure 15 et Figure 16). Il est alors constitué des attentes des clients et acteurs du processus et des objectifs que vous avez fixés pour la période.

A l'instar du PMSI, une collecte des résultats finaux à grande échelle permettrait de créer un référentiel national auquel chaque hôpital pourrait se comparer (benchmarking¹⁵).

¹⁵ Le Benchmarking, Robert C. Camp.

Figure 15 : évolution du coût du processus

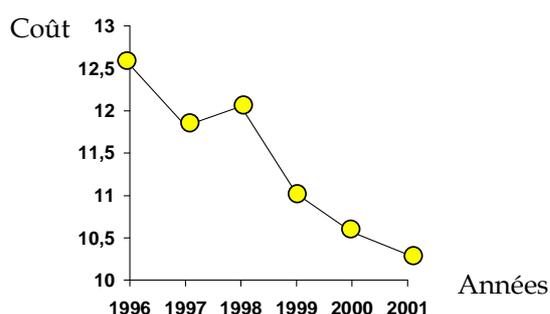
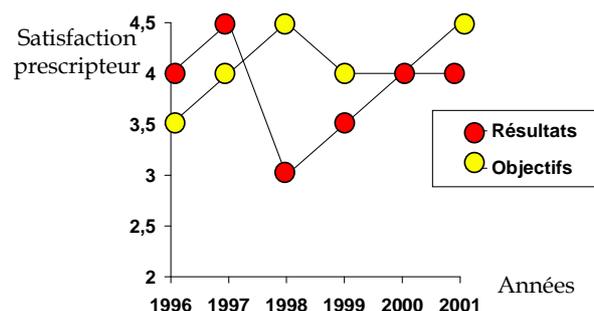


Figure 16 : évolution de la satisfaction



5.1. REFERENTIEL DU PROCESSUS DE DISPENSATION INDIVIDUELLE NOMINATIVE.

Les premiers résultats que vous avez mesurés sont-ils acceptables ? Au commencement de votre démarche qualité totale, vous ne disposez d'aucun référentiel initial puisque vous n'avez pas fixé d'objectif. Vous devrez alors décider, avec vos collaborateurs, et en fonction des attentes des clients, pour chaque indicateur, quels auraient été les objectifs à atteindre. (Tableau 6)

Tableau 6 : exemple de référentiel pour les établissements du groupe Antarès.

Indicateur	Satisfaction		Coût		Efficience du Traitement		Administration	
	Référentiel	Résultat (prescripteurs)	Référentiel	Résultat	Référentiel	Résultat (niveau 0)	Référentiel	Résultat
Hôpital								
A	4	4	10,50 F	10,84 F	0,5%	0,78%	0,5%	14,80%
B	4	5	-	-	-	-	-	-
C	5	4,5	11,50 F	11,85 F	1%	1,48%	0,5%	0%
D	5	4,3	-	-	1%	4,24%	0,5%	20,23%
E	-	-	-	-	1%	1,83%	-	-

Auto-diagnostic. Chaque réponse négative constitue un handicap pour la réalisation de votre projet.

- Disposez-vous d'un référentiel pour apprécier vos résultats finaux ?
- Ce référentiel est construit à partir des attentes des clients ?
- Les acteurs du processus ont-ils activement participé à son élaboration ?

6. IDENTIFIER LES DYSFONCTIONNEMENTS

L'identification des problèmes est une étape décisive de la démarche car c'est le point de départ de votre réflexion sur l'amélioration continue de la qualité.

Chaque écart entre les résultats et le référentiel peut constituer un dysfonctionnement (ou, pour positiver, un gisement de progrès) dont il conviendra de rechercher les origines profondes.

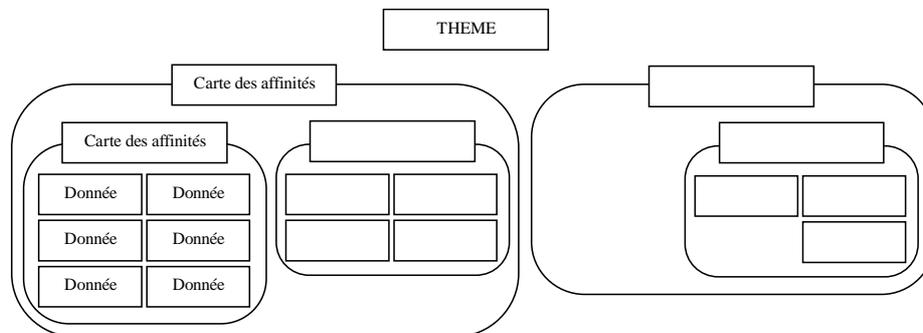
Tous les dysfonctionnements n'ont pas la même importance au regard des risques.

Vous devez donc les hiérarchiser pour traiter en priorité ceux que vous considérez comme les plus graves. Ce choix doit se faire avec la participation active de votre personnel, d'abord parce que les dysfonctionnements doivent être effectivement considérés comme tels par lui, ensuite parce que c'est surtout le personnel qui proposera les solutions.

Si vous ne disposez vraiment d'aucun élément pour identifier et choisir les problèmes, la méthode du "diagramme des affinités" peut vous aider¹⁶.

Elle consiste à regrouper par affinités les suppositions, les idées, les opinions exprimées par le personnel afin de dégager un consensus autour du problème à traiter (Figure 17).

Figure 17 : exemple de diagramme des activités.



Dans le cas, du groupe Antarès, et par rapport à l'exemple de référentiel du Tableau 6, les dysfonctionnements seraient les suivants (Tableau 7).

Tableau 7 : dysfonctionnements à traiter

Hôpital	Dysfonctionnements à traiter
A	Surcoût du processus, fréquence élevée des incidents de niveau 0, fréquence élevée des retours.
B	-
C	Insatisfaction des prescripteurs, surcoût du processus, fréquence élevée des incidents de niveau 0
D	Insatisfaction des prescripteurs, fréquence élevée des incidents de niveau 0, fréquence élevée des retours.
E	Fréquence élevée des incidents de niveau 0

Auto-diagnostic. Chaque réponse négative constitue un handicap pour la réalisation de votre projet.

- Avez-vous identifié les dysfonctionnements à traiter ?
- Les acteurs du processus ont-ils activement participé à l'identification et au choix des dysfonctionnements à traiter ?

¹⁶ La méthode est très bien décrite dans l'ouvrage de Kazuo Ozeki et Tetsuichi Asaka : Les outils de la qualité.

7. DIAGNOSTIQUER LES CAUSES

Le diagnostic des causes des dysfonctionnements constitue une étape critique pour l'amélioration continue de la qualité du processus. En effet, dans l'urgence, on a souvent tendance à vouloir trouver des solutions aux problèmes, avant d'en avoir identifié les causes. Cela aboutit, pour un cadre, à donner des instructions qui ne sont pas respectées, parce qu'elles ne règlent pas le fond du problème et parce qu'il n'y a pas eu appropriation de la solution par les acteurs.

La recherche des causes doit se faire en groupe, avec les acteurs du processus.

D'abord parce qu'il doit y avoir consensus de l'équipe sur les causes des dysfonctionnements pour trouver des solutions recueillant l'adhésion du plus grand nombre.

Ensuite parce qu'un groupe est toujours plus créatif qu'un seul individu.

Toutes les causes possibles doivent être identifiées. L'analyse des résultats intermédiaires obtenus à chaque étape du processus fournit de précieux renseignements pour expliquer les résultats finaux.

En outre, la connaissance des résultats intermédiaires par l'équipe pharmaceutique permet à chacun, à son niveau de responsabilité, à sa place dans la chaîne d'activités, de connaître sa contribution au résultat final.

7.1. LES RESULTATS INTERMEDIAIRES DU PROCESSUS DE DISPENSATION INDIVIDUELLE NOMINATIVE.

Les résultats intermédiaires sont les résultats obtenus à chaque étape du processus. Ils contribuent à former les résultats finaux. Contrairement aux résultats finaux qui correspondent à votre objectif professionnel, la nature des résultats intermédiaires à mesurer sont spécifiques à votre processus.

Les pharmaciens du groupe Antarès ont choisi de s'intéresser aux résultats intermédiaires suivants :

- Les résultats de l'analyse pharmaceutique des ordonnances ;
- Les résultats de la saisie informatique des ordonnances ;
- Les résultats de la répartition des doses à administrer.

7.1.1. RESULTATS DE L'ANALYSE PHARMACEUTIQUE DES ORDONNANCES.

Lors de l'analyse de l'ordonnance, le pharmacien peut être amené à proposer des modifications au prescripteur. Les propositions sont classées en fonction du risque et du type d'incidents évités (voir Tableau 4 page 31). Ces résultats sont utilisés comme indicateur de mesure du résultat final du processus pour apprécier, faute de mieux, l'efficacité du traitement.

Certaines ordonnances peuvent ne pas contenir toutes les mentions obligatoires prévues par les textes (Nom du praticien, signature, nom du malade etc.) ou les précisions indispensables au pharmacien pour la réalisation de son analyse. Ce sont alors des ordonnances non conformes dont la fréquence doit être mesurée.

Les protocoles existant à l'hôpital (protocoles nationaux, décisions du Comité du Médicament...) peuvent ne pas être respectés et cela, sans justification de la part des prescripteurs.

Certaines prescriptions peuvent concerner des produits hors livret thérapeutique alors qu'il n'y a pas eu de négociation préalable avec le pharmacien.

7.1.2. RESULTATS DE LA SAISIE INFORMATIQUE.

L'équipe pharmaceutique peut être appelée à utiliser un logiciel de dispensation (Disporao® , Lauren®, Sauphix® etc.) éditant un plan de soins ou un plan de travail qui va servir au personnel chargé de la répartition des doses.

Des erreurs lors de la saisie informatique peuvent survenir. Elles sont détectées lors du contrôle de l'équipe pharmaceutique ou révélées par les services de soins. Bien évidemment, ce résultat n'est significatif que si l'hôpital dispose d'un système informatique.

7.1.3. RESULTATS DE LA REPARTITION DES DOSES.

Des erreurs de répartition peuvent être détectées lors des contrôles effectués par les préparateurs ou par le service de soins qui les signalent.

Les erreurs seront classées par catégories sur le modèle présenté au Tableau 8.

Tableau 8 : proposition de classement des erreurs de répartition

Catégories.	Signification.
E1 : Erreur sur les quantités.	Quantités supérieures ou inférieures à celles prescrites.
E2 : Erreur sur la nature du médicament.	Spécialité présente et non prescrite.
E3 : Erreur sur la forme galénique	Médicament prescrit mais présent sous une forme galénique erronée.
E4 : Erreur sur le dosage	Médicament prescrit mais présent sous un dosage erroné.
E5 : Erreur de chronologie	Doses réparties de façon erronée.

7.1.4. TABLEAU DE BORD DES RESULTATS INTERMEDIAIRES

Les résultats intermédiaires peuvent être évalués par les indicateurs suivants :

INDICATEURS INTERMEDIAIRES (I)	SIGNIFICATION	SOURCE	PISTES D'ANALYSE
<p>Analyse pharmaceutique des ordonnances</p> <p>I1 : Nombre d'ordonnances ne présentant pas les mentions obligatoires / Nombre d'ordonnances</p> <p>I2 : Nombre d'ordonnances ne respectant pas un protocole / nombre d'ordonnances normalement soumises à un protocole.</p> <p>I3 : Nombre d'ordonnances ne respectant pas le livret thérapeutique / Nombre d'ordonnances</p>	<p>L'indicateur permet d'estimer la fréquence des ordonnances non conformes à la réglementation ou aux besoins du pharmacien pour la réalisation de son analyse</p> <p>L'indicateur permet de connaître le nombre d'ordonnances ne respectant pas un protocole alors qu'elles y sont normalement soumises, le praticien ne motivant pas sa décision. Ce n'est pas la non-application du protocole qui est en cause mais le fait que le prescripteur ne motive pas sa décision.</p> <p>L'indicateur permet de connaître le nombre d'ordonnances comprenant un ou plusieurs produits non inscrits au livret thérapeutique, le praticien ne motivant pas sa décision. La liberté de prescription est respectée, mais le médecin doit justifier sa décision de choisir un produit absent du livret thérapeutique.</p>	<p>Cahier d'incident. Relevé systématique.</p> <p>Cahier d'incident. Relevé systématique.</p> <p>Cahier d'incident. Relevé systématique.</p>	<p>Une variation négative peut signifier une augmentation de la fréquence de conformité des ordonnances.</p> <p>Une variation positive doit inciter à réfléchir à la validité des protocoles et à l'information des prescripteurs.</p> <p>Une variation positive témoigner de l'effort d'information des médecins quant à leurs prescriptions et d'une meilleure considération du pharmacien comme acteur du circuit du médicament..</p>
I4 : Nombre d'erreurs de saisie / nombre d'ordonnances.	L'indicateur mesure la fréquence des erreurs de saisie informatique.	Cahier d'incident. Relevé systématique.	Une variation négative de l'indicateur peut témoigner d'une dégradation de la qualité de la saisie.
<p>I5 : Nombre d'erreurs de répartition par catégorie / nombre d'ordonnances.</p> <ul style="list-style-type: none"> • E1 : Erreur sur les quantités. • E2 : Erreur sur la nature du médicament. • E3 : Erreur sur la forme galénique • E4 : Erreur sur le dosage • E5 : Erreur de chronologie 	L'indicateur mesure la fréquence des erreurs de répartitions	Cahier d'incident. Relevé systématique.	Une variation négative de l'indicateur peut témoigner d'une dégradation de la répartition des doses.

7.1.5. EXEMPLE DE RESULTATS INTERMEDIAIRES

Les pharmaciens du groupe Antarès ont renseigné le tableau de bord des résultats intermédiaires. Voici les résultats obtenus.

INDICATEURS INTERMEDIAIRES (I)	Hôpital A	Hôpital B	Hôpital C	Hôpital D	Hôpital E
Analyse pharmaceutique des ordonnances				-	
I1 : Nombre d'ordonnances ne présentant pas les mentions obligatoires / Nombre d'ordonnances	-	-	3,37%		2,1%
I2 : Nombre d'ordonnances ne respectant pas un protocole / nombre d'ordonnances normalement soumises à un protocole.	-	-	-	-	8,89%
I3 : Nombre d'ordonnances ne respectant pas le livret thérapeutique / Nombre d'ordonnances	4,94%	-	3,16%	-	0,55%
I4 : Nombre d'erreurs de saisie / nombre d'ordonnances.	-	-	1,69%	0,89%	-
I5 : Nombre d'erreurs de répartition par catégorie / nombre d'ordonnances.					
• E1 : Erreur sur les quantités.	-	-	1,48%	1,25%	-
• E2 : Erreur sur la nature du médicament.	-	-	0%	0,53%	-
• E3 : Erreur sur la forme galénique	-	-	0%	0%	-
• E4 : Erreur sur le dosage	-	-	0,21%	0,62%	-
• E5 : Erreur de chronologie	-	-	0,42%	0,44%	-

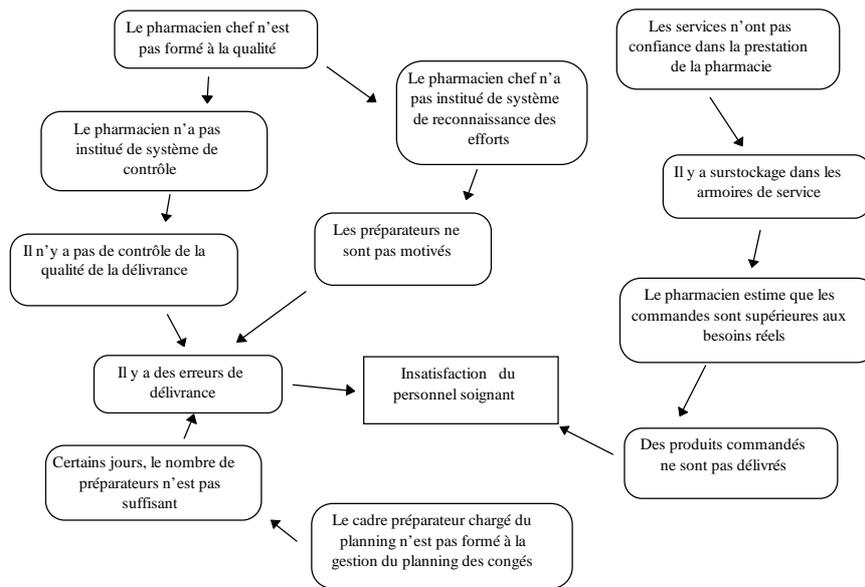
7.2. RECHERCHE DES CAUSES PROFONDES

Ce sont les origines profondes des dysfonctionnements qui doivent être trouvées. L'erreur serait de procéder à une analyse incomplète de la situation et de s'arrêter à une cause superficielle ou primaire alors que la cause originelle du problème demeurerait inconnue.

La méthode des "cinq pourquoi"¹⁷ facilite la recherche. Elle consiste à se poser cinq fois la question "pourquoi" et remonter ainsi à l'origine du problème.

Le résultat de ce travail peut-être présenté dans un "diagramme des relations"¹⁸ (Figure 18).

Figure 18 : exemple de diagramme des relations.



A partir de ce travail, les acteurs du processus pourront construire, pour chaque dysfonctionnement, le diagramme d'Ishikawa¹⁹ ou arbre des causes correspondant.

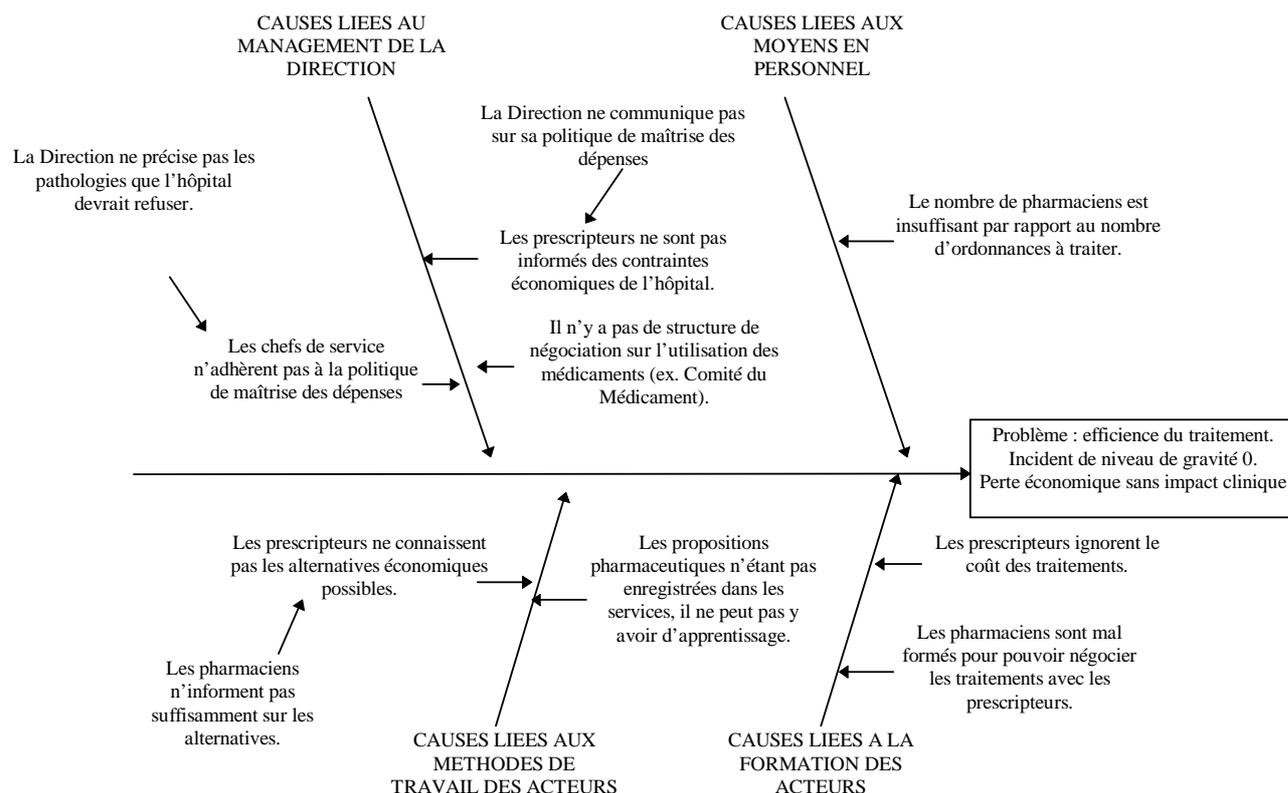
Dans le diagramme d'Ishikawa, les causes sont classées par catégories (voir Figure 19). L'intérêt de cette présentation est essentiellement pédagogique. Elle permet à tous de bien comprendre la problématique.

¹⁷ Voir Taiichi Ohno, Le système Toyota.

¹⁸ voir Kazuo Ozeki et Tetsuichi Asaka : Les outils de la qualité.

¹⁹ Appelé encore diagramme causes-effets, Docteur Kaoru Ishikawa, La gestion de la qualité.

Figure 19 : exemple de diagramme d'Ishikawa



7.3. HIERARCHISATION DES CAUSES

De même que certains dysfonctionnements sont plus graves que d'autres, toutes les causes présentées dans le diagramme d'Ishikawa n'ont pas la même importance.

Selon la loi de Pareto²⁰, ou loi des " 20 / 80 ", les effets négatifs ou positifs ne sont souvent pas proportionnels à leurs causes. Cela signifie que certaines causes engendrent un nombre plus élevé de dysfonctionnements.

Cela signifie aussi que la maîtrise de 20% des causes permettrait de résoudre 80% des dysfonctionnements²¹.

La hiérarchisation des causes a pour objet de définir les causes les plus importantes.

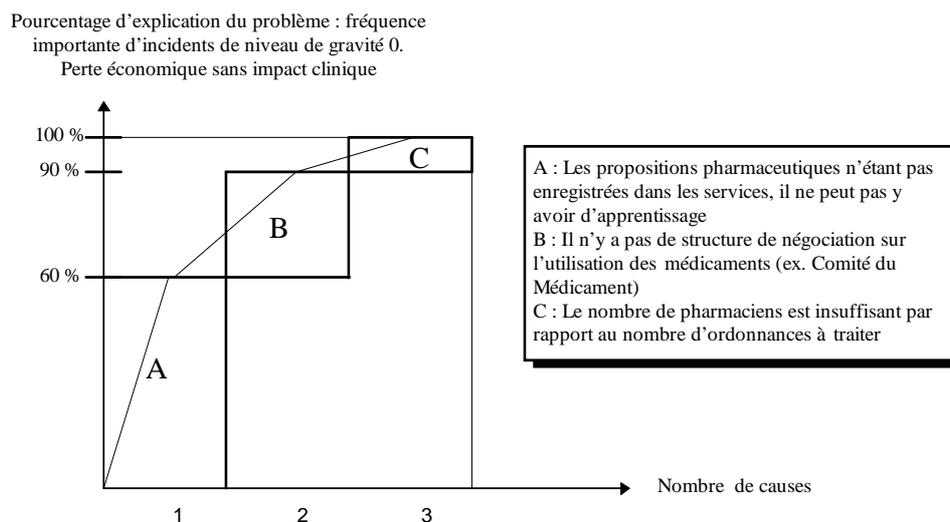
Elle se fait également en groupe, avec les acteurs du processus, car elle détermine des solutions qui doivent absolument recueillir l'adhésion de tous, pour pouvoir être mises en œuvre.

Le résultat de ce travail est présenté dans un diagramme de Pareto (voir exemple Figure 20). Dans cet exemple, et dans l'hôpital considéré, la mise en place d'un système d'enregistrement des recommandations pharmaceutiques dans les services de soins permettrait de supprimer 60% des incidents de niveau 0.

²⁰ Vilfredo Pareto, économiste italien, (1848-1923)

²¹ D'après Stéphanie Garnier, L'audit de la qualité des processus.

Figure 20 : Exemple de diagramme de Pareto



Auto-diagnostic. Chaque réponse négative constitue un handicap pour la réalisation de votre projet.

- Avez-vous identifié et mesuré les résultats intermédiaires de votre processus ?
- Les acteurs du processus ont-ils participé activement à ce travail ?
- Les résultats sont-ils diffusés et connus ?
- Avez-vous identifié les causes profondes de chaque dysfonctionnement que vous avez choisi de traiter ?
- Les acteurs du processus ont-ils participé activement à la recherche ?
- Avez-vous hiérarchisé les causes des dysfonctionnements ?
- Les acteurs du processus ont-ils activement participé à ce travail ?

8. RECHERCHER LES SOLUTIONS

La recherche des solutions est facilitée quand les causes des dysfonctionnements sont bien identifiées.

Cette recherche doit absolument se faire en groupe avec les acteurs du processus, pour que les solutions soient appliquées.

L'objectif n'est pas de trouver la solution idéale, mais celle qui recueille l'adhésion des acteurs et des clients.

Certaines causes échappant à la maîtrise de la pharmacie, les solutions correspondantes pourront être plus difficiles à appliquer.

Dans notre exemple de la Figure 20, la fréquence des incidents de niveau zéro était expliquée par trois causes principales.

- L'absence d'enregistrement des propositions pharmaceutiques dans les services.
- L'absence de structure de négociation sur l'utilisation des médicaments.
- Le nombre insuffisant de pharmaciens par rapport au nombre d'ordonnances.

Un enregistrement des propositions pharmaceutiques permettrait aux autres prescripteurs de bénéficier d'une information délivrée à l'un d'entre eux lors de l'analyse d'une ordonnance, et au pharmacien d'éviter de refaire les mêmes propositions à plusieurs prescripteurs différents.

Un tel système n'est malheureusement pas du seul ressort de l'équipe pharmaceutique qui devra se contenter de sensibiliser les chefs de services et la direction générale au problème.

C'est au sein du Comité du Médicament que peuvent se dégager des consensus sur une meilleure utilisation des ressources. Mais l'existence et le fonctionnement d'un Comité du Médicament ne relèvent pas de la seule responsabilité du pharmacien. Ce dernier ne doit cependant pas rester inactif et doit amener progressivement les médecins à faire preuve de plus de transparence dans leurs pratiques et à négocier avec leurs confrères des traitements plus efficaces.

Si les hôpitaux disposent d'un référentiel national sur le coût du processus par ordonnance, le pharmacien disposera d'un argument de négociation non négligeable si par ailleurs, son coût par ordonnance est inférieur à la base nationale. Sinon, l'analyse de l'organisation d'un autre établissement dont le coût est identique mais dont les résultats sont meilleurs peut être riche d'enseignements.

La mise en oeuvre des solutions doit s'accompagner de la fixation de nouveaux objectifs qui sont intégrés dans le référentiel pour la période à venir. Et le cycle continue...

Auto-diagnostic. Chaque réponse négative constitue un handicap pour la réalisation de votre projet.

- Les solutions ont-elles été trouvées à partir d'une analyse des causes ?
- Les acteurs du processus ont-ils participé activement à la recherche des solutions ?
- Avez-vous fixé de nouveaux objectifs pour la période à venir ?
- Ces objectifs sont-ils diffusés et connus ?

***PARTIE III : COMMENT PERENNISER LA
DEMARCHE QUALITE TOTALE, LE SYSTEME
QUALITE TOTALE***

Vous connaissez maintenant les résultats finaux de votre processus, vous êtes donc en mesure d'apprécier votre performance. En améliorant régulièrement la qualité de votre prestation, vous pourrez gagner progressivement la confiance, la reconnaissance et le soutien de vos clients.

La démarche qualité que vous avez initiée, doit pour cela être pérennisée, au risque, non seulement de devoir abandonner votre objectif professionnel, mais aussi de voir le climat social de votre service et votre réputation chez vos clients se dégrader. En effet, par l'importance des changements dans les méthodes de management qu'elle implique et des attentes suscitées, la démarche qualité ne souffre pas de retour en arrière.

Le Juran Institute²² a très bien analysé les freins à la réussite d'un projet qualité totale à l'hôpital à partir de l'expérience du National Demonstration Project (NDP). L'article est disponible sur Internet à l'URL <http://www.juran.com/juran/articleindex.html> sous le titre "How Quality Management Really Works in Health Care".

Pour vous aider à pérenniser votre démarche et à convaincre vos clients, nous décrivons maintenant les principaux systèmes à mettre en oeuvre et à entretenir au sein du Système Qualité Totale de la pharmacie. Toutes les mesures prises en faveur de la qualité seront formalisées dans le Manuel Qualité.

1. SYSTEME MARKETING

Vous devez suivre et anticiper en permanence les critères de qualité des clients et des acteurs du processus.

Ces critères évoluent avec les attentes, les besoins et les contraintes des intéressés.

Une mise à jour régulière des critères est donc indispensable.

Par exemple, le questionnaire de satisfaction des médecins concernant la DIN présenté page 27 a été construit sur la base d'entretiens individuels menés avec différents prescripteurs.

Ces derniers avaient manifesté leur intérêt principalement pour :

- La sécurité ;
- Les propositions des pharmaciens ;
- Le respect de la liberté de prescription ;
- L'information fournie par l'équipe pharmaceutique ;
- La charge de travail du personnel infirmier dans le service.
- L'influence sur la maîtrise des dépenses.

Toutes les mesures qui vous permettent de suivre et d'anticiper les critères de qualité (enquêtes, entretiens etc.) constituent le système marketing.

2. SYSTEME DE RESPONSABILITES

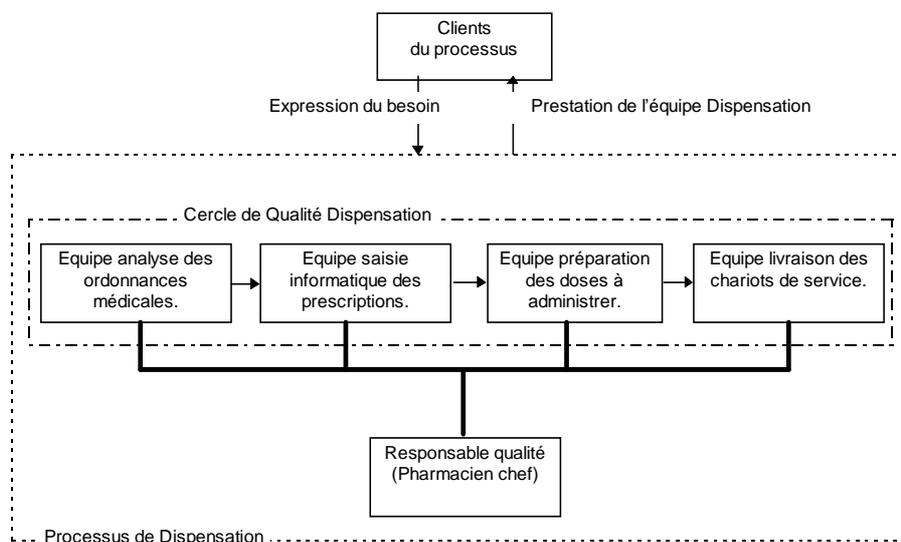
La responsabilité, l'autorité et les relations entre les personnes qui dirigent, exécutent et vérifient des tâches qui ont une incidence sur la qualité doivent être définies par écrit²³.

²² Blan Godfrey, Don Berwick, Jane Roessner

²³ ISO 9001 / 4.1.2.1

Vous devez établir l'organigramme de votre service (voir exemple Figure 21). L'organigramme est orienté clients. Il permet à chaque acteur de se situer dans la chaîne de responsabilités qu'est le processus.

Figure 21 : exemple d'organigramme



Vous devez rédiger les définitions de postes des acteurs du processus.

Une définition de poste contient notamment la finalité du poste, son descriptif, les savoir-faire nécessaires, les aptitudes requises, les relations hiérarchiques et fonctionnelles, les difficultés liées au poste, les moyens nécessaires etc.

Les définitions de postes sont réalisées à partir d'entretiens menés avec les acteurs eux-mêmes. La direction des ressources humaines de votre hôpital dispose généralement de personnel compétent pour vous accompagner dans cette tâche.

A titre d'exemple, la définition du poste de responsable qualité du service pourrait être la suivante :

Le responsable qualité du service est un pharmacien. Il bénéficie d'une délégation de pouvoirs dans les limites fixées par le chef de service.

Il est le garant de la politique qualité du service. Il s'assure que cette politique est comprise, mise en oeuvre et entretenue à tous les niveaux du service.

Il sélectionne le personnel en fonction de son aptitude à répondre aux critères d'une définition de poste donnée. Il s'assure de la bonne compréhension des tâches à accomplir, des objectifs à atteindre et de la manière dont ils affectent la qualité.

Il met en oeuvre les moyens nécessaires à l'obtention du niveau de qualité prédéterminé. Il fournit des conditions de travail qui suscitent l'excellence et des relations de travail stables.

Il donne à chacun des individus au sein du service la possibilité de se réaliser grâce à des méthodes de travail cohérentes et créatives en leur offrant de plus larges possibilités de participation.

Il établit et tient à jour les procédures pour maîtriser et vérifier la qualité afin d'assurer que les exigences spécifiées sont satisfaites.

Il cherche à concilier les impératifs de la qualité et la nécessité de ne pas augmenter le coût de revient.

Il rédige et tient à jour le manuel qualité.

Il est responsable de l'application des procédures.

Il recherche la motivation du personnel placé sous sa responsabilité. Il vérifie que tout le personnel se sent concerné et qu'il a une influence sur la qualité du service fourni aux clients.

Il contribue à inculquer un esprit " qualité " auprès de l'ensemble du personnel du processus. Il suscite toutes études de nature à atteindre l'objectif " qualité totale ".

Il reconnaît et accorde la considération à toute action qui contribue à améliorer la qualité.

Il crée des programmes de formation visant à remettre à niveau les compétences du personnel.

Il crée un programme de sensibilisation à la qualité pour les nouveaux arrivants ;

- Il évalue périodiquement les facteurs qui incitent le personnel à fournir la qualité du service ;
- Il évalue les performances du personnel afin de mesurer ses besoins et son potentiel en matière d'évolution.
- Il rend compte au chef de service ou au représentant de celui-ci.

3. SYSTEME D'OBJECTIFS

Vous devez définir et consigner par écrit la politique de la pharmacie en matière de qualité²⁴. La politique qualité introduit le manuel qualité. Elle doit être acceptée, diffusée et connue.

Les points suivants pourront être développés²⁵ :

- Le niveau de service devant être fourni ;
- L'image et la réputation de la qualité de la pharmacie ;
- Les objectifs qualité du service ;
- La façon de procéder pour atteindre les objectifs qualité ;
- Le rôle du personnel chargé de la mise en oeuvre de la politique qualité.

La définition de la politique qualité exige l'identification des finalités et des buts essentiels pour fixer des objectifs qualité.

Les buts essentiels doivent au moins comprendre²⁶ :

- La satisfaction du client, compatible avec les normes et l'éthique professionnelles ;
- L'amélioration permanente du service ;
- La prise en compte des exigences de la société et de l'environnement ;
- L'efficacité de la prestation de service.

La politique qualité doit être révisée régulièrement. Les normes étrangères d'accréditation imposent généralement une fréquence triennale.

A l'issue de l'analyse des résultats finaux, vous fixez les objectifs pour la période suivante. Ces objectifs sont formalisés dans les contrats d'objectifs individuels ou par équipe.

Le contrat d'objectif est le document par lequel le pharmacien précise à ses collaborateurs les objectifs à atteindre pour la période. Il est signé par le ou les intéressés. Il sert de base à l'évaluation du personnel.

4. SYSTEME DOCUMENTAIRE

Vous devez entretenir un système comprenant tous les documents relatifs à la maîtrise et l'amélioration de la qualité dans le service. Ce seront notamment :

- La manuel qualité ;
- Les procédures ;
- Les comptes-rendus de groupes de travail ou cercles de qualité ;

²⁴ Cf. Politique Qualité dans ISO 9001 4.1.1, ISO 9004-2 5.2.2, NF X50-161 5.0.2

²⁵ ISO 9004-2 / 5.2.2

²⁶ Cf ISO 9004-2 / 5.2.3

- Les résultats de questionnaires d'enquêtes ;
- Les comptes-rendus de revues de direction ;
- Les tableaux de bord et indicateurs ;
- Les cahiers d'incidents etc.

Le manuel qualité²⁷ comprend la politique qualité et décrit les principales dispositions adoptées à chaque étape du processus pour maîtriser et améliorer la qualité. Il fait références aux procédures.

Vous devez établir des procédures écrites cohérentes avec les exigences des normes en vigueur et avec la politique qualité que vous avez formulée²⁸. Elles sont révisées régulièrement.

Elles décrivent la façon dont les tâches et les opérations du processus sont réalisées.

Un logigramme, sur l'exemple de la Figure 22, viendra illustrer la partie descriptive de la procédure.

Les procédures peuvent être communiquées à vos clients qui veulent s'assurer des dispositions que vous avez prises pour maîtriser et améliorer la qualité.

A l'instar des normes de la certification ISO 9000, les normes de l'accréditation préciseront certainement les procédures obligatoires.

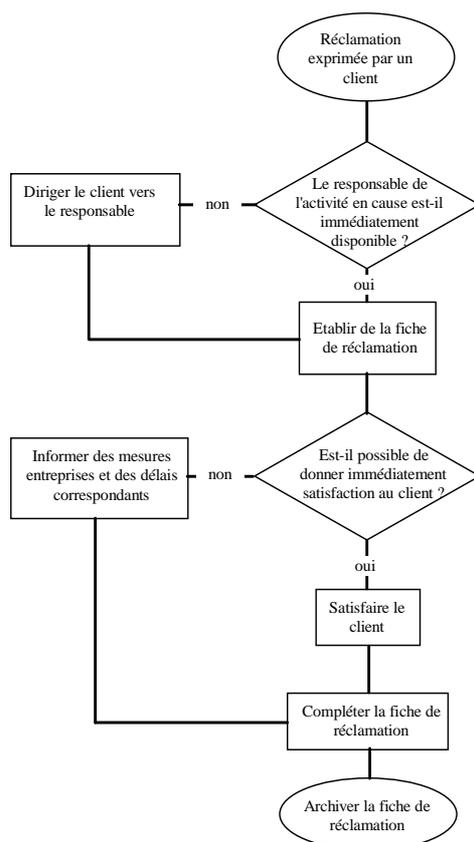
Pour la dispensation, au moins les procédures suivantes devraient être rédigées :

- Procédure pour le recueil des attentes clients ;
- Procédure pour l'analyse pharmaceutique des ordonnances ;
- Procédure pour la préparation et le contrôle des doses à administrer ;
- Procédure pour la mesure des résultats ;
- Procédure pour le traitement des réclamations des clients ;
- Procédure pour l'amélioration de la qualité.

²⁷ La norme NF X 50-161 donne des conseils pour la rédaction du manuel qualité.

²⁸ ISO 9001 / 4.2.2 Accreditation Manual for Hospitals, pharmaceutical Services. PH.4 (U.S.A)

Figure 22 : exemple de procédure de traitement de réclamation des clients



Chaque incident constaté à tous les niveaux du processus est systématiquement consigné dans un cahier d'incidents. L'utilisation de cahiers d'incidents (voir modèle au Tableau 9) permettra de conserver la trace des incidents survenus au cours de la période et facilitera le renseignement des tableaux de bord.

Tableau 9 : modèle de cahier d'incidents

Date de l'incident	Nature de l'incident	Mesure correctrice adoptée	Conséquences de l'incident pour les acteurs et les clients

5. SYSTEME DE MANAGEMENT

Parce qu'ils sont sur le terrain, les acteurs du processus sont plus aptes que vous à trouver les solutions aux dysfonctionnements. Vous avez donc tout intérêt à déléguer à votre personnel une partie des prérogatives que vous croyez vôtres.

Ce passage du rôle de cadre "directif" à celui de cadre "facilitateur" n'est pas forcément facile à vivre, à la fois pour le cadre lui-même, habitué souvent aux relations purement hiérarchiques et à la fois pour ses collaborateurs, habitués à une marge de manoeuvre très réduite. Concernant ce "nouveau" rôle du cadre, nous vous recommandons la lecture du Chaos Management de Tom Peters²⁹.

²⁹ Tom Peters, Le chaos management.

La mise en place de cercles de qualité, avec les acteurs seuls, ou de groupes de progrès, avec la participation de l'encadrement, constitue un bon moyen de déléguer le pouvoir de façon constructive.

De plus, cela va favoriser l'implication des acteurs dans la démarche qualité à la pharmacie.

Concept japonais inspiré par le Dr Ishikawa, le cercle de qualité est un groupe permanent et homogène composé de 2 à 6 volontaires d'une même unité organique³⁰.

Le cercle se réunit régulièrement pour identifier, analyser et résoudre les problèmes de son choix concernant la qualité, la sécurité, la productivité, les conditions de travail etc. qui sont constatés dans le service.

Les solutions sont soumises pour décision au responsable hiérarchique concerné.

Contrairement au cercle de qualité, le groupe de progrès se réunit sur l'initiative de l'autorité hiérarchique, comprend également des cadres du service et a une durée de vie généralement limitée à un projet.

La réussite de la mise en place de cercles de qualité est conditionnée par un environnement managérial adapté.

6. SYSTEME DE CONTROLE

En mettant le processus sous qualité, vous le mettez sous contrôle, au sens anglo-saxon : monitoring.

Mettre sous contrôle signifie connaître ses résultats, pouvoir les expliquer et les améliorer. Pour cela, vous utilisez des cahiers d'incidents, des indicateurs, des tableaux de bord. La partie précédente du guide y a été largement consacrée, nous n'y reviendrons pas.

Il faut cependant insister sur les quelques caractéristiques de ce contrôle.

Il doit être préétabli et systématique.

Préétabli, parce que vous devez en prévoir et en organiser les modalités qui seront décrites dans la procédure adéquate.

Par exemple, vous décidez des périodes et des durées de mesure des indicateurs, des époques de distribution des questionnaires d'enquête ou de réalisation des entretiens avec les clients.

Systématique, parce que vous ne devez pas déroger aux règles que vous avez fixées. Systématique ne signifie pas forcément permanent.

En outre, il vous revient d'effectuer régulièrement des revues de direction.

Ces revues de direction consistent non seulement à vérifier que toutes les mesures prévues dans le système qualité totale et décrite dans le manuel qualité sont appropriées et efficaces, mais aussi qu'elles sont effectivement appliquées sur le terrain.

7. SYSTEME DE RECONNAISSANCE

Vous devez récompenser les efforts et les résultats obtenus de vos collaborateurs en faveur de l'amélioration continue de la qualité.

Bien que le statut de la fonction publique en général et la gestion des ressources humaines à l'hôpital en particulier ne favorise traditionnellement pas cette démarche, elle est pourtant primordiale pour motiver les acteurs du processus.

L'expérience issue du secteur privé démontre, si besoin était, que sans motivation et implication du personnel, l'engagement dans la démarche qualité est impossible.

Moins sujette à caution, la reconnaissance collective, par équipe, sera préférée à la reconnaissance individuelle. Les récompenses pécuniaires ne sont pas les seules envisageables, ni même d'ailleurs les seules attendues. Lors des entretiens d'évaluation, vous pourrez interroger vos collaborateurs sur les signes de reconnaissance qu'ils attendent et solliciter leur créativité.

³⁰ Pour en savoir plus, lire Gilbert Raveleau, Les cercles de qualité français.

Dans ce domaine, pourquoi ne pas envisager dès maintenant des échanges de personnel avec d'autres hôpitaux, des repas de groupe, des invitations à des séminaires, une participation à des formations spécifiques, la rédaction d'articles dans des revues professionnelles, des récompenses honorifiques attribuées par le Président du Conseil d'Administration et le Directeur de votre établissement etc.

Les acteurs du processus seront informés lors de la signature des contrats d'objectifs des récompenses prévues en fin de période. Ces dernières seront attribuées sur des bases connues dès le départ.

A l'avenir, on ne peut que souhaiter qu'une concertation avec tous les acteurs et les partenaires sociaux se développe sur ce thème dans de nombreux hôpitaux

Auto-diagnostic. Chaque réponse négative constitue un handicap pour la réalisation de votre projet.

- Avez-vous mis en place un système permettant de suivre et d'anticiper les attentes des clients et du personnel ?
- Avez-vous établi l'organigramme du service ?
- Est-il diffusé et connu ?
- Avez-vous rédigé les définitions de poste ?
- Ce travail a-t-il été réalisé avec les acteurs ?
- Avez-vous formalisé la politique qualité du service ?
- Est-elle diffusée et connue ?
- Avez-vous mis en place des contrats d'objectifs avec vos collaborateurs ?
- L'évaluation de vos collaborateurs est-elle en partie basée sur ces contrats ?
- Avez-vous rédigé les procédures nécessaires à la maîtrise et à l'amélioration de la qualité ?
- Le personnel a-t-il participé à cette opération ?
- Les procédures sont-elles diffusées et connues ?
- Utilisez-vous des cahiers d'incidents ?
- Disposez-vous d'un manuel qualité ?
- Y a-t-il un ou plusieurs cercles de qualité actifs à la pharmacie ?
- Disposez-vous d'un système de contrôle ?
- Effectuez-vous des revues de direction ?
- Disposez-vous d'un moyen de récompenser les efforts et les résultats en faveur de l'amélioration continue de la qualité ?
- Est-il diffusé et connu ?

INDEX ALPHABETIQUE

—A—

accréditation 7; 9; 14; 19; 20; 21; 49; 50; 56; 57; 59
amélioration continue 11; 16; 37; 38; 52
assurance qualité 9; 14; 15; 56

—B—

buts 11; 49

—C—

cahier d'incidents 32; 51
cercle de qualité 52
certification 9; 14; 15; 50; 56; 58; 59
client 9; 11; 14; 22; 24; 25; 26; 49; 56; 59
contrats d'objectifs 49; 53
critères de qualité 47

—D—

définition de poste 48
diagnostic 8; 15; 21; 23; 24; 35; 36; 37; 38; 44; 45; 53
dispensation 1; 7; 11; 12; 14; 19; 21; 22; 23; 24; 25; 27;
29; 32; 50; 57; 58
dysfonctionnement 31; 37; 42

—F—

finalité 11; 22; 23; 24; 30; 31; 35; 48; 49
fournisseur 14

—I—

indicateur 9; 15; 16; 30; 31; 32; 33; 35; 36; 38; 40; 56

—L—

logigramme 50

—M—

manuel qualité 48; 49; 50; 52; 53
marketing 47; 58
mise sous qualité 7; 8; 15; 16; 18; 19

—N—

normes 14; 17; 21; 49; 50; 56; 57

—O—

objectifs qualité 49
organigramme 11; 48; 53

—P—

politique qualité 48; 49; 50; 53
procédure 48; 50; 51; 52; 56

—Q—

qualité totale 7; 10; 14; 15; 20; 21; 36; 47; 49; 57

—R—

référentiel 14; 16; 17; 35; 36; 37; 45
résultats finaux 11; 15; 16; 23; 24; 25; 32; 33; 34; 35; 36;
38; 47; 49
résultats intermédiaires 35; 38; 40; 41; 44
revues de direction 50; 52; 53

—S—

satisfaction 11; 12; 13; 15; 24; 25; 26; 27; 28; 29; 32;
33; 35; 36; 47; 49; 57; 58
système qualité 8; 14; 52

—T—

tableau de bord 16; 25; 32; 33; 35; 41

INDEX DES FIGURES

FIGURE 1 : ORGANIGRAMME HIERARCHIQUE = APPROCHE VERTICALE ; PROCESSUS = APPROCHE TRANSVERSALE. .	11
FIGURE 2 : REPRESENTATION SCHEMATIQUE D'UN PROCESSUS	12
FIGURE 3 : EXEMPLE D'UN PROCESSUS DE DISPENSATION.....	12
FIGURE 4 : QUALITE ET SATISFACTION GLOBALE.....	13
FIGURE 5 : QUALITE ET COUTS.....	13
FIGURE 6 : QUALITE ET CONCURRENCE.....	13
FIGURE 7 : LA BOUCLE DE LA QUALITE.....	14
FIGURE 8 : LES ETAPES DE LA METHODOLOGIE DE MISE SOUS QUALITE DES PROCESSUS.	16
FIGURE 9 : QUALITE ET MESURE	17
FIGURE 10 : LES CLIENTS DU PROCESSUS DE DISPENSATION ET LEURS ATTENTES	22
FIGURE 11 : EXEMPLE DE PROCESSUS DE DISPENSATION INDIVIDUELLE NOMINATIVE INFORMATISEE	23
FIGURE 12 : EFFET MIROIR.....	26
FIGURE 13 : EXEMPLE DE CORRELATION ENTRE DEUX RESULTATS	30
FIGURE 14 : MAITRISE DE LA QUALITE DU PROCESSUS	35
FIGURE 15 : EVOLUTION DU COUT DU PROCESSUS	36
FIGURE 16 : EVOLUTION DE LA SATISFACTION	36
FIGURE 17 : EXEMPLE DE DIAGRAMME DES ACTIVITES.	37
FIGURE 18 : EXEMPLE DE DIAGRAMME DES RELATIONS.....	42
FIGURE 19 : EXEMPLE DE DIAGRAMME D'ISHIKAWA	43
FIGURE 20 : EXEMPLE DE DIAGRAMME DE PARETO.....	44
FIGURE 21 : EXEMPLE D'ORGANIGRAMME	48
FIGURE 22 : EXEMPLE DE PROCEDURE DE TRAITEMENT DE RECLAMATION DES CLIENTS.....	51

INDEX DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : TABLEAU DESCRIPTIF DU PROCESSUS.....	24
TABLEAU 2 : EXEMPLE DE TABLEAU DE BORD DES RESULTATS FINAUX - PROCESSUS DE DISTRIBUTION GLOBALE SANS ORDONNANCE	25
TABLEAU 3 : EXEMPLE DE CALCUL DU COUT DE LA DIN PAR ORDONNANCE	30
TABLEAU 4 : ECHELLE DES RISQUES.	31
TABLEAU 5 : TABLEAU DE BORD DES RESULTATS FINAUX DU GROUPE ANTARES	34
TABLEAU 6 : EXEMPLE DE REFERENTIEL POUR LES ETABLISSEMENTS DU GROUPE ANTARES.....	36
TABLEAU 7 : DYSFONCTIONNEMENTS A TRAITER	37
TABLEAU 8 : PROPOSITION DE CLASSEMENT DES ERREURS DE REPARTITION	39
TABLEAU 9 : MODELE DE CAHIER D'INCIDENTS	51

Réponses au test

1. Le processus est la description de la façon d'accomplir une tâche ou une activité.

Faux. La définition donnée est celle de la procédure. Pour la définition du processus, voir page 11

2. Le nombre de préparateurs à la pharmacie est un bon indicateur des moyens humains dont dispose la service.

Faux. C'est une donnée qui ne permet pas de tirer de conclusion. Le nombre de préparateurs par rapport au nombre d'ordonnances traitées, ou de lits, sont des indicateurs. Voir page 16

3. La mise à la disposition des services d'un coursier de la pharmacie pour les médicaments urgents reflète un niveau élevé de qualité de service.

Faux. C'est une solution à un problème qui n'a pas été analysé. La qualité est relative aux attentes des clients. La préoccupation des services est de ne pas avoir de besoins urgents. Voir page 25.

4. L'assurance qualité consiste à garantir au client la qualité des résultats de la prestation fournie.

Faux. L'assurance qualité consiste à garantir au client qu'un certains nombre de moyens décrits dans des normes sont effectivement mis en oeuvre. Voir page 14.

5. La certification, ou l'accréditation, est la reconnaissance accordée aux organisations qui se sont engagées dans une démarche qualité.

Faux. C'est la reconnaissance que l'organisation respecte les exigences de normes de la certification, ou de l'accréditation. Voir page 14.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET DOCUMENTAIRES

Internet

- Association Française pour l'Assurance Qualité, <http://www.rever.fr/AFAQ/default.html>
- Critères du Malcolm Baldrige Award, http://www.quality.nist.gov/docs/96_crit/awdcrit.htm
- Critères du Prix Européen de la Qualité - EFQM, <http://www.efqm.org/model.htm>
- Deming Institute, <http://www.deming.org/>
- Institut National de la Qualité (Canada), <http://www.nqi.com/french/>
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, <http://www.jcaho.org>
- Juran Institute, <http://www.juran.com/juran/>
- Normes de qualité pour l'accréditation des centres de traitement et de réadaptation, <http://www.hospvd.ch/public/isp>
- Prix Canada pour l'Excellence, <http://www.nqi.com/french/>
- Pro Consult home page, Bibliographie qualité et problématique de l'accréditation <http://members.aol.com/cnslt/hello.htm>

Normes et codes

- American Society of Health-System Pharmacists, Practice Standards of ASHP, 1995-96.
- Code de la Santé Publique.
- Gérer et assurer la qualité, recueil de normes, Afnor, 1994.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Accreditation Manual for Hospital, 1993.
- Secrétariat d'Etat chargé de la Santé, Pratiques de bonne dispensation des médicaments en milieu hospitalier, Fascicule spécial N°86/11 bis.

Ouvrages et thèses

- Baruche J.P., La qualité du service dans l'entreprise, satisfaction et rentabilité, Editions d'Organisation, 1992.
- Bellaïche Michel, Qualité de service, L'approche ISO 9000, Afnor, 1995.
- Camp Robert C., Le Benchmarking, Editions d'Organisation, 1992.
- Candau Pierre, L'audit social, Vuibert Gestion, 1985.
- Cérutti Olivier et Gattino Bruno, Indicateurs et tableaux de bord, Afnor Gestion, 1992.
- Chedru Valérie, Implication du pharmacien hospitalier dans la gestion du risque thérapeutique, Thèse, Doctorat d'Etat en Pharmacie, Université de Reims, 1994.
- Collet D. Lausier P. Ollivier D., Objectif zéro défaut, mesure et qualité totale dans le tertiaire, Editions ESF, 1991.
- Crozier Michel, L'entreprise à l'écoute, Interéditions, 1989.
- D'Herbemont Olivier, La stratégie du projet latéral, Dunod, 1996.
- De Singly François, L'enquête et ses méthodes : le questionnaire, Nathan Université, 1992.
- Docteur Kaoru Ishikawa, La gestion de la qualité, outils et applications, Dunod, 1984.
- Fessler J.M. et Geoffroy L.R., L'audit à l'hôpital, Editions ESF, 1988.
- Fisher Roger et Ury William, Comment réussir une négociation, Seuil, 1982.

Garnier Stéphanie, L'audit de la qualité des processus : méthode et application, Mémoire, DESS, I.A.E. Aix-en-Provence, 1992/93.

Harrington H.J., Le coût de la non qualité, Eyrolles, 1990.

Harvatopoulos Yannis, Livian Yves-Frédéric et Sarnin Philippe, L'art de l'enquête, Eyrolles, 1989.

Henry A. et Monkam Daverat I., Rédiger les procédures de l'entreprise, Editions d'Organisation, 1994.

Horovitz Jacques, La qualité de service, Interéditions, 1987.

Imai Masaaki, Kaizen : La clé de la compétitivité japonaise, Eyroles, 1989.

Kourilsky-Belliard F. Du désir au plaisir de changer, comprendre et provoquer le changement. Interéditions, 1995.

Lamprecht James L., ISO 9000 et les services, Afnor, 1995.

Lepaux Dominique-Jeanne, Assurance-qualité thérapeutique et évaluation, guide méthodologique, Association AQTE, 1994.

Livre blanc de la pharmacie hospitalière française, SYNPREFH, 1994

Nardone G. Watzlawick P. L'art du changement, thérapie stratégique et hypnothérapie sans transe, L'Esprit du temps, Psychologies, 1993.

Ozeki Kazuo et Asaka Tetsuichi, Les outils de la qualité, Afnor Gestion, 1992.

Périgord Michel, Les parcours de la qualité : démarches et outils, Afnor Gestion, 1993.

Peters Tom, Le chaos management, Interéditions, 1990.

PME - PMI : la démarche qualité, Afnor, 1992.

Raveleau Gilbert, Les cercles de qualité français, Entreprises Moderne d'Édition, 1984.

Souvay Pierre, Les tables statistiques mode d'emploi, Afnor, 1994.

Watzlawick P. Weakland J. Fisch R. Changements, paradoxes et psychothérapie, Seuil, Points Essais, 1975.

Publications

Alluard E., L'évaluation en milieu hospitalier, définitions et enjeux, Gestions Hospitalières N° 326, Mai 1993.

Azenet Sandrine, La qualité dans la Santé, Qualité en Mouvement N°23, Décembre 1995.

Ballantyne David, Christopher Martin, Payne Adrian, Conduire et mesurer la qualité du service, pour une approche complète, Décisions Marketing N°2, Mai-Août 1994.

Bass Nathalie, L'hôpital à l'écoute de ses clients, Gestions Hospitalières N°331, Décembre 1993.

Boiteux Anne, L'hôpital à l'épreuve de l'évaluation socio-économique, Le Pharmacien Hôpital, Juillet-Août 1994.

Bonnici Bernard, La maîtrise des dépenses de santé, réflexions sur la problématique, Revue de Droit Sanitaire et Social, Juillet 1993.

Boss Jean-François, Pourquoi la satisfaction des clients ? Revue Française de Marketing N°144-145, 1993.

Brunel, Robelin, Etude comparative de deux méthodes de dispensation des médicaments, Journal de Pharmacie Clinique vol.14 N°4, Déc.1995.

Candau P. et Mayeur C., L'évaluation de la qualité des projets tertiaires : modèle et applications, I.A.E. Aix-en-Provence, Etudes et documents, série Recherche, 1993.

Candau Pierre, Ne ratez pas votre certification, mettez-la sous qualité ! Qualité en mouvement N°24, Janvier-Février 1996.

Chéron Jean-Marc, Dispensation des médicaments à l'hôpital : le code de déontologie relance le dossier, Les Nouvelles Pharmaceutiques N°102, 21/12/95.

Claudon Jacques et Danon Jérôme, L'orientation-client est une vraie rupture. L'Expansion Management Review, Hiver 1994.

Claveranne Jean-Pierre, Le management par projet à l'hôpital, Revue Française de Gestion, Juin-Juillet-Août 1996.

Collins James C. et Poras Jerry I., Building your company's vision, Harvard Business Review, Septembre-Octobre 1996.

Coquidé Patrick, Hôpitaux : six trouvailles pour dépenser moins, l'Expansion, 21/04/94.

De Kervasdoué Jean, Réforme hospitalière : la gestion Canada Dry ? Revue Française de Gestion, Juin-Juillet-Août 1996.

De Pourville Gérard, Hôpitaux : la double contrainte, Revue Française de Gestion, Juin-Juillet-Août 1996.

Dossier sur la santé, Revue française de Gestion, Juin - Juillet- Août 1996.

Indicateurs et outils de la qualité, Dossier de Gestions Hospitalières N°356, Mai 1996.

Juste Michel, L'analyse d'ordonnance, Centre Hospitalier d'Eprenay, 1996.

Kotler Philip, Dubois Bernard, Satisfaire la clientèle à travers la qualité, le service et la valeur, Revue Française de Marketing N°144-145, 1993.

L'hôpital, enjeux politiques et réalités économiques, La Documentation Française, 1992.

La démarche qualité à l'hôpital. Normes ISO, qualité, certification. Technologie Santé N°20, Décembre 1994.

La nouvelle donne de la Santé, Analyse Financière N°102, Mars 1995.

La pharmacie hospitalière, une fonction en évolution, Dossier de Gestions Hospitalières N°357, Juin-Juillet 1996.

Leape et al, System analysis of adverse drug events, JAMA vol 274 N°1, Juillet 1995

Maréchal Nadège, L'appréciation du service hospitalier, Gestions Hospitalières N°331, Décembre 1993.

Maugin Denis, Rationalisation des dépenses de médicaments : intérêt des avis pharmaceutiques, Gestions Hospitalières, Juin Juillet 1996.

Nickman, Guerrero, Bair, Self-reported work-sampling methods for evaluating pharmaceutical services, American Journal of Hospital Pharmacy vol 47, Jul 1990.

Oncken Jr William, Wass Donald L., Le cadre et son temps : cherchez le singe ! Harvard l'Expansion, Hiver 1987-88.

Parrot Jean, La responsabilité pharmaceutique est totale, Bulletin de l'Ordre des Pharmaciens N°347, Juillet 1995.

Reichheld Frederick F., Learning from customer defections, Harvard Business Review, Mars-Avril 1996.

Ricour Loïc, Fourcade Alexandra, Une démarche d'assurance de la qualité à l'hôpital. L'expérience Robert Debré, Management et Qualité N°42, 1994.

Schmitt Etienne, Evaluation des moyens nécessaires pour l'arrêt du 9 août 1991 au Centre Hospitalier d'Arles, septembre 1994.

Stephan Jean-Claude et Fourcade Alexandra, Evaluation et gestion de la qualité, l'accréditation à l'hôpital, Gestions Hospitalières N° 332, Janvier 1994.

Une plate-forme logistique pour le CHU de Montpellier, Logistiques Magazine N°94, Janvier 1995.

Van der Schors, Logman, Steensma, Ploeger, Continuous quality improvement : the medication system in a general hospital in the Netherlands, EHP, vol 2 N°1, Février 1996.

Vidalie Anne, La productivité entre à l'hôpital, Enjeux les Echos, Février 1994.