

Mémoire d'intelligence méthodologique ANALYSE ET PILOTAGE DE LA THEMATIQUE DU PARCOURS DU PATIENT



Auteur : Emmanuelle MOLVEAU emmanuelle.molveau@gmail.com

Master Qualité et Performance dans les Organisations – Université de Technologie de Compiègne

Tutrice établissement d'accueil : Dunia MUTABESHA, coordinatrice qualité du Groupe Hospitalier

Tutrice Université de Technologie de Compiègne : Isabelle CLAUDE, responsable du master

Technologies et Territoires de Santé

Juin 2016

Mémoire disponible en version [web](#)

Table des matières

Table des matières.....	2
Table des illustrations.....	3
Glossaire	4
Résumé.....	5
Abstract	5
Remerciements	5
Introduction.....	5
1 Contexte	6
1.1 La Haute Autorité de Santé et la certification des établissements de santé.....	6
1.2 Le parcours du patient	9
1.3 Les enjeux du parcours patient dans la V2014	11
1.4 Présentation de l'établissement de santé d'accueil	11
1.5 Problématique	12
1.6 Objectifs.....	14
1.7 Analyse SWOT de la mission.....	15
2 Méthodologie choisie.....	16
2.1 Groupe de travail.....	16
2.2 Méthode de pilotage de thématique	16
2.2.1 Justificatif de la méthode.....	17
2.2.2 Descriptif de la méthode	17
3 Résultats obtenus et escomptés	21
3.1 Modélisation du processus du parcours de PEC	21
3.2 Analyse des risques et de leurs causes.....	23
3.3 Détermination des actions correctrices	25
3.4 Résultats attendus	25
4 Conclusion et perspectives.....	26
5 Bibliographie.....	26
6 Annexes	28

Table des illustrations

Figure 1: Enjeux de la certification des établissements de santé [source : auteur]	8
Figure 2 : Enjeux du parcours du patient [source : auteur].....	11
Figure 3 : Formalisation de la problématique [source : auteur]	13
Figure 4 : Objectifs de la mission [source : auteur]	14
Figure 5 : Analyse SWOT de la mission [source : auteur].....	15
Figure 6 : Méthode de pilotage de la thématique [source : auteur]	17
Figure 7 : Stratégie du groupe de travail [source : auteur]	18
Figure 8 : Déroulé des interviews des équipes soignantes [source : auteur]	18
Figure 9 : Méthode de collecte de données [source : auteur]	19
Figure 10 : Macro processus du parcours du patient [source : auteur]	22
Figure 11 : Mise en valeur des principales causes [source : auteur]	24
Tableau 1 : Comparaison entre la V2010 et la V2014 [source : auteur].....	7
Tableau 2 : Liste des vingt thématiques [5].....	8
Tableau 3 : Critères et Eléments d'Investigation Obligatoires [source : auteur]	10
Tableau 4 : Contenu de l'analyse par processus d'une PEC [source : auteur]	20
Tableau 5 : Niveau de maîtrise de risque [source : auteur]	20
Tableau 6: Impact de la modélisation de processus de PEC [source : auteur]	22
Tableau 7 : Relevé des dysfonctionnements [source : auteur].....	23
Tableau 8 : Analyse des causes des dysfonctionnements [source : auteur]	24
Tableau 9 : Récapitulatif des actions correctrices [source: auteur]	25
Tableau 10 : Avancement des tâches [source : auteur]	26
Annexe 0 : Auto-évaluation des compétences [source : auteur]	27
Annexe 1 : Echelle de vraisemblance et gravité [12]	28
Annexe 2 : Descriptif des grandes étapes de PEC d'un patient [source: auteur]	29
Annexe 3 : Exemple de modélisation de parcours du patient (cancérologie) [source : auteur]	30
Annexe 4 : Détail et cotation des risques dossier [source : auteur]	31
Annexe 5 : Détail des actions correctrices [source : auteur]	32

Glossaire

AP-HP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

CQ : Compte Qualité

CREX : Comité de Retour d'EXpérience

EI : Evénement indésirable

EIG : Evénement indésirable grave

EIO : Eléments d'Investigation Obligatoire

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

ES : Etablissement de Santé

ETP : Education Thérapeutique du Patient

GH : Groupe Hospitaliser

HAS : Haute Autorité de Santé

HUEP : Hôpitaux Universitaires de l'Est Parisien

IPAQSS : Indicateur Pour l'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins

PEC : Prise En Charge

PEP : Pratiques Exigibles Prioritaires

RCP : Rencontre de Concertation Pluridisciplinaire

RMM : Revue de Mortalité et Morbidité

RTH -LRG : Hôpitaux Rothschild et La Roche Guyon

SAT : Hôpital Saint Antoine

TNN : Hôpital Tenon

TRS : Hôpital Trousseau

OSIRIS : Organisation du Système d'Information des Risques

Résumé

Les établissements de santé doivent offrir une prestation soignante, clinique et non-clinique, sûre et efficiente pour tous les patients. Pour réguler l'activité du secteur hospitalier, la Haute Autorité de Santé soumet les établissements français à un audit de certification, selon le référentiel V2014. Le parcours du patient est l'une des thématiques transversales et primordiales de ce référentiel. La mission a consisté en l'accompagnement à la préparation de l'audit de certification V2014 sur cette thématique, dans un groupe hospitalier parisien. Cet accompagnement a permis la création d'une cartographie du parcours du patient pour les principales prises en charge du groupe hospitalier, puis une analyse des risques approfondie, propre à ce groupe, et une proposition de plans d'actions correctrices pour les événements indésirables non maîtrisés.

Abstract

Health care facilities must offer health care, clinical and non-clinical, safe and efficient service for all patients. To regulate the activity of the hospital sector, the high authority of health submits French settlements to a certification audit, according to V2014. The patient pathway is one of the themes transverse and crucial this repository. The mission has been giving support to the preparation of the certification V2014 audit in a Parisian hospital group. This support has allowed the creation of mapping in the patient pathway to the main support of the hospital group, then a thorough, this group-specific risk analysis, and a proposal of plans of corrective actions for uncontrolled adverse events.

Remerciements

J'adresse mes remerciements à Madame Dunia Mutabesha pour m'avoir accueillie à la Direction Qualité, Gestion des Risques, Usagers du Groupe Hospitalier. Je lui suis également reconnaissante pour sa disponibilité, son aide précieuse et ses conseils, tout le long de mon stage. Je tiens également à remercier l'ensemble des membres de cette Direction, pour leur très bon accueil.

Je remercie aussi l'ensemble de l'équipe pédagogique du Master Qualité et Performance, dans les Organisations de l'UTC, Messieurs Gilbert Farges et Arnaud Derathé, pour m'avoir apporté connaissances théoriques et compétences pratiques directement applicables dans le milieu professionnel. Enfin, je remercie Madame Isabelle Claude, responsable du Master Technologies et Territoires de Santé de l'UTC pour m'avoir accompagnée durant ce stage.

Introduction

Dans le cadre du Master Qualité et Performances dans les Organisations de l'Université de Technologie de Compiègne, j'ai effectué mon stage de fin d'études à la Direction Qualité, Gestion des Risques et Usagers, dans un Groupe Hospitalier (GH) de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

L'activité hospitalière représente un secteur d'activité en plein essor du fait, d'une part, de l'accroissement et du vieillissement de la population et, d'autre part, du nombre croissant de pathologies différentes et de populations diverses. Les établissements de santé (ES) se doivent donc d'être d'une efficience et d'une sûreté irréprochables afin d'apporter à chacun le soin dont il a besoin. C'est pourquoi les directions de la

qualité, gestion des risques, usagers sont apparues dans chaque ES, pour permettre aux hôpitaux et cliniques d'optimiser leur fonctionnement.

A cet effet, la Haute Autorité de Santé, organisme régulateur de l'activité de soins, soumet tous les établissements à un audit de certification, selon le référentiel V2014. Une des thématiques centrales de cette V2014, qui doit être parfaitement maîtrisée, est le parcours du patient, chemin emprunté par chaque patient de son arrivée à sa sortie de l'établissement de soins.

Le projet a donc consisté à aider mon GH d'accueil à piloter la thématique du parcours du patient, au sein d'un groupe de travail de professionnels hospitaliers soignants comme non-soignants. Mes missions ont été, tout d'abord de modéliser le processus du parcours du patient à l'échelle du GH. Ensuite, j'ai dû réaliser un état des lieux pour connaître le niveau de maîtrise de ce processus de parcours du GH. Ainsi, les principaux dysfonctionnements du parcours ont pu être identifiés, leurs causes analysées, et les parcours de prise en charge principales du GH ont pu être modélisées et étudiées précisément. Enfin, j'ai eu à proposer des actions d'amélioration sur ces parcours et à mettre en valeur les actions déjà en cours, en accord avec le groupe de travail.

Ce stage a été un vrai défi personnel, car j'ai eu à mettre en pratique toutes les connaissances apprises durant mon cursus, pour mener à bien le pilotage de la thématique du parcours du patient.

1 Contexte

1.1 La Haute Autorité de Santé et la certification des établissements de santé

La Haute Autorité de Santé (HAS) est un organisme public et indépendant. Il est responsable de la régulation du système de santé par la qualité [1].

La HAS est en charge de la certification des établissements de santé et de l'accréditation des praticiens de certaines disciplines. Ainsi, l'évaluation externe de la HAS contribue à améliorer la qualité des soins prodigués et la sécurité des patients dans les établissements de santé (ES). Mais ce sont les ES qui portent cette amélioration continue : ils sont responsables de l'ensemble des décisions et des actions qui permettront un meilleur fonctionnement. Quant à la médecine de ville, la HAS recommande des bonnes pratiques.

La certification des établissements de santé est obligatoire depuis 1996.

Cette évaluation a pour but de :

- créer un management de la qualité et des risques adapté à l'activité quotidienne d'une structure de santé et de soins
- mettre en place une démarche d'amélioration continue qui soit conforme aux enjeux des structures de soins.

La procédure de certification des ES version 2014 de la HAS, dite V2014, succède à la version de 2010 appelée V2010. Chaque certification s'appuie sur un manuel de certification associé [2], décrivant les modalités et exigences de la visite de certification de la HAS. Les Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP) du manuel de la V2014 doivent être parfaitement maîtrisées ainsi que les autres critères du manuel.

Cette V2014 consiste en une évaluation de l'organisation de l'ES et de la maîtrise de ses propres risques. Au contraire, la V2010 et ses versions antérieures se sont limitées à l'évaluation de la pertinence des soins et

de leur réalisation. Ainsi, l'avantage de la V2014 sur la V2010 est la prise en compte de l'aspect clinique et organisationnel de la prise en charge.

Les deux principales nouveautés de la V2014, par rapport à la V2010, sont la mise en place d'un compte qualité [3] ainsi que d'une nouvelle méthode de visite. Le compte qualité, appelé aussi CQ, est un document à rédiger par la Direction Qualité et Gestion des Risques, Usagers (DQGRU) de l'ES, avec l'aide des professionnels de santé, un an avant la visite de certification V2014. Il comporte tous les engagements de l'ES pour mener à bien son activité de santé et de soins et assurer la sécurité des patients, conformément au manuel de certification. Il comprend également les mesures mises en place pour améliorer l'organisation de l'ES et sa gestion des risques. Lors de la visite, les experts-visiteurs s'assurent, via des audits de processus et l'examen de la Prise En Charge (PEC) de patients dits patients traceurs[4], que les engagements du CQ sont bien respectés. Afin de mettre en avant les apports de la V2014 par rapport à la V2010, une comparaison des deux versions a été établie (Tableau 1).

	V2010	V2014
Préparation et évaluation	Par critère. Support : manuel V2010	Par thématique (au nombre de 21). Support : même manuel que pour la V2010.
Détails sur la préparation	Rédaction du dossier d'auto-évaluation par critères, avec plus de détails sur les pratiques exigibles prioritaires, faite avec les professionnels du terrain.	Rédaction du CQ à mettre à jour tous les deux ans (contenu : résultat du travail des groupes pluri professionnels dédiés à chaque thématique). Auto-évaluation via des audits de processus et des patients traceurs.
Visite	Visite globale : évaluation obligatoire de pratiques exigibles prioritaires et pratiques des professionnels du terrain (accent sur les procédures et protocoles). Réévaluation des critères avec mauvaise notation(C ou D).	Evaluation du fonctionnement de l'ES via les audits de processus et les patients traceurs (accent sur l'organisation de l'ES+ risques). Vérification de la concordance du contenu du CQ avec le terrain.

Tableau 1 : Comparaison entre la V2010 et la V2014 [source : auteur]

La V2014 se caractérise, donc, par une évaluation par thématiques : elles sont au nombre de vingt et une[5] et classées en trois catégories comme suit (Tableau 2):

Management	Prise en charge (PEC) du patient
Management stratégique et gouvernance Qualité de vie au travail Management et gestion de la qualité et des risques Gestion du risque infectieux	Droits du patient Parcours du patient PEC de la douleur PEC des patients en fin de vie Gestion du dossier du patient Identification du patient PEC médicamenteuse PEC du patient aux urgences et soins non programmés Biologie médicale Imagerie Management de la PEC du patient au bloc opératoire Management de la PEC des secteurs à risque <i>(endoscopie, radiothérapie, médecine nucléaire, imagerie interventionnelle, salle de naissance)</i>
Fonctions support	
Gestion des ressources humaines Gestion du système d'information Gestion des ressources financières Fonctions logistiques (déclinées en sous-thématiques) Gestion des équipements et produits au domicile du patient	

Tableau 2 : Liste des vingt thématiques [5]

Les résultats de la visite de certification sont publics, communiqués par la HAS et sont donc visibles par toute la population, qui peut ainsi choisir l'ES au regard des résultats. Ainsi, la certification des ES représente de grands enjeux pour les différents acteurs concernés (figure 1).

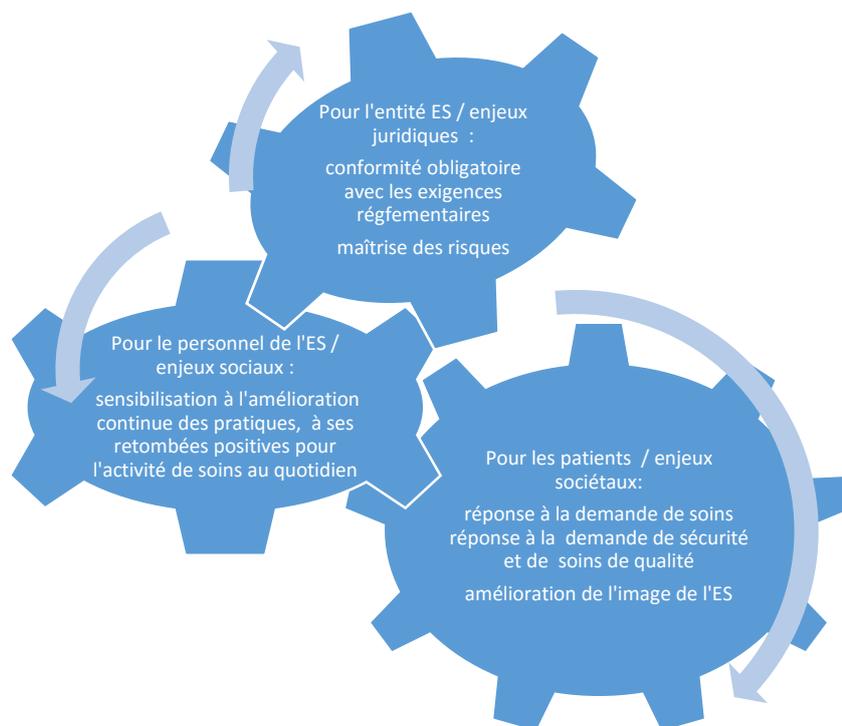


Figure 1: Enjeux de la certification des établissements de santé [source : auteur]

Le travail mené a contribué à la préparation de l'audit de certification V2014 sur l'une des thématiques de cette dernière : le parcours du patient.

1.2 Le parcours du patient

Le parcours du patient est une thématique centrale de la certification V2014, faisant partie du volet Prise en charge du patient [6]. En effet, il s'agit du chemin emprunté par le patient de son arrivée dans un site hospitalier jusqu'à sa sortie, en tenant compte de ses spécificités propres et celles de sa maladie, et impliquant les différentes activités hospitalières. Cette thématique est d'ailleurs transversale car l'étude du parcours comprend l'étude du fonctionnement de toutes les composantes du site : les activités de soins, administratives, logistiques ...

Tous les acteurs de l'ES jouent un rôle dans le parcours du patient :

- Personnel soignant pour les soins du malade, pour diagnostiquer, soigner et assurer la coordination des soins et partage de l'information sur le patient.
- Personnel administratif pour la création du dossier du patient, pour la gestion des frais et des déplacements du patient.
- Personnel support dont fait partie la DQGRU, avec l'ensemble des instances et commissions de l'ES, pour décider des évolutions du fonctionnement de l'ES.
- Personnel logistique et technique pour assurer la sécurité et fonctionnement des infrastructures.

La thématique regroupe trois catégories de critères d'évaluation du manuel de certification :

- Les critères correspondant aux grandes étapes de la prise en charge du patient : son accueil, son projet de soin personnalisé et enfin sa sortie de l'ES. Ces critères évaluent aussi la coordination entre ces diverses étapes.
- Les critères associés aux situations particulièrement risquées pour la qualité de la prise en charge du patient : risque suicidaire, troubles de l'état nutritionnel, par exemple.
- Les critères relatifs à une prise en charge de patients atypiques, qui nécessite une attention particulière (personnes en situation de précarité, personnes âgées, enfants et adolescents, patients souffrant de maladies chroniques).

Ces critères sont au nombre de treize et sont associés à un code permettant de les retrouver facilement dans le manuel de certification V2014. Chaque critère correspond à un élément influençant l'ensemble du parcours. Chacun de ces critères se décline en éléments d'investigation obligatoires, dits EIO [7], des points sur lesquels les experts-visiteurs seront particulièrement intransigeants lors de leur visite.

Pour plus de lisibilité, une présentation des critères et de leur déclinaison en EIO en une seule figure a été privilégiée. En effet, les EIO étant un découpage des différents critères, il est pertinent de rapprocher ces notions (Tableau 3).

Eléments d'appréciation	Critères	Eléments d'investigation obligatoires
E1 politique	Valeurs, missions et stratégie de l'établissement (1.a)	Stratégie d'établissement prenant en compte les besoins de la population, définis dans les schémas de planification sanitaire, dans le projet médical du territoire.
E1 politique	Politique d'amélioration de la qualité de la sécurité des soins (3.a)	Organisation interne mettant à disposition les compétences et les ressources nécessaires à l'activité.
E2 mise en œuvre	Dispositif d'accueil du patient (16a)	Dispositif d'accueil efficace pour une prise en charge optimisée, pour toutes les populations
E2 mise en œuvre	Traçabilité des informations concernant l'évaluation initiale et continue et le projet personnalisé de soins (17a)	Projets de soins personnalisés (PSP) concertés, évalués et tracés avec une réflexion bénéfico-risque pour chaque traitement
E2 mise en œuvre	Prise en charge somatique du patient, y compris en unité de psychiatrie (17b - PEP)	Prise en compte du volet somatique dans les troubles mentaux
E2 mise en œuvre	Continuité et coordination de la prise en charge (18a - PEP) : critère essentiel pour permettre une PEC sûre et cohérente du patient.	Définition de règles pour une présence médicale 24h/24 (PEP) Réunion pluri-professionnelles et/ou pluri-disciplinaires, essentielles pour la transmission des informations et la prise de décision (PEP).
E2 mise en œuvre	Prise en charge des urgences vitales (18b)	Prise en charge des urgences vitales
E2 mise en œuvre	Prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique (19a)	Prise en compte des populations spécifiques (les personnes en situation précaire, les patients âgés, mineurs, souffrant d'une maladie chronique).
E2 mise en œuvre	Prise en charge nutritionnelle (19b- indicateur)	Dépistage et traitement des troubles nutritionnels (Indicateur)
	Prise en charge du risque suicidaire (19c)	Dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire
E2 mise en œuvre	Conditions d'accès et mise en œuvre des programmes d'Education Thérapeutique du Patient (23a)	Organisation des offres d'Education Thérapeutique du Patient pour permettre au patient une meilleure appréhension de sa pathologie au quotidien, notamment lors de sa sortie de l'ES (asthme, allergie, diabète ...).
E2 mise en œuvre	Sortie du patient (24a- indicateur).	Organisation de la sortie du patient et de la continuité de ses soins dans le réseau de santé de ville (infirmières, kinés)
E2 mise en œuvre	Activités de soins de suite et réadaptation (27.a)	Coordination des soins de suite dans le projet de prise en charge
E3 évaluation	Tous les critères de la thématique	Dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs.

Tableau 3 : Critères et Eléments d'Investigation Obligatoires [source : auteur]

1.3 Les enjeux du parcours patient dans la V2014

Le pilotage de cette thématique comporte plusieurs enjeux, plus spécifiques que ceux de la V2014 entière, (figure 2):

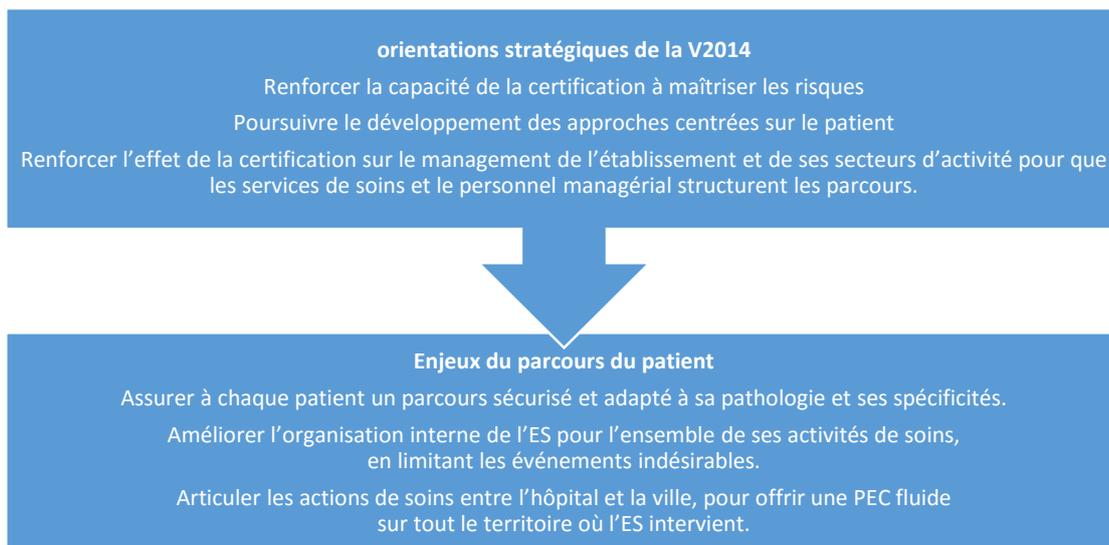


Figure 2 : Enjeux du parcours du patient [source : auteur]

La difficulté d'analyse et d'amélioration continue de l'ensemble des critères du parcours du patient réside dans l'explication des enjeux au personnel du ES. En effet, le découpage par thématiques constitue la nouveauté de la V2014, d'autant que le personnel, généralement soumis à un réel turn-over, est peu habitué au langage de la HAS. Les membres de la DQGRU doivent donc fortement communiquer avec tous les acteurs du terrain, faute de quoi cette démarche d'amélioration continue est vouée à l'échec.

La mission ayant été effectuée dans un GH de l'AP-HP, voici une présentation de ces différentes structures de proximité, à la renommée internationale en matière de recherche médicale.

1.4 Présentation de l'établissement de santé d'accueil

L'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP)

Il s'agit d'un complexe de 39 centres hospitaliers, rassemblés en 12 groupes, qui soignent 7 millions de personnes par an [8].

L'AP-HP est un ensemble hospitalier de soins, de formation et de recherche universitaire à renommée internationale. D'ailleurs, la moitié de la recherche clinique française s'effectue au sein de l'AP-HP. Cette institution est aussi le premier employeur de l'Île de France regroupant 95 000 personnes.

L'AP-HP s'investit dans une démarche qualité d'amélioration continue de la prise en charge du patient et de l'organisation des sites depuis la première certification obligatoire de 1996.

Le Groupe Hospitalier d'accueil

Ce groupe hospitalier membre de l'AP-HP comprend cinq sites. Le groupe hospitalier existe depuis 2011 et a été créé pour rassembler administrativement des structures aux spécialités complémentaires, afin d'offrir un panel de soins le plus large possible aux habitants de l'Est parisien. Ainsi, un site est spécialisé en gériatrie et odontologie, un second en pédiatrie, les deux derniers sites parisiens en spécialités

chirurgicales et cancérologie. Le GH est le deuxième groupe de l'AP-HP en nombre de naissances, consultations externes et urgences ; c'est aussi un centre hospitalo-universitaire.

La préparation de la certification V2014 fait partie des projets prioritaires de l'AP-HP, dans son plan stratégique 2015-2019 [9], conforme à celui de l'Agence Régionale de Santé, organisme définissant la politique hospitalière régionale [10]. Cet objectif prioritaire se décline également dans le projet d'établissement de tous les groupes hospitaliers.

Analyse des résultats du rapport de certification V2010

Afin de savoir quel était le niveau de maîtrise du parcours du patient, il était essentiel de connaître les résultats de l'audit de certification V2010 [11]. Il apparaît qu'aucune recommandation ni réserve n'avait été faite concernant les critères relatifs au parcours du patient.

Par ailleurs, des remarques avaient été formulées sur la qualité de l'accueil pour les personnes handicapées.

La prise en charge somatique des patients de psychiatrie n'était pas encore formalisée clairement à l'échelle du Groupe Hospitalier.

Il est noté dans le rapport d'audit V2010 que la coordination et la continuité des soins seraient meilleures si la transmission des informations entre professionnels de santé était systématique. La formation du personnel au dépistage du risque suicidaire n'était pas optimale pour les courts séjours. Le compte rendu de fin d'hospitalisation (CRH) était envoyé dans des délais supérieurs à ceux de l'AP-HP.

1.5 Problématique

Après avoir pris connaissance du contexte, il est pertinent de se demander comment assurer la préparation de l'évaluation par la HAS concernant la thématique du parcours du patient. Ensuite, il importe d'examiner comment permettre au GH d'améliorer ses pratiques relatives à cette thématique.

Voici une vision synthétique du contexte afin d'en dégager la problématique (figure 3) :

quoi	<ul style="list-style-type: none"> •amélioration des pratiques des services, afin de perfectionner le parcours du patient, en vue de l'audit de certification V2014.
qui	<ul style="list-style-type: none"> •<i>émetteur</i> : •HAS, patients et leurs proches •<i>personnes impactées</i> : •ensemble du personnel du GH (soignant, non soignant : administratif, logistique), à terme les patients.
où	<ul style="list-style-type: none"> •sur les cinq sites hospitaliers du GH parisien
quand	<ul style="list-style-type: none"> •rendu du CQ en décembre 2016, visite d'audit de la V2014 en juin 2017, décision de la HAS en décembre 2017
comment	<ul style="list-style-type: none"> •en formalisant le processus du parcours du patient •en analysant l'existant sur le GH •en mettant en place des plans d'actions correctrices et en évaluant leurs effets
pourquoi	<ul style="list-style-type: none"> •<i>En continu</i> : •assurer la sécurité et la satisfaction du patient •fournir un service de soins de qualité aux patients •à <i>court terme</i> : •obtenir un rapport d'audit positif
problématique finale	<ul style="list-style-type: none"> •comment piloter la thématique parcours patient dans ce GH ?

Figure 3 : Formalisation de la problématique [source : auteur]

1.6 Objectifs

Afin de mieux comprendre les objectifs et le déroulement de la mission, un planning dynamique stratégique permet de résumer le contexte (figure 4).

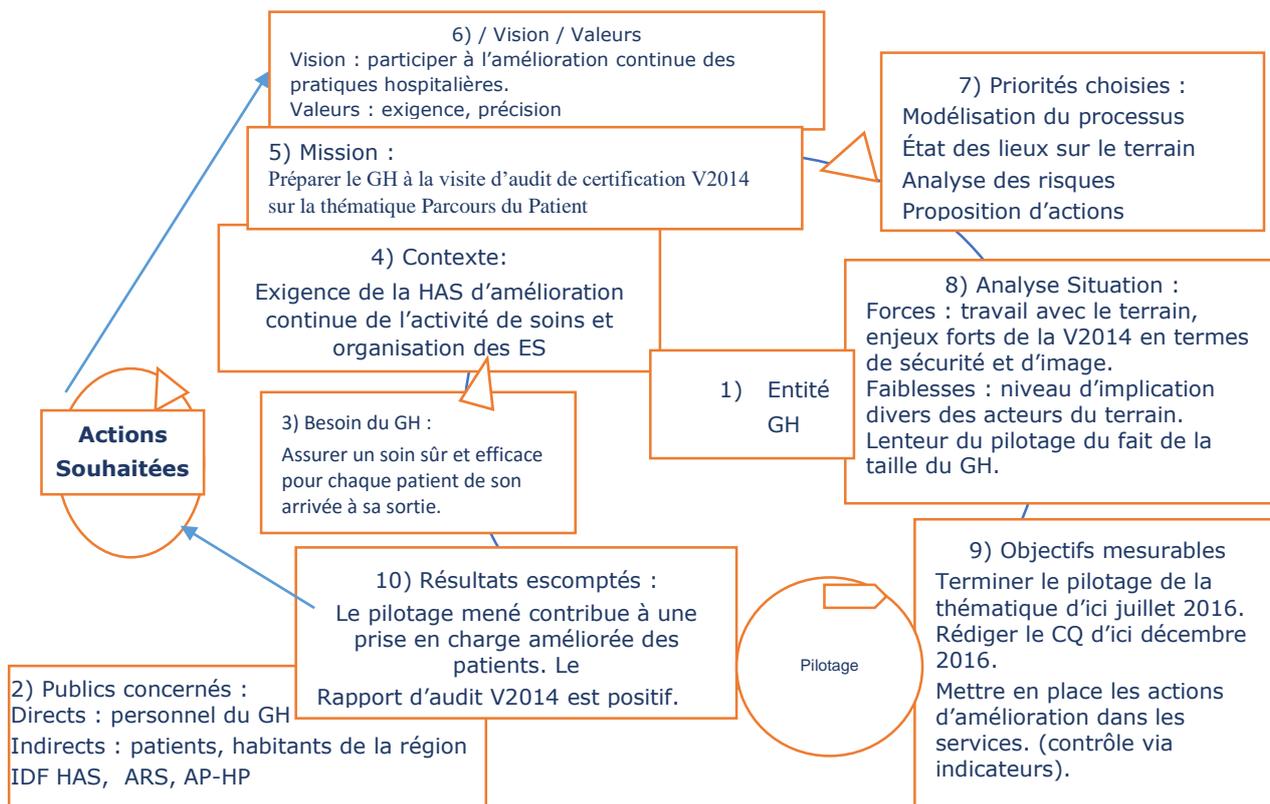


Figure 4 : Objectifs de la mission [source : auteur]

1.7 Analyse SWOT de la mission

Afin d'appréhender le mieux possible la mission, qui est le pilotage de la thématique du parcours du patient, il est nécessaire de savoir quelles sont les forces, faiblesses, opportunités et menaces relatives au projet (figure 5).

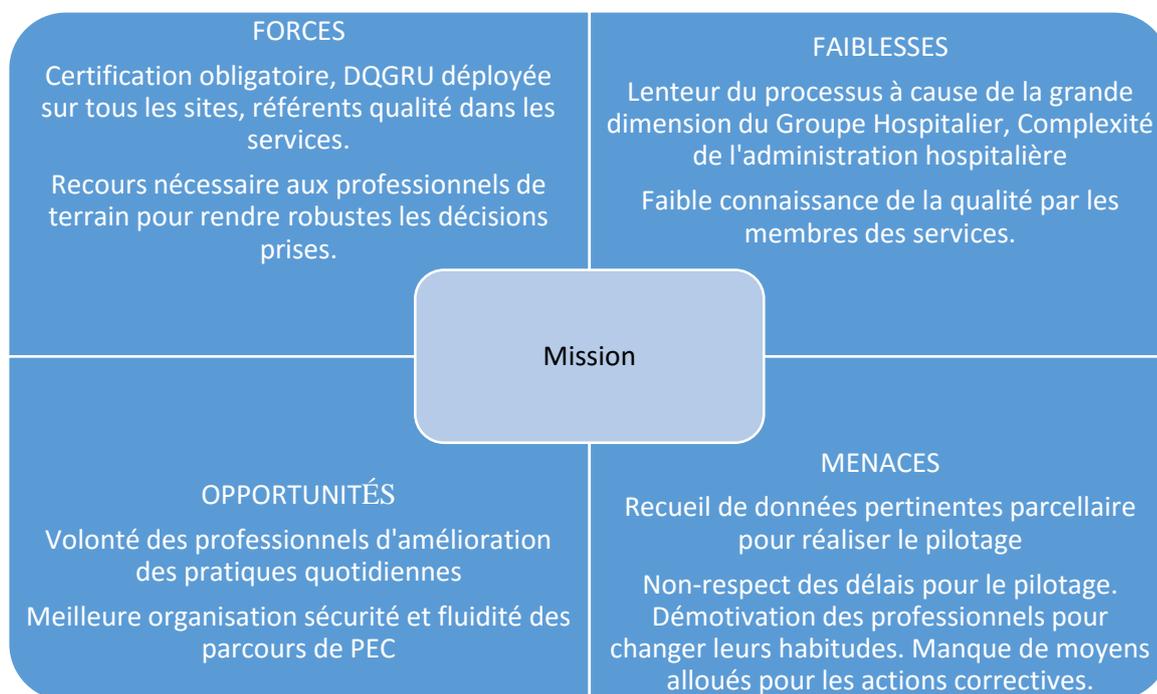


Figure 5 : Analyse SWOT de la mission [source : auteur]

Les principales menaces du projet sont liées aux membres du personnel médical, paramédical, administratif, qui seraient peu enclins à la démarche de pilotage de la thématique, et surtout, ne voudraient pas modifier leurs habitudes sur le terrain. Pour autant, une explication, adaptée à chaque public, des enjeux et retombées positives pour chacun permettrait un accueil positif des investigations sur le terrain, puis des plans d'action. Lors de la mise en place des actions correctrices, il faut bien veiller à ce qu'elles soient réalisables compte tenu des ressources dont dispose le GH, sinon ces mesures correctrices sont infaisables. Le processus de pilotage peut être accéléré lors de la préparation des rencontres avec les professionnels : plus les rendez-vous sont pris en amont de la date prévue, mieux les professionnels des services soignants peuvent organiser la PEC des patients durant leur absence. Dans le cas contraire, les interviews sont fréquemment reportées, du fait de l'activité de soins qui est évidemment priorisée.

2 Méthodologie choisie

2.1 Groupe de travail

La préparation à l'audit de certification, pour chaque thématique, se fait avec un groupe de travail constitué de membres du personnel soignant, de cadres et cadres supérieurs de santé et de représentants des usagers. Ce groupe est animé par un membre de la DQGRU.

Atouts de cette configuration

Premièrement, le personnel hospitalier, et spécialement le corps médical et paramédical, n'adhère pas toujours aux démarches qualité qui lui paraissent éloignées de son activité professionnelle, trop abstraites et séparées de la réalité du terrain. Ainsi, faire travailler des soignants sur la préparation de l'audit de certification permet d'impliquer le personnel, de lui montrer l'utilité de la certification, de le rendre acteur de l'amélioration continue de l'ES.

Ensuite, le groupe de travail décrit ce qui se joue réellement dans les services : les difficultés rencontrées, l'efficacité des mesures de maîtrise. Chaque professionnel donne ainsi une vision éclairée du terrain et son avis sur ce qui est faisable ou non pour améliorer le parcours du patient. Ainsi, les risques prioritaires et les mesures choisies pour les contrer sont légitimés par l'implication des soignants dans le groupe de travail. Ceci garantit une meilleure efficacité du pilotage des thématiques.

2.2 Méthode de pilotage de thématique

Le groupe de travail prépare l'audit de certification en suivant une démarche d'amélioration du niveau de maîtrise de tous les critères de la thématique.

En voici une vision schématique (figure 6) :

3

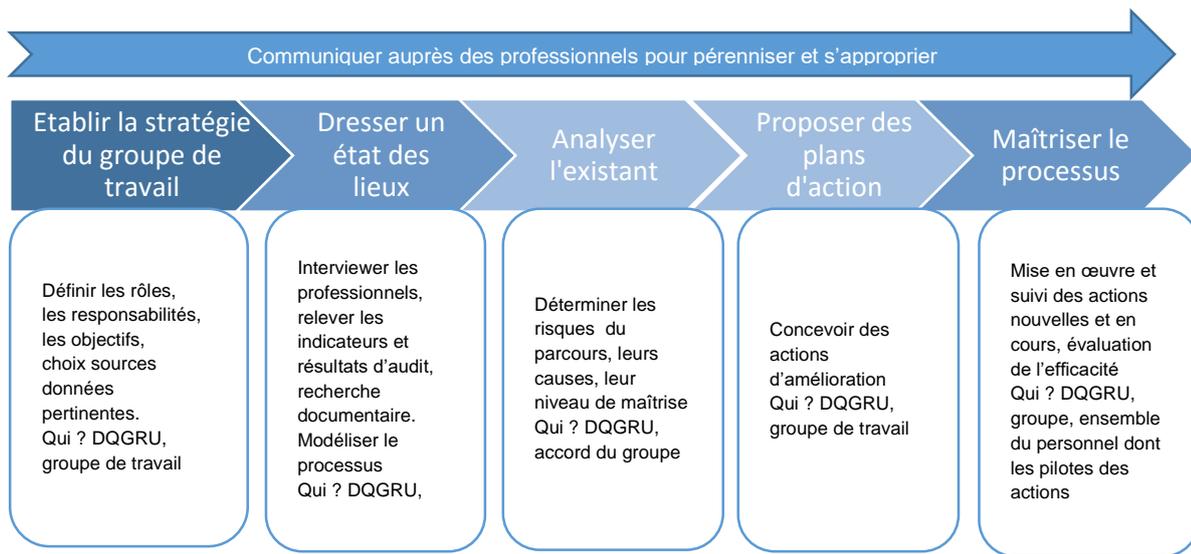


Figure 6 : Méthode de pilotage de la thématique [source : auteur]

3.1.1 Justificatif de la méthode

Un cycle d'amélioration continue Plan Do Check Act classique n'a pas été retenu, car il ne tenait pas compte des phases essentielles de mesure du niveau de maîtrise de chaque critère sur le terrain et de l'analyse consécutive. De plus, l'amélioration continue est faite sur un laps de temps long : certains indicateurs ne sont évalués que tous les deux ans, comme ceux relatifs à la tenue du dossier du patient, essentielle pour la continuité et coordination de soins en toute sécurité. Ainsi, à l'échelle de la mission de préparation de la visite d'audit de certification V2014, les plans d'action sont proposés mais pas encore tous mis en œuvre, ni donc évalués dans leur intégralité. La maîtrise du processus du parcours ne fait que débiter à la fin du pilotage.

3.1.2 Descriptif de la méthode

Etablir la stratégie du groupe de travail

Cette phase est essentielle car elle définit les paramètres suivants (figure 7) :

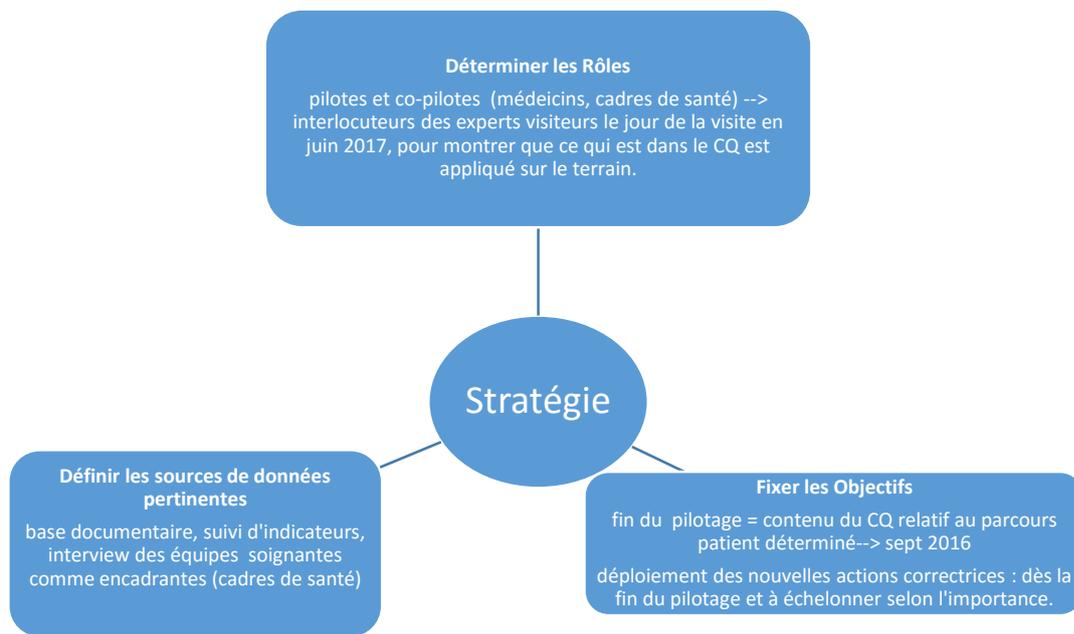


Figure 7 : Stratégie du groupe de travail [source : auteur]

Dresser un état des lieux

Collecte de données

Cette étape consiste à collecter les données pertinentes pour déterminer le niveau de maîtrise du processus de parcours du patient. Ces données sont cruciales pour connaître quels sont les points forts et les points faibles de l'organisation de ce processus, et de son fonctionnement.

Pour cela, des rencontres avec les professionnels de santé sont primordiales pour connaître leur activité spécifique au quotidien et savoir quels sont les points critiques et maîtrisés de leur service, pôle ou établissement entier. Lors de ces rencontres, les questions suivantes sont posées (figure 8):

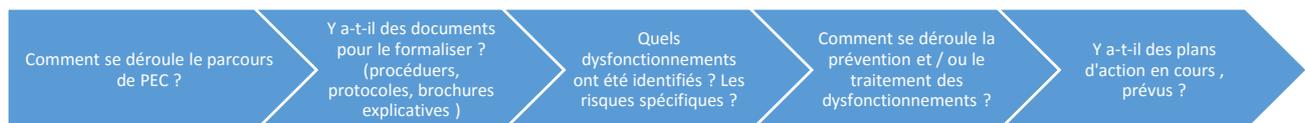


Figure 8 : Déroulé des interviews des équipes soignantes [source : auteur]

De plus, le logiciel de déclaration d'événements indésirables par les professionnels, les relevés des déclarations des chargés des relations avec les usagers, les enquêtes de satisfaction et audits internes, ainsi que les relevés d'indicateurs sur les actions correctrices en cours sont les sources d'information exploitées. La méthode de collecte des données documentaires, pour chaque parcours de PEC ou critère du manuel de certification, s'assimile à une boucle d'amélioration continue (figure 9) :

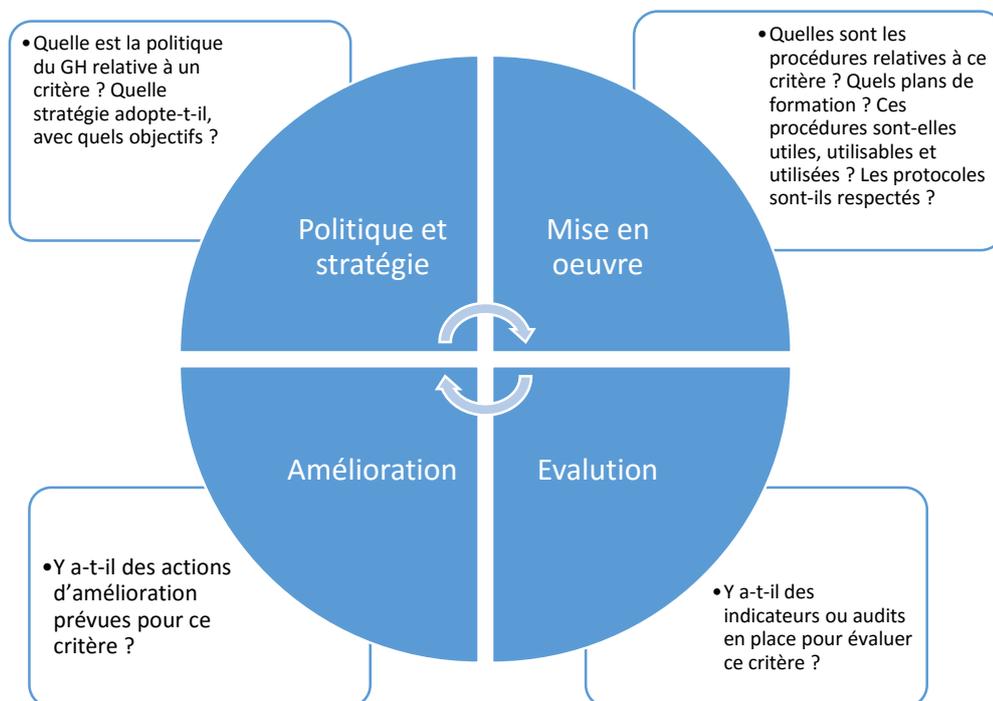


Figure 9 : Méthode de collecte de données [source : auteur]

Modélisation du processus du parcours du patient

La modélisation du processus du parcours du patient est une étape structurante primordiale dans le pilotage de cette thématique. Un processus est l'enchaînement d'étapes qui se succèdent et ont un lien logique entre elles : la première étape étant l'arrivée du patient sur un site du GH, suivi de son séjour, puis de sa sortie. Un processus peut être assimilé à un mode d'emploi du fonctionnement de la thématique. Une telle modélisation est un élément de communication pour l'ensemble des professionnels de santé, pour savoir comment se déroule la PEC, mais aussi d'harmonisation des pratiques pour une même spécialité.

La modélisation a pu être faite à partir du recueil de données lors des interviews et recherche documentaire, et a dû être ajustée en fonction des nouvelles données trouvées via les réunions des instances hospitalières.

Dans un premier temps, la modélisation d'un macro-processus du parcours du patient à l'échelle du GH a été réalisée. Cette modélisation ne suffit pas pour avoir une vision claire et juste de l'activité hospitalière, mais est une base essentielle pour le groupe de travail et la DQGRU, pour parler le même langage. Ensuite, le groupe de travail a choisi d'étudier les processus de PEC des activités des secteurs principaux du GH de manière plus précise : la cancérologie, la PEC de la personne âgée, les maladies chroniques, la périnatalité, la PEC en ambulatoire ; ainsi que la PEC de quelques risques : le risque nutritionnel, le risque de chute et de fugues, le risque suicidaire. L'ensemble de ces PEC retenues sont détaillées dans le CQ à remettre en décembre 2016 à la HAS.

Dans la modélisation des processus de parcours de PEC retenus, les éléments suivants sont déterminés pour chaque étape (Tableau 4) :

Les personnes en charge de la mise en oeuvre et du suivi du parcours (pilotes, copilotes) : personnel médical, paramédical, administration	La stratégie déclinée en objectifs d'amélioration du parcours de PEC	Les acteurs concernés dans le GH et dans le réseau ville-hôpital.
L'encadrement réglementaire (textes de référence)	les interfaces : thématiques en lien avec la PEC	Les ressources (compétences et matériel)

Les risques spécifiques	Les éléments de maîtrise des risques existants	Les actions de communication sur cette PEC
-------------------------	--	--

Tableau 4 : Contenu de l'analyse par processus d'une PEC [source : auteur]

Pour ces parcours choisis, leur modélisation a été ajustée lors de l'analyse des dysfonctionnements, étape suivante du pilotage de la thématique. Une fois les processus de parcours modélisés les professionnels de santé ont été consultés à nouveau pour valider et étayer les modélisations. De plus, le descriptif consécutif des activités pour chaque étape du processus est renseigné lors de la modélisation des parcours de patients traceurs.

Analyser l'existant

Cette phase consiste à déterminer les différents risques du parcours du patient. Les risques sont liés à des dysfonctionnements, qui eux-mêmes ont des causes racines.

Ainsi, les différentes causes sont définies, car ce sont sur ces éléments que des plans d'action peuvent être déterminés, sinon la probabilité de survenue du fait anormal ne sera pas réduite.

Une analyse a été faite sur le parcours du patient à l'échelle du GH et de manière plus détaillée sur les PEC retenues, mais aussi sur la tenue du dossier du patient : ce thème est abordé dans une thématique à part entière de la V2014, mais il influence fortement la qualité du parcours du patient. C'est pourquoi les deux thématiques, parcours et dossier, sont pilotées conjointement.

En effet, le dossier du patient est le document qui va le suivre tout le long de son séjour à l'hôpital, que ce soit pour une consultation ou pour une hospitalisation. Il est un élément essentiel à la continuité et coordination des soins en toute sécurité, car il contient toutes les données relatives au patient, à savoir ses résultats d'examen, comptes rendus d'hospitalisation et d'intervention, le suivi des soins infirmiers et le suivi par le personnel paramédical (kiné, orthophoniste, psychologue, diététicien ...).

En plus du dossier traditionnel papier, il existe à présent le dossier informatisé, créé et mis à jour pour chaque patient. Il devra à terme, être le seul support existant. Il est donc primordial de travailler sur la tenue de ce dossier, quel que soit son format.

L'analyse des risques liés à la thématique du parcours du patient est donc faite à partir de l'état des lieux, et ajustée tout le long du pilotage, au fil des rencontres avec les professionnels, et grâce à la parution de nouveaux résultats d'indicateurs, comme ceux de tenue du dossier du patient, qui renseignent sur la qualité de la traçabilité de la PEC.

La cotation des risques se déroule de la manière suivante : les échelles de vraisemblance et de gravité suivantes de la HAS ont été retenues [11] pour déterminer la criticité de chaque risque (Annexes 1 et 2).

Une fois la criticité déterminée, le niveau de maîtrise du risque est défini via l'échelle de niveau de maîtrise suivante (Tableau 5). Ensuite, le produit Criticité * Maîtrise est réalisé afin de hiérarchiser les risques.

Dans les faits, le produit Vraisemblance * Gravité * Maîtrise est fait directement pour coter les risques.

Niveau	Description synthétique pour chaque risque
1	Bonne maîtrise : exercices, formations, amélioration continue
2	Tout est prévu : plans d'action mis en œuvre avec indicateurs associés pour les contrôler
3	Organisation faite sans évaluation
4	Alerte sur ce risque: quelques mesures insuffisantes : surveillance
5	Découverte du risque : pas d'action en place, étude du risque

Tableau 5 : Niveau de maîtrise de risque [source : auteur]

Plus le niveau de maîtrise est proche de 1, plus la criticité est atténuée et inversement. Ainsi, plus un risque est maîtrisé, moins il sera urgent de mettre en place des plans d'action, ou bien leur envergure sera moindre.

Proposer des plans d'action

Chaque risque du parcours du patient se voit attribuer des plans d'action à court terme, long terme ou en continu. La cotation précédemment faite permet d'échelonner la mise en œuvre des plans d'action dans le temps. Les plans d'action possibles au niveau des ES sont :

- la création et mise à jour de procédures, protocoles et fiches techniques, pour encadrer les pratiques médicales ;
- la mise en place de plans de formation pour accroître les compétences du personnel, que ce soit sur la PEC médicale et paramédicale, ou les compétences administratives et relationnelles ;
- La diffusion de campagnes de communication pour que les professionnels comme les usagers soient au fait de l'offre de soins et l'accompagnement proposés, mais aussi des bonnes pratiques et engagements en vigueur de l'ensemble des ES du GH.

Maîtriser le processus

Les plans d'action déjà en cours, comme les nouveaux, doivent être suivis par les professionnels de santé comme la DQGRU : en premier lieu, le déploiement des actions doit être planifié et chaque action se voit attribuer un pilote, membre du personnel chargé de mettre en œuvre l'action, et d'évaluer son efficacité. Ensuite, la mise en place des actions est progressive, surtout si elle concerne une évolution à l'échelle du GH. Enfin, des indicateurs, enquêtes et audits permettent de connaître les retombées des actions, et leur effet sur le risque visé.

Communiquer auprès des professionnels pour s'approprier et pérenniser

La communication est absolument essentielle dans la démarche de pilotage de thématique, tout particulièrement lorsque les professions sont aussi diverses, spécialisées et éloignées de cette logique. En effet, dans les ES, la rencontre avec les praticiens hospitaliers, le personnel infirmier, administratif et logistique est nécessaire pour l'état des lieux, la recherche des dysfonctionnements, et pour expliquer la nature des mesures d'amélioration choisies. Les membres du personnel encadrant comme soignant étant responsable de la mise en place des actions d'amélioration du parcours du patient, il faut leur montrer quel est leur rôle et insister sur les retombées positives des actions pour le patient comme pour eux. Afin que chaque membre du personnel soit informé de la nature et des enjeux de la V2014, un livret mémento sur la présentation des thématiques et du résultat de leur pilotage (contenu à terme du CQ) sera distribué.

4 Résultats obtenus et escomptés

Les résultats obtenus et escomptés correspondent à ceux demandés par la HAS, à formaliser dans le CQ, à savoir la modélisation des processus de PEC, puis l'analyse des risques, puis la proposition de plans d'action.

4.1 Modélisation du processus du parcours de PEC

Une description des grandes étapes de la PEC du patient à l'échelle du GH a d'abord été réalisée (Annexe 2). Ensuite un macro-processus GH a pu être déterminé : toutes les grandes étapes communes à tout

parcours y sont présentes, ainsi que les thématiques de la V2014 qui sont en interface avec ce parcours, c'est-à-dire celles qui le conditionnent.

De plus, la plupart des 13 critères de la thématique du parcours du patient sont intégrés dans ce macro-processus : les populations spécifiques, l'accueil, l'évaluation initiale du patient, la coordination et continuité des soins, la sortie, les urgences et soins non programmés, la PEC somatique quel que soit le service, l'éducation thérapeutique du patient. En revanche, les risques de trouble nutritionnel et suicidaire ne sont pas mentionnés, car le but d'un macro-processus au niveau du GH est de décrire les grandes étapes de la PEC du patient, et non de traiter les risques associés (figure 10).

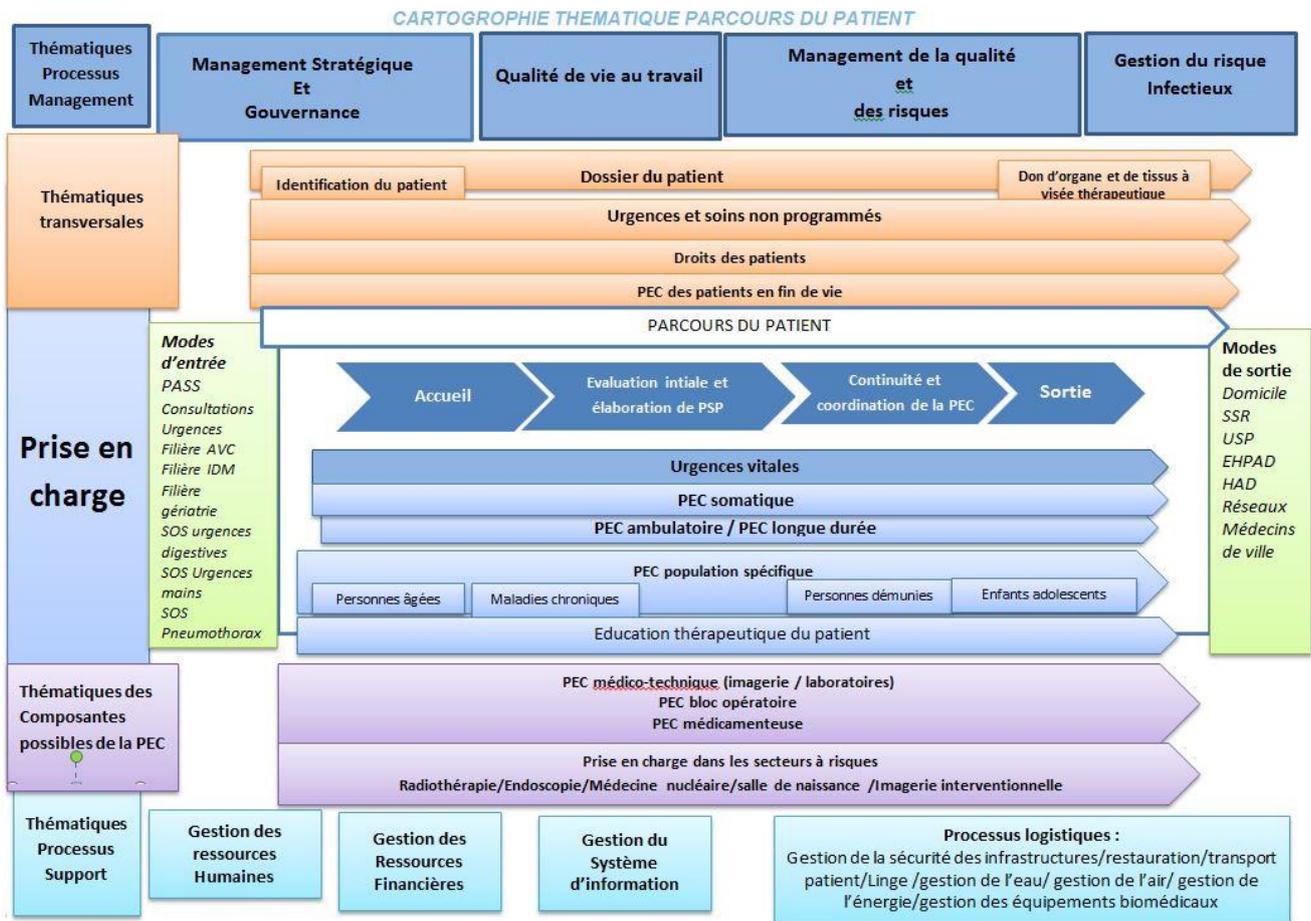


Figure 10 : Macro processus du parcours du patient [source : auteur]

Ce modèle de macro-processus à l'échelle du GH a servi de référence pour créer les macro-processus des PEC à détailler. Pour exemple, le parcours du patient en cancérologie est présent dans l'Annexe 3. Voici l'impact positif de la modélisation de processus pour toute PEC (Tableau 6) :

Eléments impactés	Sans modélisation des parcours de PEC	Modélisation des parcours de PEC
Déroulé du parcours	Hétérogène → source de risques de retard de PEC	Homogènes → augmentation du niveau de maîtrise des risques
Déroulé des activités		
Points de maîtrise et points faibles du parcours de PEC	Non identifiés	Identifiés
Travaux d'amélioration faits par les services	Pas mis en valeur	Mis en valeur et encouragés

Tableau 6: Impact de la modélisation de processus de PEC [source : auteur]

4.2 Analyse des risques et de leurs causes

A l'échelle du GH et pour les parcours choisis, une analyse des risques a été réalisée, pour savoir quels sont les dysfonctionnements du GH influençant le parcours, et surtout leurs causes et facteurs contributifs. L'impact principal engendré par les dysfonctionnements est le retard de PEC ainsi que la dégradation de l'état du patient. (Tableau 7) :

Phase / étape du parcours	Catégories de Risques	Risques	Conséquence
Sur tout le parcours	Chutes	Chute de patient	Dégradation de l'état du patient
Evaluation initiale puis continue de l'état du patient Coordination et continuité des soins	Complications liées aux diagnostics et examens	Retard dans l'émission des résultats (perte d'échantillons, confusion entre deux patients) Erreur de diagnostic Défaut de diagnostic	Retard de PEC (pour toute pathologie dont le trouble nutritionnel, risque suicidaire) Dégradation de l'état du patient
Coordination et continuité des soins	Complications liées aux soins	Œdème, mauvaise pose de perfusion, cathéter, diffusion de produit voire extravasation. Défaut de préparation des patients pour le bloc ou imagerie	Retard de PEC Dégradation de l'état du patient
Sur tout le parcours	Fugues ou patient égaré	Fugue ou patient égaré (sortie de service ou de l'ES)	Retard de PEC dégradation de l'état du patient
Sur tout le parcours	Mauvais accompagnement (non clinique)	Défaut de communication avec le patient et ses proches Retard de transfert ou hospitalisation	Stress du patient et de ses proches Dégradation de l'état du patient
	Tenue du dossier du patient non-conforme	Indisponibilité du dossier Erreur de saisie d'information dans le dossier	Retard de PEC, traitement inadéquat
Coordination et continuité des soins	Complications médicales ou chirurgicales inattendues	Non-respect du protocole de soins Risque suicidaire	Dégradation de l'état du patient

Tableau 7 : Relevé des dysfonctionnements [source : auteur]

Les chutes sont les plus déclarées par le personnel du GH car il y a une véritable culture de la déclaration de cet événement dans les services de gériatrie et orthopédie, qui sont les plus touchés. Mais les dysfonctionnements les plus préjudiciables sont les complications liées aux diagnostics et examens, ou encore aux soins, ainsi que les complications médicales ou chirurgicales inattendues, sans omettre les risques de fugues des patients. L'analyse des causes a été primordiale pour déterminer les lacunes du GH, et ainsi savoir sur quoi porteraient les plans d'actions correctrices (Tableau 8):

Causes Risques	Défaut de surveillance / erreur humaine	Défaut de formation	Non-respect du protocole	Défaut de moyens (matériel, informatique, humain)	Manque de communication et coordination
Chute	X				

Œdème, diffusion ...	X	X	X		
Défaut de préparation pour le bloc / imagerie	X	X			X
Perte d'échantillons	X				X
Erreur / défaut de diagnostic	X	X		X	X
Confusion entre deux patients pour les échantillons	X				
Fugue	X			X	
Indisponibilité du dossier				X	
Erreur de saisie d'information dans le dossier	X	X		X	
Manque de communication avec le patient et ses proches	X	X			X
Retard de transfert ou hospitalisation				X	X
Non-respect du protocole de soins	X	X			

Tableau 8 : Analyse des causes des dysfonctionnements [source : auteur]

Les causes peuvent être résumées de la sorte (figure 11) :

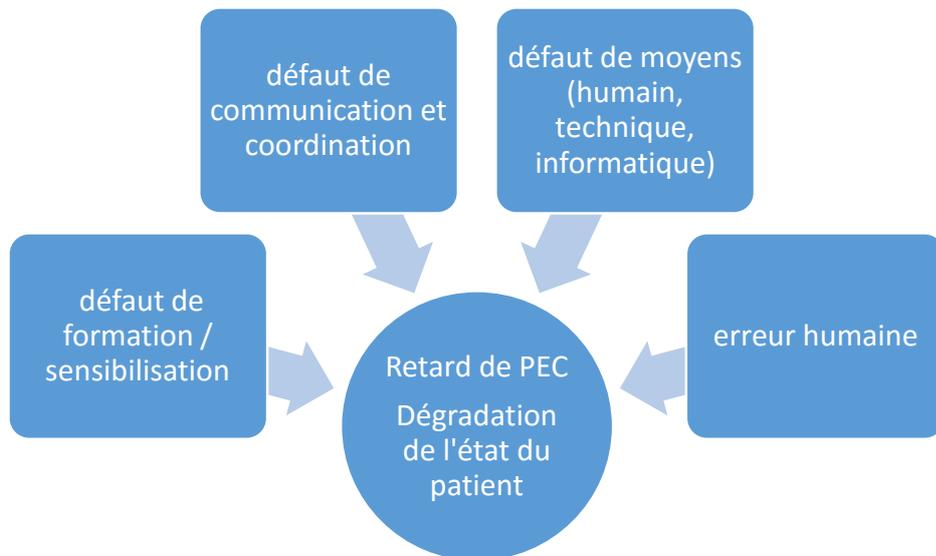


Figure 11 : Mise en valeur des principales causes [source : auteur]

Une cotation des risques et dysfonctionnements associés liés au dossier du patient est réalisée (Annexe 4). Celle du reste des risques spécifiques au parcours du patient est faite fin juin 2016.

4.3 Détermination des actions correctrices

Même si la cotation donc hiérarchisation de tous les risques et dysfonctionnements les engendrant, du parcours du patient n'est faite que tardivement, du fait de l'agenda du groupe de travail, des actions correctives peuvent être d'ores et déjà définies sur des aspects de la PEC. Les propositions d'actions correctrices peuvent être synthétisées de la façon suivante, dans le Tableau ci-dessous (Tableau 9).

Risques	Actions correctrices	Etat d'avancement	Indicateurs
Chute de patient Fugue Extravasation, œdème, escarres Non-respect de protocoles de soins Perte d'échantillons, retard dans l'émission des résultats Erreur de diagnostic	Rédaction de procédures à l'échelle du GH (de type conduite à tenir). Formations et sensibilisation pour le personnel, et particulièrement les nouveaux arrivants (Centre hospitalo universitaire)	FAIT EN CONTINU	Validation puis taux de diffusion dans les services Nombre de personnes formées Suivi des événements indésirables
Manque de communication avec le patient et ses proches	Rédaction de plaquettes informatives (accueil, sortie, PEC populations spécifiques) Planification de sessions de sensibilisation du personnel	EN COURS EN CONTINU	Taux de diffusion des plaquettes Nombre de personnes formées Enquête de satisfaction auprès des usagers Suivi des réclamations
Tenue du dossier patient non-conforme	Mise à jour puis diffusion de la procédure Tenue de Dossier Patient Formation du personnel pour l'archivage et pour le renseignement informatique du dossier Affiches de rappel des procédures	A FAIRE EN CONTINU A FAIRE	Validation puis taux de diffusion dans les services Nombre de personnes formées Suivi des événements indésirables

Tableau 9 : Récapitulatif des actions correctrices [source: auteur]

Le détail des actions correctrices (Annexe 5) montre quels sont les plans d'action choisis pour chacun des critères relatifs au parcours du patient.

4.4 Résultats attendus

L'état d'avancement du pilotage de la thématique du parcours du patient est le suivant :

Tâches effectuées	Tâches en cours	Tâches à effectuer	Retombées attendues
-------------------	-----------------	--------------------	---------------------

<p>Définition de la stratégie Dressage de l'état des lieux Création du macro-processus du parcours du GH Définition et analyse des risques du parcours et plus importants, de leurs causes. Cotation des risques relatifs à la tenue du dossier du patient</p>	<p>Modélisation des processus pour les PEC retenues Définition de nouveaux plans d'actions correctrices pour améliorer le niveau de maîtrise du parcours du patient, suivi de l'efficacité des plans en cours. Rédaction de plaquettes de présentation des thématiques et du résultat de leur pilotage par les groupes de travail.</p>	<p>Cotation du reste des risques influençant le parcours Déploiement des nouveaux plans d'action définis et suivi de leur mise en œuvre et efficacité Rédaction du CQ (déc. 2016)</p>	<p>A court terme : démonstration de la maîtrise des risques et des processus de PEC du GH à travers l'audit de certification V2014. En continu : sécurisation et efficacité du parcours du patient grâce à :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➔ Des procédures utiles, utilisables et utilisées ➔ Un personnel compétent et exigeant, formé en continu <p>Une PEC de toutes les populations, qui soit personnalisée, fluide et cohérente</p>
--	--	---	--

Tableau 10 : Avancement des tâches [source : auteur]

5 Conclusion et perspectives

J'ai acquis différentes compétences, durant ce stage (Annexe 0). D'une part, j'ai développé une capacité d'analyse d'une organisation complexe et diverse, et d'autre part, une aisance relationnelle grâce aux rencontres avec l'ensemble des professionnels d'un ES, de grades et de formations diverses. De plus, autonomie et prise d'initiatives m'ont été indispensables à la réalisation du travail, pour hiérarchiser les tâches, et pour proposer des idées d'amélioration auxquelles les professionnels n'avaient pas pensé. Enfin, cette expérience m'a apporté une vision critique sur le métier de responsable qualité de même que sur la démarche qualité dans le milieu de la santé.

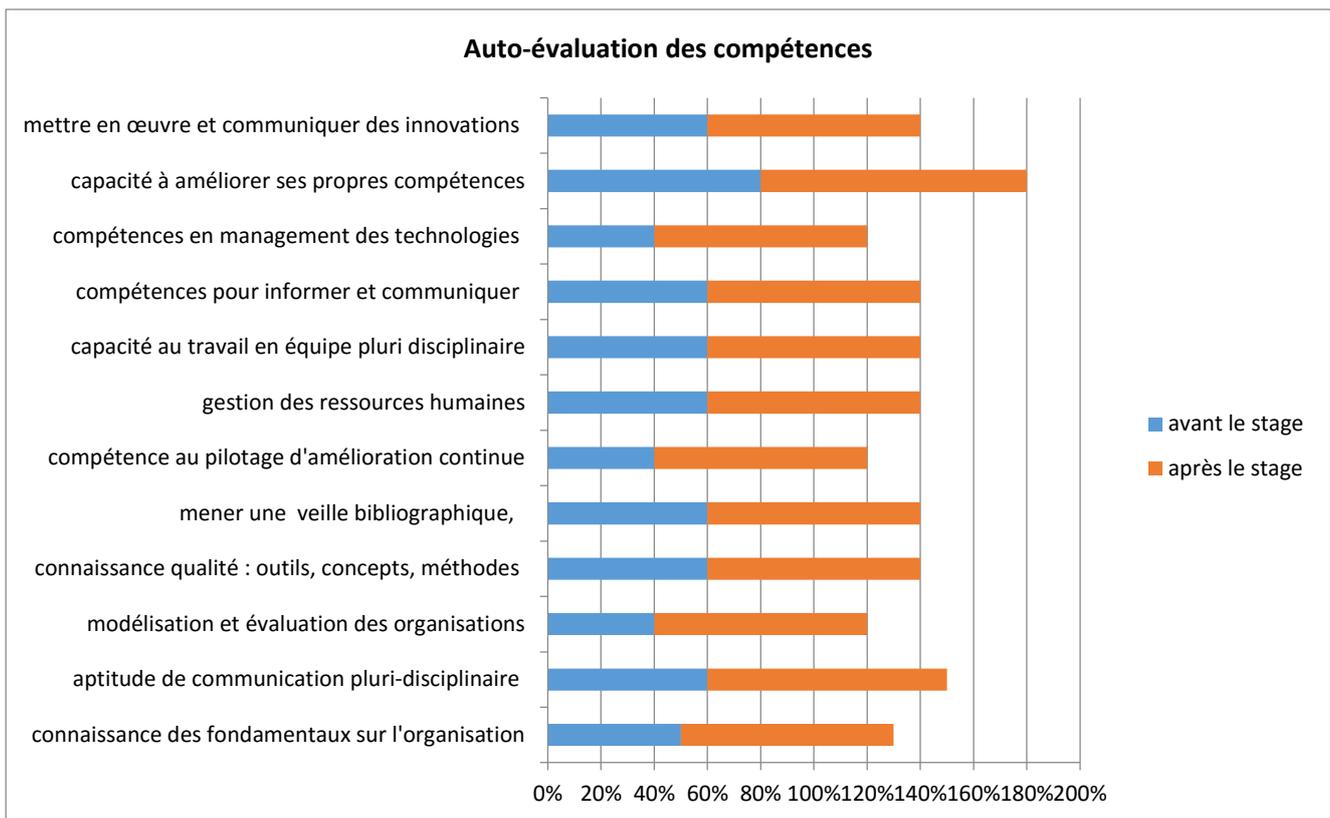
Ainsi, améliorer la prise en charge des patients dans un grand groupe hospitalier est une démarche de longue haleine qui doit être menée de manière continue, et pas uniquement avant les visites d'audit, en impliquant l'ensemble du personnel hospitalier. J'ai compris que la rencontre avec les professionnels est essentielle à toute organisation, pour réussir sa mission d'amélioration continue. De même, il est impossible de supprimer totalement les facteurs de risque, car ils sont essentiellement liés à l'humain et aux aléas extérieurs à l'organisme d'accueil, il faut donc trouver des leviers de performance réalisables par rapport à la situation de l'entité. Dans une perspective d'amélioration continue de la prise en charge hospitalière, les professionnels de terrain devraient tous être sensibilisés aux questions de qualité et gestion des risques, et relation avec les usagers, car les acteurs de terrain doivent être absolument impliqués.

6 Bibliographie

- [1] Procédure de certification des établissements de santé et des structures visées aux articles L.6133-7, L.6321-1, L. 6147-7 et L.6322-1 du Code de la santé publique
- [2] Haute Autorité de Santé (HAS), « Manuel de certification des établissements de santé v2010 ». Edition HAS, www.has-sante.fr, avr-2011.
- [3] H. A. de S. Collectif, Éd., « Le Compte Qualité ». nov-2014.

- [4] Haute Autorité de Santé, « GUIDE_PATIENT_TRACEUR.doc - guide_methodo_patient_traceur ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/guide_methodo_patient_traceur.pdf. [Consulté le: 08-juin-2016].
- [5] Collectif, « Certification des établissements de santé-Guide thématique des experts visiteurs ». Haute Autorité de Santé, nov-2014.
- [6] « Haute Autorité de Santé - Certification V2014 – Parcours du patient en V2014 ». [En ligne]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014. [Consulté le: 08-juin-2016].
- [7] Haute Autorité de Santé, « Recueil des éléments d’investigation obligatoire (EIO) ». Service de la certification des établissements de santé, déc-2014.
- [8] « Nous connaître | APHP ». [En ligne]. Disponible sur: <http://www.aphp.fr/nous-connaître>. [Consulté le: 15-févr-2016].
- [9] Collectif, « Plan stratégique 2015-2019, une AP-HP, ouverte, unie et innovante ». .
- [10] « Synthèse -Projet Régional de Santé Ile de France ». Agence Régionale de Santé Ile-de-France.
- [11] Haute Autorité de Santé, « Rapport de certification V2010 Hôpitaux Universitaires Est Parisiens Site Saint Antoine », févr. 2015.
- [12] Haute Autorité de Santé, « Choisir les événements et situations à risques à traiter.pdf », *www.has-sante.fr*, 28-mai-2016. [En ligne]. Disponible sur: <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/fiche9.pdf>. [Consulté le: 29-mai-2016].

7 Annexes



Annexe 0 1 Auto-évaluation des compétences [source : auteur]

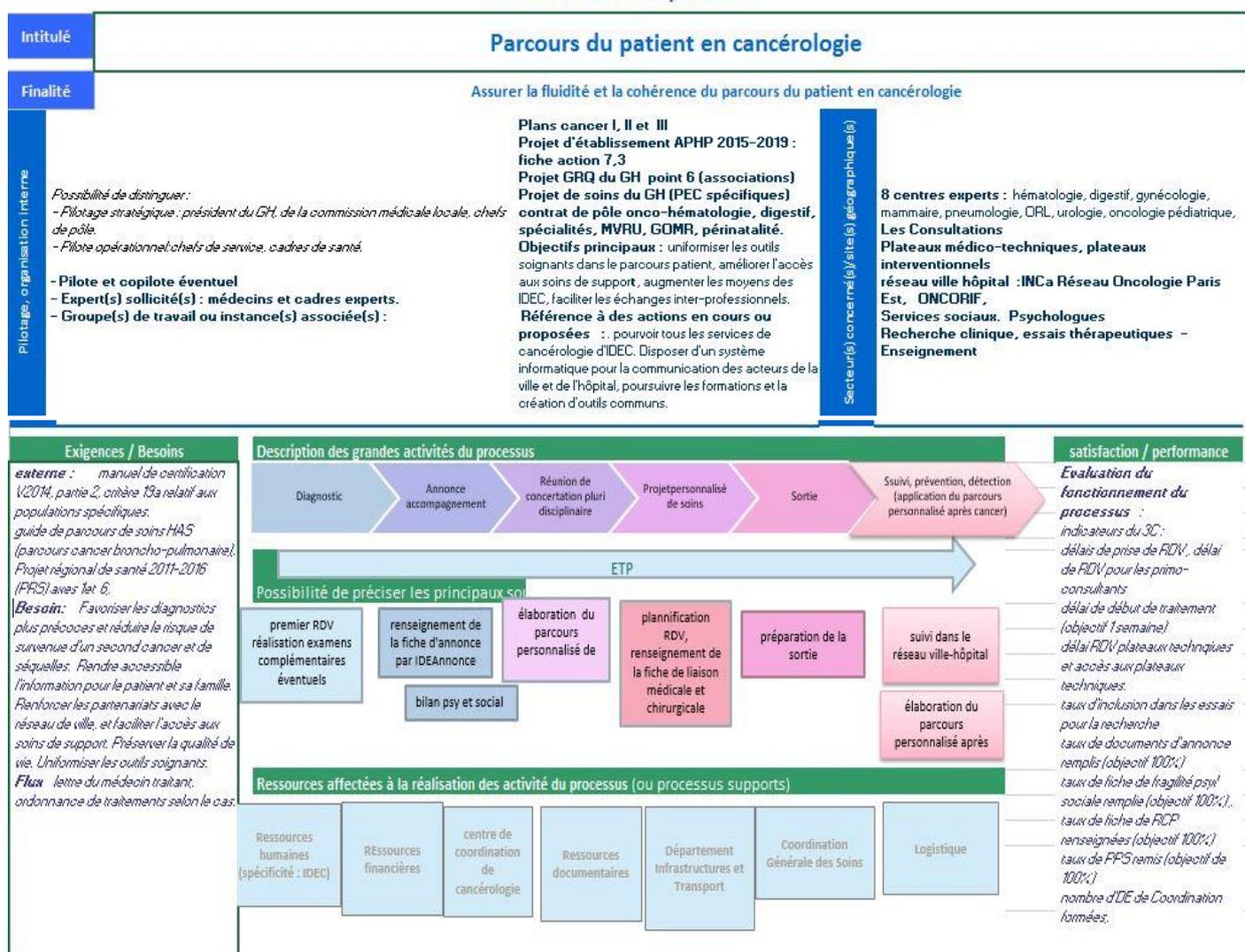
Échelle de vraisemblance	Niveau de fréquence	Périodicité
1	Exceptionnel ou jamais observé	Au-dessus de 5 ans
2	Peu fréquent	Entre 1 fois tous les 5 ans et 1 fois par an
3	Possible	Entre 1 fois par an et 1 fois par mois
4	Fréquent	Entre 1 fois par an et 1 fois par mois
5	Très fréquent	Plus d'une fois par semaine
Échelle de gravité	Niveau de gravité	Explication
1	Mineure	Conséquences mineures sans préjudice (ex retard simple)
2	Significative	Incident avec préjudice temporaire (retard, désorganisation PEC)
3	Majeure	Incident avec impact (report ou prolongation hospitalisation, transfert non prévu en réanimation)
4	Critique	Conséquences graves (ré-intervention, répercussion sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente)
5	Catastrophique	Conséquences très graves (invalidité permanente, séquelles graves, décès)

Annexe 1 : Echelle de vraisemblance et gravité [12]

		Accueil	Séjour		Sortie
Quoi ?	Activités	Accueil	Evaluation initiale de l'état du patient	Continuité et coordination des soins	Sortie
	Tâches	Création du dossier du patient : Vérification identité OU Recherche antériorité Constitution DPA Administratif Prise en charge médicale et paramédicale: Prescriptions d'entrée (traitement plus examens paracliniques)	Réalisation d'examens complémentaires, Mise à jour du dossier du patient, Elaboration du projet de soins personnalisé, Alimentation du dossier du patient	Application et ajustement continu du projet de soins personnalisé, évaluation continue de l'état du patient, Alimentation du dossier du patient	Archivage et clôture du dossier du patient, Production puis envoi du compte-rendu d'hospitalisation au médecin traitant et au patient, adressage aux structures du réseau ville-hôpital.
Qui ?	Acteurs	personnel administratif, personnel médical et paramédical	personnel médical et paramédical, personnel administratif du service de soins, techniciens de laboratoire et manipulateurs radio.		personnel médical et paramédical, puis administratif,
Où ?	Lieu	accueil, admissions si hospitalisation	Services cliniques		services cliniques et administratifs, puis structures d'aval
Comment ?	Documents associés (procédure, protocole, MO...)	procédure de tenue de dossier du patient, prise en charge des patients sans identité, des populations spécifiques, désignation de personne de confiance et à prévenir	procédure de tenue de dossier du patient, procédures et protocoles médicaux et paramédicaux associées à chaque service		procédure de tenue du dossier du patient et d'archivage.
	Ressources matérielles	matériel bureautique, infrastructure d'accueil pour tous les patients dont handicapés,	moyens de communication pour le personnel, matériel biomédical pour les examens et prélèvements, infrastructures d'accueil du patient,		moyens de transport, bureautique,
	Compétences	administratives et logistiques.	médicales et paramédicales, logistiques		administratives et logistique
	Interfaces	transport en amont , services cliniques en aval	plateaux médico-techniques, bloc opératoire, services logistiques dont celui de restauration, hygiène et administratifs,		services cliniques et administratifs, transport interne à l'ES et externe

Annexe 2 : Descriptif des grandes étapes de PEC d'un patient [source: auteur]

Carte d'identité du processus



Processus/thématiques en lien (interfaçage)	Risques prioritaires	Principaux dispositifs de maîtrise	Actions de communication
<ul style="list-style-type: none"> Droit des patients Dossier du patient PEC patients en fin de vie Management de la PEC médicamenteuse Biologie médicale Imagerie Blocs Services administratifs (admissions frais de séjour, archives) Consultations Secrétariats médicaux Bureaux des Chargés des Relations avec les Usagers Bureau du médiateur médical DIM 	<ul style="list-style-type: none"> retard de diagnostic risque de dénutrition risque infectieux risque suicidaire risque en radiothérapie : -erreur d'identification du patient -erreur de côté, erreur de positionnement du faisceau ou du patient, risques radiophysiques, mauvaise organisation des interfaces, défaut d'organisation dans la pose de PAC report d'acte 	<ul style="list-style-type: none"> Action déterminées lors des évaluations des pratiques pros : revue des RCP et suivi des indicateurs Pérennisation des CREX en radiothérapie : suivi de l'indicateur nombre de CREX. modélisation du parcours de soins et formation du personnel pour le patient atteint de cancer colo-rectal. Formation en oncogériatrie par le SOFROG Mise en place de documentation fiche de liaison médicale et chirurgicale, fiche de RCP, PPS et PPAC formalisés. Charte RCP pour formaliser les exigences d'une RCP (présence de trois médecins de spécialité de différente, exigences sur le renseignement de la fiche de RCP, information à donner au patient et aux médecins). Patients traceurs : PEC d'un patient souffrant d'un cancer bronchopulmonaire opéré par lobectomie pulmonaire, PEC d'un patient hospitalisé pour une pose de PAC, PEC d'un patient suivi pour myélome, Parcours patient pour la prise en charge d'un cancer de la prostate, Prise en charge chirurgicale d'un patient pour cancer colorectal (stomie, éducation thérapeutique etc.), Cancer larynx ou papillomavirus, de l'ovaire, Sein adjuvant, Testis, Greffe, PEC d'une allogreffe, Prise en charge d'un patient pour LMA PEC d'un enfant pour une leucémie aigue 	<ul style="list-style-type: none"> Actions de communication sur : - le(s) plan (s) d'actions : site internet du 3C relié au centre de recherche médicale de l'UPMC

Annexe 3 : Exemple de modélisation de parcours du patient (cancérologie) [source : auteur]

Risque	Cause	Conséquence	Gravité	Vraisemblance	Maîtrise
Difficulté d'accès au dossier lié à la variabilité de gestion au sein des sites	Hétérogénéité des procédures de Tenue du Dossier du Patient	Retard, désorganisation de la PEC	2	5	3
Méconnaissance de la procédure Tenue de Dossier du Patient	Manque de formation du personnel, manque de communication	Gestion du dossier du patient non conforme.	1	5	2
Manque de disponibilité du dossier du patient	Manque d'habilitation informatique	Retard, désorganisation de la PEC	1	5	2
	Absence de traçabilité dans le logiciel de gestion des dossiers médicaux	Retard, désorganisation de la PEC	1	5	2
	Défaillance informatique	Retard, désorganisation de la PEC	2	5	4
Rupture de la PEC du patient dans le réseau ville-hôpital	Délai d'envoi du CRH excessivement long	Perte de chance pour le patient	3	5	2
Perte de l'information médicale dossier informatique	Fusion de dossiers de patients différents	Potentielle PEC inadaptée Retard dans la PEC	2	4	2
	Perte du dossier	Retard, désorganisation de la PEC	2	4	3
Mélange d'informations dans un dossier papier	Erreur humaine	Diagnostic erroné, PEC inadaptée	A évaluer		

Annexe 4 : Détail et cotation des risques dossier [source : auteur]

Critère	Risque	Plans d'action	Etat d'avancement	Indicateur
Accueil (16.a)	Manque d'information du patient	Améliorer la qualité de la réponse téléphonique Systématiser la distribution du livret d'accueil	En cours En cours	Programme d'accompagnement du personnel Taux de distribution du livret
Continuité et coordination des soins (18.a)	Complications médicales inattendues	Poursuivre le développement des filières courtes, de la filière gériatrique, Fluidifier la PEC ambulatoire Développer les programmes personnalisés de soins en oncologie	En cours, en continu	Bilan d'activité, taux de primo consultants reçus en moins de 15j, activité chir. Ambulatoire. Nombre de PPS en oncologie
Enfants et adolescents (19.a) Personnes âgées (19.a) PEC en psychiatrie (18.a, 24.a) PEC du handicap (19.a) Personnes démunies (19.a) PEC du risque suicidaire (19.b) PEC des urgences vitales (18.b)	Complications liées aux soins, médicales ou chirurgicales inattendues, diagnostics et examens	Formation du personnel aux PEC spécifiques, suivi des partenariats avec les structures de ville Rédaction et diffusion de procédures relatives à la PEC de ces populations (conduite à tenir, répartition des tâches)	En cours et en continu A faire	Nombre de personnes formées, suivi des activités engendrées par les partenariats Taux de diffusion des procédures relatives à PEC de ces populations spécifiques

PEC du risque nutritionnel (19.c)				
PEC des soins non programmés (18.b)	Complications liées aux diagnostics et examens	Fluidifier l'aval des urgences, réduire le temps d'attente aux urgences, généraliser les filières rapides	En cours. Réorganisation à faire	taux de séjours >24h en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée = 3%
Education thérapeutique du patient pour les patients souffrant de maladies chroniques (23.a)	Complications liées aux soins	Accompagner le développement de programmes d'ETP	En continu	Suivi du développement des programmes (enquête de satisfaction, nombre de partenaires informés)
Activités de rééducation (27.a)	Complications liées aux soins,	Réaliser une étude de l'organisation des plateaux de rééducation du GH	En cours	Schéma d'organisation des plateaux du GH
Sortie (24.a)	Complications médicales inattendues	Améliorer le délai d'envoi du CRH	En cours	Taux de délai d'envoi → 60 % des CRH envoyés dans les 8j
Difficulté d'accès au dossier lié à la variabilité de gestion au sein des sites		Rédaction d'une procédure à l'échelle du GH : Tenue du Dossier du Patient.	A faire	Validation et diffusion de la procédure
Perte de l'information médicale sur le dossier informatique	Tenue du dossier du patient non-conforme	Externalisation d'une partie des données sur support papier.	En cours	Taux de dossiers externalisés
Indisponibilité de l'information médicale due à une défaillance informatique		Procédure à l'échelle du GH : pièces du dossier à imprimer obligatoirement.	En cours	Nombre d'avaries informatiques, temps d'indisponibilité
Délai d'envoi de pièces du dossier au patient		Adoption de la procédure de recherche et envoi de pièces du dossier d'un des sites	A faire	Taux de délai d'envoi

Annexe 5 : Détail des actions correctrices [source : auteur]