



BOUTROUILLE Julie

Année universitaire :
2016 / 2017

**Mémoire de fin d'études de la 2^{ème} année de Master Management
Sectoriel parcours Management des établissements médico-sociaux,
de la qualité et des risques, et des flux**

Vers une nouvelle démarche qualité en EHPAD

Sous la direction de M. Hervé HUBERT

Composition du jury :

Date : 21 octobre 2017

- ❖ M. Hervé HUBERT, Directeur de mémoire
- ❖ M. Laurent CASTRA, Directeur qualité-sécurité-santé environnement à l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France
- ❖ M. Alain-Jérôme LAWNICZAK, Ingénieur qualité au Centre Hospitalier de Bailleul

Remerciements

Tout d'abord, je remercie M. Philippe CHARPENTIER, Directeur par intérim du Centre Hospitalier de Bailleul, pour m'avoir accueillie au sein de son établissement dans le cadre de mon stage de Master 2^{ème} année Management Sectoriel parcours Management des établissements médico-sociaux, de la qualité et des risques, et des flux.

Je remercie tout particulièrement mon maître de stage, M. Alain-Jérôme LAWNICZAK, Ingénieur Qualité au Centre Hospitalier de Bailleul, qui m'a permis de réaliser cette étude dans de bonnes conditions en m'apportant son aide et son soutien tout au long de ce stage.

Je remercie également, Mme Marie-France DERUY, Directrice des Soins ; Mme le Dr Djamila BOUCHEDDA, Médecin coordonnateur de l'EHPAD* (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) ; Mme Blandine BASSE, Cadre de santé des services CAP* 01 (Capucins 1^{er} étage) et CAP* 03 (Capucins 3^{ème} étage) de l'EHPAD* et Mme Mélanie OBJOIS, Cadre de santé du service CAP* 02 de l'EHPAD* (Capucins 2^{ème} étage), pour leur soutien et leur participation à ce projet.

De même, je remercie l'ensemble des professionnels de santé ayant participé au groupe de travail « Résident Traceur » pour leur implication dans cette démarche et leur apport de connaissances du terrain.

Enfin, je remercie le tuteur pédagogique des Masters 2^{ème} année Management Sectoriel parcours Management des établissements médico-sociaux, de la qualité et des risques, et des flux, M. Hervé HUBERT ainsi que le Dr Franck-Olivier DENAYER, Doyen de la Faculté, pour leur soutien et les informations données concernant le bon déroulement du stage et de la soutenance.

Sommaire

Remerciements	2
Sommaire	3
Glossaire	4
Introduction	6
Chapitre 1 : La démarche qualité en EHPAD	10
Chapitre 2 : Présentation de la méthode « Patient Traceur »	29
Chapitre 3 : Adaptation de la méthode « Patient Traceur » au secteur médico-social : le « Résident Traceur »	39
Conclusion	55
Bibliographie	59
Tables graphiques et schémas	61
Tables des matières	63

Glossaire

Les termes définis dans le glossaire sont identifiés dans le texte par un astérisque « * ».

Acronymes	Définitions
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
CAP 01	Capucins 1 ^{er} étage
CAP 03	Capucins 3 ^{ème} étage
CAP 02	Capucins 2 ^{ème} étage
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
ANESM	Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
HAS	Haute Autorité de Santé
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UVA	Unité de Vie d'Alzheimer
PASA	Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PDCA	Planifier, Déployer, Contrôler, Améliorer
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EI	Evénement Indésirable
EIG	Evénement Indésirable Grave
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CLUD	Comité de Lutte contre la Douleur
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CLAN	Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition
CSTH	Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance

QSSA	Qualité Sécurité des Soins et des Activités
CREX	Comité de Retour d'Expérience
ALARM	Association des Litiges et de la Gestion des Risques
REMED	Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés
ANGELIQUE	Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements
AFNOR	Association Française de Normalisation
ESSMS	Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CTP	Convention Tripartite Pluriannuelle
EPRD	Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses
PAQSS	Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
DP	Dossier Patient
C	Conforme
NC	Non Conforme
NA	Non Applicable
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
AS	Aide-Soignante
SWOT	Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces
PUI	Pharmacie à Usage Interne
DPI	Dossier Patient Informatisé

Introduction

La situation démographique :

En France, on constate une situation démographique très déséquilibrée. D'après le rapport de l'INSEE* (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) sur l'année 2016 ^[1], le nombre de personnes âgées en France représente 25% de la population. En effet, la France compte 66,6 millions d'individus en 2016, dont 16,6 millions de personnes de 60 ans ou plus. Dans cette tranche d'âge, on retrouve la répartition suivante :

- 4 millions d'individus ont entre 60 et 64 ans, soit 6% de la population totale ;
- 6,5 millions d'individus ont entre 65 et 74 ans, soit 10% de la population totale ;
- 4 millions d'individus ont entre 75 et 84 ans, soit 6% de la population totale ;
- 2 millions d'individus ont plus de 85 ans, soit 3% de la population totale.

Pour 2060, le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans devrait atteindre les 23,6 millions, soit environ 1 personne sur 4. On pourrait alors compter 200 000 centenaires en France. On retrouve ce même déséquilibre pour l'ensemble des pays de l'Union Européenne.

Ce phénomène s'explique notamment par l'allongement de la durée de vie, mais également par l'avancée en âge des générations du baby-boom.

Les nouveaux besoins des résidents :

Sous l'effet de cette évolution de la population, de nouveaux profils de résidents sont apparus au sein des établissements médico-sociaux, notamment dans les EHPAD*^[2].

En effet, les usagers âgés préfèrent rester à leur domicile et perçoivent de plus en plus l'entrée dans un établissement médico-social comme un dernier recours, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible. L'entrée dans ces établissements ne correspond pas à un choix mais comme une conséquence d'autres facteurs, tels que : la perte de l'aidant, une hospitalisation, une chute, une avancée dans la maladie, etc...

Ainsi, on retrouve au sein des EHPAD* des résidents plus âgés présentant une perte d'autonomie importante qui nécessite une prise en charge plus technique avec des soins de nursing (toilettes au lit, transferts...). De ce fait, on observe un phénomène de médicalisation de ces structures médico-sociales.

Les exigences concernant la qualité de la prise en charge de la personne âgée :

Cette médicalisation de la prise en charge dans ces établissements médico-sociaux nécessite de garantir aux résidents une qualité et une sécurité des soins fournis.

Par conséquent, la réglementation se développe, notamment en ce qui concerne la traçabilité des actes de soins réalisés et le développement de la démarche qualité dans ces établissements médico-sociaux.

Ainsi, la loi du 04 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, fait apparaître la notion de « Démocratie sanitaire », notamment à l'article L. 1110-1, qui précise que « *l'ensemble des professionnels de santé et des établissements de santé doivent assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

Egalement, le décret du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, qui oblige les établissements médico-sociaux à mettre en place une évaluation interne et externe ; le décret du 30 janvier 2012 relatif aux conditions de prise en compte de la certification dans le cadre de l'évaluation externe des établissements et services sociaux et médico-sociaux ; ainsi que l'arrêté du 24 juin 2016 portant sur le cahier des charges pour la réalisation des évaluations externes des établissements médico-sociaux.

En parallèle, à ces réglementations, s'ajoute une multiplication des recommandations de bonnes pratiques de l'ANESM* (Agence Nationale de l'Evaluation et de la qualité des Etablissements et Services Sociaux et Médico-sociaux) depuis 2010.

Ces phénomènes sont d'autant plus marqués par le projet de mise en place d'un CPOM* (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens) au sein des EHPAD* qui fixera des objectifs à tenir notamment concernant la démarche qualité par la Circulaire du 22 avril 2016 relative aux orientations de l'exercice 2016 pour la campagne budgétaire des établissements et services médico-sociaux accueillant des personnes handicapées et des personnes âgées afin de remplacer les anciennes conventions tripartites à compter de janvier 2017 pour être généralisé en 2021.

Par ailleurs, un article d'Hospimédia datant du 20 mars 2017^[3] a présenté le projet en réflexion de la HAS* (Haute Autorité de Santé) sur la reprise éventuelle du suivi de la démarche qualité des établissements médico-sociaux, actuellement dirigé par l'ANESM*.

Ainsi, on assiste à un rapprochement du secteur sanitaire et du secteur médico-social avec une tendance vers une convergence des modes de gestion par les tutelles concernant la démarche qualité dans ces établissements de santé. En effet, le CPOM* fixe des objectifs à atteindre sur la base d'un diagnostic partagé avec détermination des moyens, le suivi des indicateurs et l'évaluation du contrat. Ces nouvelles organisations vont amener les structures médico-sociales à adopter les mêmes outils qualité que le secteur sanitaire afin de répondre aux futurs critères d'évaluation.

Aussi, face à ces différents constats, il m'a semblé pertinent d'étudier un des outils de la HAS* mis en place dans le secteur sanitaire : le « Patient Traceur », afin de pouvoir l'adapter au secteur médico-social, plus précisément au sein d'un EHPAD* et ainsi, analyser la pertinence de son utilisation au sein de cette structure.

Ainsi, la problématique de mon mémoire s'intitule : « **Le Patient Traceur : Un levier d'optimisation pour la qualité et la sécurité de la prise en charge de la personne âgée en EHPAD* ?** ».

Aussi afin de répondre à cette problématique, l'ensemble de l'étude a été menée au sein de l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul. Ainsi, je présenterai, dans un premier temps, la démarche qualité mise en place au sein de l'EHPAD*. Puis, je développerai la méthode du « Patient Traceur » de la HAS* mise en place au sein du pôle sanitaire. Et je terminerai par une troisième partie, où je démontrerai comment cette méthode HAS* peut être adaptée à l'EHPAD* et les leviers d'optimisation qui en découlent.

Chapitre 1 : La démarche qualité en EHPAD*

I. Présentation de la démarche qualité au sein de l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul

Le Centre Hospitalier de Bailleul est un établissement public composé d'un pôle sanitaire de 30 lits de Médecine et de 30 lits de SSR* (Soins de Suite et de Réadaptation) et d'un EHPAD* d'une capacité d'accueil de 205 places réparties sur deux résidences : la Roseraie de 65 lits et les Capucins de 140 lits dont 14 lits en UVA* (Unité de Vie d'Alzheimer) et 14 lits en PASA* (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés).

La démarche qualité mise en place au sein de l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul suit la méthode PDCA* (Planifier, Déployer, Contrôler, Améliorer). Pour mener à bien cette démarche, une organisation institutionnelle est nécessaire.

a) L'organisation de la démarche qualité de l'EHPAD*

La « Démarche Qualité » est instaurée, institutionnalisée et en continuel développement depuis 2001 au sein de l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul.

Ainsi, une stratégie d'implication des personnels dans la Démarche Qualité Sécurité des Soins et Activités est effective :

- Nomination de pilotes de processus (avec lettre de missions) et de référents sur thématique (ex : douleur, hémovigilance, bientraitance, linge, hygiène) ;
- Groupes de travail thématiques dont les EPP* (Evaluation des Pratiques Professionnelles) avec participation des personnels ;
- Participation à l'élaboration des documents qualité ;
- Participation à l'analyse des causes et proposition d'actions correctives sur EI* (Evénement Indésirable), EIG* (Evénement Indésirable Grave) ou réclamation ;
- Sollicitation de participation aux enquêtes (utilisateurs, contention ...) ;
- Formations des personnels relatives aux différents axes directeurs Qualité et Sécurité des Soins ;

- Suivi des actions ou projets au niveau des différentes instances ;
- Sensibilisation des nouveaux personnels ;
- Appels à candidature sur projet

Par ailleurs, une veille réglementaire est assurée (Secrétariat de Direction et Cellule Qualité) avec accès, à tous, par la gestion documentaire « la flèche » qui répertorie plus de 900 documents. La gestion documentaire est organisée et fonctionnelle depuis 2005 et l'établissement développe son informatisation à travers le logiciel Qualnet.

➤ La Politique Qualité Sécurité des Soins et des Activités
et la « Charte qualité »

La Politique Qualité Sécurité des Soins et des Activités, tenant compte des objectifs du CPOM*, est rédigée pour 5 ans, actualisée en fonction des conclusions issues du rapport de l'évaluation externe, d'évaluations internes et constitue le volet Qualité, Sécurité et Evaluation de chaque projet d'établissement. La Politique d'amélioration continue de la Qualité et Sécurité des Soins et Activités a été présentée et approuvée par toutes les instances de l'établissement. Elle se décline sous quatre orientations stratégiques qui se subdivisent en axes directeurs. Elle est présentée ci-dessous :

- **Garantir le respect des droits de la personne hospitalisée et veiller à sa satisfaction**
 1. Droits et place des patients
 2. La gestion de la douleur
 3. Gestion des données du patient
 4. Une réflexion éthique autour de la prise en charge du patient
 5. L'écoute du patient
- **Améliorer la qualité et l'efficacité des organisations et des soins**
 6. Management stratégique
 7. Organisation et gestion des ressources
 8. Organisation et gestion du parcours patient

- **Agir pour maîtriser les risques**

9. Management de la sécurité des soins et activités
10. Vigilances sanitaires et identitovigilance
11. Prise en charge médicamenteuse
12. Qualité et sécurité de l'environnement

- **Mesurer la performance des organisations et des pratiques professionnelles**

13. Développer les évaluations des pratiques professionnelles et les contrôles qualité

De plus, une « Charte Qualité », résumant les quatre orientations validées en Directoire, est diffusée à l'ensemble des secteurs d'activité. Un programme unique et global de management de la démarche, constituant la stratégie de déploiement de la Démarche Qualité au sein de l'établissement, est formalisé, mis en œuvre et piloté par l'institution.

➤ La Gouvernance de la Qualité et Sécurité des Soins et des Activités

Le Management de la Politique Qualité Sécurité des Soins et des Activités s'organise autour de différentes structures, telles que (cf : ANNEXE I) :

Le Conseil de Surveillance :

- Délibère sur la Politique d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

La Direction :

- Décide conjointement avec le président de la CME* (Commission Médicale d'Etablissement), après concertation avec le Directoire, de la Politique Qualité Sécurité des Soins et Activités ;
- Attribue les moyens permettant de satisfaire les orientations stratégiques relatives à la Qualité Sécurité des Soins et Activités, après analyse et proposition des mesures d'amélioration par le Directoire.

Le Directoire :

- Décide et réajuste les orientations stratégiques et indicateurs de suivi de la Politique d'Amélioration de la Qualité Sécurité des Soins et Activités ;
- Débat et aide le Directeur, par une analyse éclairée, à décider des mesures à apporter afin de débloquer les difficultés, obstacles ou conflits d'intérêts.

La Commission Médicale d'Etablissement :

Démarche Qualité et Sécurité

- Propose au président du Directoire les orientations stratégiques, les axes d'amélioration de la Politique Qualité Sécurité des Soins et Activités, sur la base d'un programme global et coordonné assorti d'indicateurs de suivi ;
- Remonte au Directoire les difficultés et obstacles rencontrés bloquant la démarche d'amélioration et propose des mesures pour y remédier.

Le règlement intérieur de la CME* détaille les responsabilités de la CME* dans chacun des domaines liés à la qualité et sécurité des soins.

Commissions Qualité Sécurité rattachées à la CME*

Les évolutions réglementaires n'imposent plus l'existence des comités et commissions tels que « CLUD* (Comité de Lutte contre la Douleur), CLIN* (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales), CLAN* (Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition) ... » et compte tenu du nombre de médecin au sein de l'établissement, il a été décidé d'intégrer ces différents comités à la CME*.

De fait, chaque pilote médical, chargé de la gestion et du management d'un comité et commission qualité sécurité des soins de la CME* intervient, selon les points de l'ordre du jour en CME*. Un règlement intérieur définit les missions et objectifs de chacune des commissions rattachées à la CME*. Ces comités/commissions de la CME* sont :

- Inter-CLAN*
- CLUD*
- Groupe des correspondants hygiène
- Groupe bien-être
- Groupe contention et chute
- Prise en charge médicamenteuse

- CSTH* (Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance) et bureau hémovigilance
- Espace éthique

Le Bureau Qualité de la CME*

Historiquement, la Commission Qualité Sécurité des Soins instaurée en 2010 et qui devait mobiliser les différents responsables des comités et commissions, n'arrivait qu'à réunir très peu de participant malgré les programmations des rencontres et invitations envoyées.

Aussi, en 2012, sur demande de la Directrice par intérim et compte tenu de la taille de l'établissement, un bureau exécutif de la CME*, le « Bureau Qualité de la CME* », plus restreint en effectif, a été instauré. Il répond aux attributions nouvellement définies par la Loi « Hôpital patient Santé Territoire » et ses textes d'application relatifs au président de la CME*, à la CME* et à la Direction générale, en matière de qualité et de gestion des risques.

Ainsi, les missions du Bureau Qualité de la CME* sont :

- Propose les orientations et axes directeurs de la Politique QSSA* (Qualité Sécurité des Soins et des Activités) ;
- Assurer le suivi et la coordination du programme unique et global de management de la QSSA* ;
- Assure le suivi du programme institutionnel des démarches d'évaluation ;
- Assure le suivi et la coordination sur la gestion des risques et la gestion des réclamations ;
- Propose une stratégie de communication relative à la démarche qualité et l'évaluation externe.

Il est composé de :

- Madame le Docteur Martine MAHIEU – Praticien Hospitalier, Présidente de la CME* ;
- Madame Marie-France DERUY – Directrice des soins ;
- Monsieur Alain-Jérôme LAWNICZAK – Coordonnateur Qualité, Risques et Usagers (représentant de la Direction).

Le Bureau Qualité de la CME* se réunit tous les deux mois pour assurer un suivi institutionnel et préparer les thématiques à aborder lors des Directoires et CME*.

Les Commissions Hors CME*, en charge de la qualité et sécurité des activités

Différentes commissions, non médicales et donc non rattachées à la CME*, assurent également une coordination de démarches d'amélioration de la qualité et sécurité des leurs activités :

- Cellule identitovigilance ;
- Cellule développement durable ;
- Pôle hôtelier, confort et logistique ;
- Cellule environnement ;
- Le groupe des correspondants « Laboratoire » ;
- Comité de pilotage de la prévention des risques professionnels ;
- Comité du dialogue social ;
- Le comité de pilotage du système d'information ;
- La commission formation ;
- La commission consultative des approvisionnements, des équipements et des finances.

Un règlement intérieur définit les missions et objectifs de chacune de ces commissions.

Les groupes pluridisciplinaires

1) Les Pilotes de processus

Ils ont comme objectifs opérationnels de veiller à la coordination de leurs groupes de travail ainsi qu'à l'obtention de résultats satisfaisant aux axes d'amélioration.

Les pilotes de processus sont des décideurs, des cliniciens de secteurs d'activité cliniques ou médico-techniques, des personnels d'encadrement quel que soit le secteur d'activité (cliniques ou médico-techniques ; administratifs ; techniques ; logistique), des personnes ressources internes ou externes.

Leurs missions concernant la démarche qualité consistent à :

- Assurer le pilotage et la maîtrise de leur processus désigné dans la lettre de missions ;
- Gérer et Coordonner les sous-groupes de travail de leurs axes d'amélioration ;
 - Déterminer les priorités d'action de leurs axes de travail ;

- Déterminer la composition des sous-groupes au regard des problématiques à étudier ;
 - Planifier le calendrier du travail des sous-groupes et s'assurer que cette planification permette de concilier le travail des équipes et les activités du quotidien ;
 - Répartir les tâches de travail selon la composition des sous-groupes ;
 - Assurer la fonction logistique : réservation de la salle de travail, convocations, comptes-rendus de séances ;
 - Elaborer, le cas échéant, un plan de communication sur le projet et ses bénéfices pour l'Institution.
- Participer, en tant que « membre expert », à un ou plusieurs sous-groupes de travail sur une problématique donnée les concernant ;
 - Motiver, encourager et impliquer les personnels des sous-groupes ;
 - Veiller à l'implication de tous
 - Reconnaître et valoriser les résultats obtenus progressivement.
 - Rendre compte de l'avancée ou des difficultés rencontrées lors des séances de mise au point avec la cellule de management de la Qualité ;
 - Présenter synthétiquement les résultats obtenus en séances plénières au :
 - Comité de Direction, Comité de pilotage de la Démarche Qualité voire d'autres Comités en fonction des thèmes étudiés par l'un de ses représentants.

Ces Groupes de Synthèse sont pérennes et les rencontres sont trimestrielles.

Leurs missions concernant l'évaluation externe consistent à :

- Respecter les exigences méthodologiques établies par l'ANESM* ;
- Réaliser, avec le Coordonnateur Qualité, Risque et Usagers le plan d'actions sur son processus ;
- Rencontrer et échanger avec l'organisme évaluateur.

Ainsi, chaque pilote est responsable de son processus.

2) Les Groupes de Travail

Leur objectif est de répondre par des solutions applicables aux objectifs opérationnels validés par le Directoire.

Un groupe de travail se compose entre 4 et 10 personnes :

- Equipes multi professionnelles associant si nécessaire :
 - Les partenaires externes ;
 - Les représentants des usagers ;
 - Les services « clients » qui utilisent plus fréquemment les services rendus.

Les missions des groupes de travail sont de :

- Participer à la recherche de la documentation nécessaire à la réflexion de leur problématique de travail (Textes législatifs, recommandations, normes, documents internes : procédures et protocoles existants ...) ;
- Poser le problème sur la base des constats ;
- Analyser le problème et le décomposer en sous étapes (approche processus) ;
- Evaluer la fréquence et la gravité d'apparition des dysfonctionnements ;
- Lister les moyens de maîtrises existant et les évaluer (pertinent ou non) ;
- Analyser les causes sur dysfonctionnement et proposer des solutions adaptables selon les points critiques ;
- Sélectionner les solutions les plus envisageables et applicables pour l'établissement ;
- Formaliser ces solutions en précisant qui fait quoi, comment pour quand et pourquoi ;
- Elaborer les indicateurs adéquats permettant le contrôle des processus concernés par ces solutions.

Ces groupes de travail ne vivent que dans le temps de la résolution de leur(s) problématique(s).

Les responsables des pôles d'activité

La Direction mandate les responsables de pôle et les cadres référents de pôle pour contribuer au déploiement de la Politique d'Amélioration de la Qualité et Sécurité des Soins et Activités à travers le suivi des indicateurs prédéterminés.

Les cadres des secteurs d'activité, qu'ils soient soignants, administratifs, techniques ou logistiques, doivent soutenir l'implication des agents de leur service dans la démarche qualité en facilitant leur participation aux groupes de travail ou aux projets qu'ils ont à mener.

L'encadrement doit tendre à faciliter la mise en œuvre des actions d'amélioration retenues par la Direction. Il veille au respect des procédures validées et diffusées.

Les Personnels d'Encadrement

Ils ont pour mission de :

- Participer aux groupes pluridisciplinaires (Groupes des Pilotes, Groupes de travail) ;
- Assurer le déploiement des solutions, retenues et validées, sur le terrain ;
- Faire vivre au quotidien le(s) système(s) qualité déployé(s) : respect des règles écrites d'organisation, de gestion et de pratiques professionnelles ;
- Assurer la dynamique qualité et sécurité au sein de leur unité ;
- Mettre en œuvre des méthodes, des outils de mesure et d'évaluation, les plans d'amélioration dans leur service respectif ;
- Assurer une communication ascendante, descendante et transversale des projets qualité qu'ils ont en charge (objectifs et résultats ; bénéfices ou problèmes rencontrés).

La Cellule de Management de la Qualité

Elle a pour objectif de garantir la préparation, le déploiement, le contrôle et l'amélioration continue de la Politique Qualité Sécurité des Soins et Activités et son système d'organisation et de management.

Elle est composée d'un Coordonnateur Qualité, Risques et Usagers (1 ETP) et d'une Secrétaire Qualité (0,4 ETP).

Concernant la Démarche Qualité, la Cellule de Management de la Qualité a pour mission de :

- **Assurer le management et la coordination des groupes des Pilotes sur leurs axes de travail.**
 - Identifier avec les membres des groupes des pilotes les priorités d'action de leurs axes de travail en fonction de leur processus ;
 - Participer à déterminer la représentativité de fonction dans la composition des groupes de travail au regard des problématiques à étudier ;
 - Cerner les problématiques et proposer un cadrage méthodologique ;
 - Planifier le calendrier des rencontres des groupes des pilotes et s'assurer que cette planification permette de concilier le travail des équipes et les activités du quotidien ;
 - Assurer la fonction logistique : réservation de la salle de travail, convocations, comptes-rendus de séances.

- **Participer, en tant que « conseil et soutien méthodologique », à un ou plusieurs groupes de travail sur une problématique donnée en collaboration avec les pilotes/chefs de projet.**

- **Motiver, encourager et impliquer les personnels des groupes des pilotes et des groupes de travail.**
 - Veiller à l'implication de tous ;
 - Reconnaître et valoriser les résultats obtenus progressivement.

- **Rendre compte de l'avancée ou des difficultés rencontrées lors des séances de mise au point avec le Bureau Qualité de la CME*, de la CME* et du Directoire.**

- **Présenter synthétiquement des résultats obtenus, en fonction des thématiques, en séances plénières :**
 - Aux instances représentatives du personnel, à la conférence des cadres, aux commissions qualité et gestion des risques de la CME* et ce, en fonction des thèmes étudiés en partenariat avec le(s) pilote(s)/chef(s) de projet ;
 - Elaborer des plans de communication institutionnels en concertation avec les pilote(s)/chefs de projets sur les résultats issus de leur projet.

Concernant la Procédure d'Evaluation Externe, elle a pour mission de :

- **Veiller au respect des exigences méthodologiques établies par l'ANESM* pour chacune des phases de la procédure :**

- Engager l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul dans la procédure d'évaluation externe des établissements médico-sociaux ;
 - Dossier d'engagement et ses volets ;
 - Echanges avec le chef de projet – Organisme évaluateur habilité par l'ANESM*.
- Planifier et manager la réalisation des cartographies des risques et des plans d'actions ;
 - Suivi des travaux réalisés par les groupes des pilotes ;
 - Cadrage méthodologique et respect des échéances ;
 - Veiller à la cohérence du contenu général et au respect des exigences de l'ANESM*.
- Préparer l'établissement à l'évaluation externe et les groupes de synthèse à la rencontre de l'organisme évaluateur :
 - Préparation et sensibilisation des pilotes, instances et services ;
 - Mise en situation des groupes des pilotes ;
 - Préparation logistique de la visite de l'organisme évaluateur.
- Assurer le suivi des conclusions issues du rapport de l'évaluation externe ;
 - Adapter le programme institutionnel de l'amélioration de la qualité en conséquence.

➤ La Gestion des Risques de l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul

Depuis 2010, l'établissement a développé sa politique de maîtrise des risques à travers deux approches complémentaires :

- L'identification et l'analyse des risques **a priori** avec par la cartographie des risques par processus ;

- L'identification et l'analyse des risques *a posteriori* avec le dispositif de signalement des événements indésirables qui témoignent de l'existence de risque. Ce dispositif est instauré depuis 2006.

En 2016, les cartographies des risques ont été actualisées pour celles existantes ou réalisées et ce, sur chacun des processus de l'établissement.

Un coordonnateur des risques est identifié et chargé de la gestion du dispositif de signalement des événements indésirables et assure une aide méthodologique et de pilotage pour la réalisation des cartographies des risques. Une charte d'encouragement au signalement des événements indésirables est rédigée et appliquée. Un guide de bonnes pratiques sur la mise en place de CREX* (Comité de Retour d'Expérience) a été défini et installé en 2013 puis actualisé en 2014. Les fiches méthodologiques ALARM* (Association des Litiges et de la Gestion des Risques) et REMED* (Revue des Erreurs liées aux Médicaments Et Dispositifs médicaux associés) sont utilisées pour l'analyse en équipes suite au signalement d'EI* le nécessitant. L'établissement participe annuellement aux semaines de sécurité et profite de sensibiliser les personnels sur le dispositif de gestion des EI*.

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles pour l'exercice de la coordination de l'activité de gestion des risques associés aux soins : personnels d'encadrement, médecins, équipes, référents et partenaires externes en cas de besoin.

Les correspondants locaux des vigilances sont identifiés et les dispositifs de vigilance et de veille sanitaire sont organisés et opérationnels. Les plans de crise sont formalisés et accessibles à tous par la gestion documentaire. L'établissement, en partenariat avec les établissements de la Flandre Intérieure, a participé à des exercices plans blancs en 2011, 2012 et 2015. L'établissement doit développer les simulations et sensibilisations.

Un retour d'information, ciblé par thématique, est réalisé régulièrement aux différentes instances de l'établissement. Des tableaux de bord « gestion des risques et écoute du patient » sont diffusés auprès des personnels d'encadrement. La gouvernance managériale du programme unique et global de management de la démarche Qualité Sécurité des Soins et des Activités, des événements indésirables, des plaintes et réclamations et des EPP* est assurée par le bureau qualité de la CME* (Président de la CME*, Direction de Soins, Coordonnateur Qualité, Risque et Usagers). Des rencontres trimestrielles sont organisées avec les différents pilotes de processus.

➤ La gestion des plaintes et des réclamations

Le dispositif de recueil des attentes et insatisfaction des usagers est opérationnel. Ces dernières sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteur d'activité ou d'établissement. Dans le cas d'une plainte, le plaignant est informé des suites données et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.

Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.

La participation des représentants des usagers est effective (Conseil de surveillance, CVS* (Conseil de Vie Sociale), CDU* (Commission des Usagers), espace de discussion éthique, enquête de satisfaction). Ils donnent leur avis sur la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Cependant, les EHPAD* ne possèdent pas de référentiel interne qui correspond à leur activité afin de se préparer à l'évaluation externe. Ils doivent alors s'appuyer sur le seul référentiel spécifique à l'EHPAD* : le référentiel ANGELIQUE* (Application Nationale pour Guider une Evaluation Labellisée Interne de Qualité pour les Usagers des Etablissements) datant de Juin 2000.

Ce référentiel présente néanmoins plusieurs défauts. En effet, ce référentiel n'a pas évolué au fil du temps en intégrant les nouvelles recommandations et normes.

De plus, le référentiel ANGELIQUE* ne s'est pas adapté aux nouvelles pratiques médicales de plus en plus importantes en EHPAD*. Ainsi, la prise en charge médicale et paramédicale des résidents n'est pas investiguée en détail.

Les EHPAD* sont donc contraints de répertorier l'ensemble des Recommandations de Bonnes Pratiques de l'ANESM*, de MOBQUAL, des normes AFNOR* (Association Française de Normalisation) et des référentiels de la HAS* afin de se préparer au mieux à l'évaluation externe.

b) L'évaluation de la démarche qualité de l'EHPAD*

On observe deux temps dans l'évaluation de la démarche qualité en EHPAD* avec une évaluation interne et une évaluation externe.

➤ L'évaluation interne

Ainsi, l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul réalise en continue des évaluations internes de la démarche qualité basée sur le référentiel ANGELIQUE* et les Recommandations de Bonnes Pratiques de l'ANESM*, en réalisant des EPP*, des audits de processus, des enquêtes par thématique (contention, douleur...) ainsi que des campagnes de sensibilisation auprès des professionnels pour chaque thématique de processus, qui sont retracés dans le rapport d'activités de l'EHPAD*. La dernière évaluation interne de l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul a été réalisée en 2011.

En effet, les résultats de l'évaluation interne sont transmis tous les 5 ans à l'autorité ayant délivré l'autorisation. En revanche, pour les EHPAD* ayant conclu un contrat pluriannuel, ces résultats peuvent être transmis lors de la révision de ce contrat.

Cette démarche d'évaluation interne est centrée sur 5 axes, en conformité avec la Circulaire du 21 octobre 2011 relative à l'évaluation des activités et de la qualité des prestations délivrées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux, qui sont :

- La prise en compte des besoins et des attentes/la personnalisation ;
- Le maintien de l'autonomie et l'accompagnement de la situation de handicap ;

- La prévention des risques liés à la vulnérabilité des personnes et à l'institutionnalisation ;
- La garantie des droits individuels et collectifs ;
- L'accompagnement de la fin de vie.

Afin d'accompagner les ESSMS* (Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux) dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002 ^[4], un organisme a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 : l'ANESM*.

Ainsi, l'ANESM* met à disposition des EHPAD* 15 indicateurs de suivi classés selon les 5 axes présentés précédemment :

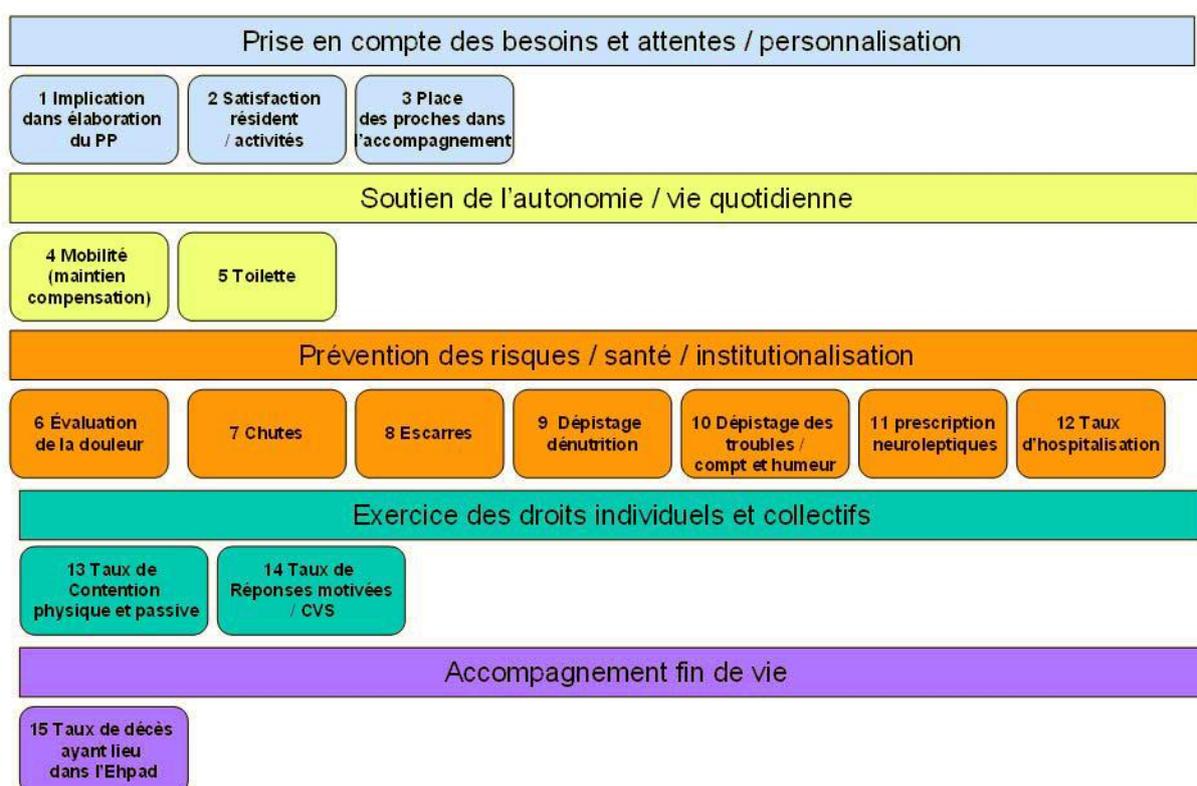


Figure 01 : Les 15 indicateurs de suivi de l'ANESM pour l'évaluation interne des EHPAD**

➤ Une évaluation externe

L'ensemble des ESSMS* sont soumis à une obligation d'évaluation externe depuis l'apparition de l'article L. 312-1 du CASF* (Code de l'Action Sociale et des Familles) ^[5].

Celle-ci est engagée à l'initiative de la personne physique ou morale de droit public ou de droit privé gestionnaire de l'établissement ou du service social ou médico-social, dans le respect du cahier des charges fixé par l'annexe 3-10 du CASF*.

L'évaluation externe est réalisée dans le cadre habituel des procédures de mise en concurrence, et pour les établissements publics, dans le respect des règles du code des marchés publics.

Ainsi, les ESSMS* visés à l'article L. 312-1 du CASF* sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci. Le calendrier de ces évaluations est fixé par le décret n°2010-1319 du 3 novembre 2010 codifié à l'article D. 312-198 du CASF*.

Par dérogation, les ESSMS* autorisés et ouverts avant la promulgation de la loi procèdent au moins à une évaluation externe au plus tard deux ans avant le renouvellement de leur autorisation.

Par ailleurs, l'évaluation externe de ces ESSMS* ne peut être réalisée uniquement par les organismes habilités par l'ANESM*.

Ainsi, la prochaine évaluation externe de l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul est prévue en 2018.

II. Comparatif du cycle de l'évaluation externe de la démarche qualité entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social

Afin de pouvoir apprécier pleinement la démarche qualité mise en place au sein des EHPAD*, la réalisation d'un comparatif du cycle de l'évaluation externe de la démarche qualité mise en place au sein du secteur sanitaire est essentielle. Aussi, un tableau reprenant les principaux éléments qui composent le cycle de l'évaluation externe de la démarche qualité de chacun de ces secteurs, est présenté ci-dessous :

Critères	Secteur sanitaire	Secteur médico-social
Organisme d'accompagnement	HAS*	ANESM*
Organisme évaluateur	HAS*	Organismes externes habilités par l'ANESM* (AFNOR*, etc...)
Fréquence des évaluations externes	4 ans	7 ans
Contrat de gestion	CPOM*	Conventions tripartites remplacées par le CPOM* à partir de janvier 2017
Outils qualité utilisés	EPP*, audits de processus, compte qualité, Patient Traceur	EPP*, audits de processus
Référentiels qualité	HAS*	ANGELIQUE*, Recommandations de Bonnes Pratiques de l'ANESM*...

Tableau 01 : Comparatif du cycle d'évaluation externe de la démarche qualité entre le secteur sanitaire et le médico-social

On constate ici un rapprochement du secteur médico-social et du secteur sanitaire concernant la procédure d'évaluation externe de la démarche qualité. Ainsi, on observe pratiquement le même modèle de fonctionnement pour les deux secteurs, seul diffère l'organisme d'accompagnement, la fréquence ainsi que, les référentiels qualité.

En effet, pour le secteur médico-social, l'organisme réalisant les évaluations externes n'est pas l'organisme d'accompagnement de la démarche qualité du secteur médico-social, contrairement au secteur sanitaire. De plus, la fréquence des évaluations externes est différente pour les deux secteurs.

Cependant, cette tendance de rapprochement se concrétise de plus en plus avec l'utilisation des mêmes outils qualité comme les EPP* et les audits de processus..., l'intégration des CPOM* pour le médico-social à partir de janvier 2017 avec la mise en place d'objectifs qualité à atteindre, ainsi que le désir de la HAS* à reprendre le pilotage de la démarche qualité des ESSMS*. Ces évolutions vont ainsi apporter de nouvelles exigences pour le secteur médico-social.

III. Les exigences futures dans le secteur médico-social

En effet, la mise en place de CPOM* au sein du secteur médico-social va engendrer une réforme de la tarification et de la contractualisation des ESSMS*^[8].

Pour les EHPAD*, ceci entraîne une réforme tarifaire par le passage à un financement forfaitaire des soins et de la dépendance ; une contractualisation renouvelée à travers la substitution obligatoire d'un CPOM* à l'actuelle CTP* (Convention Tripartite Pluriannuelle) avec des objectifs à atteindre, notamment concernant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; des dispositions transitoires en vue de la montée en charge des CPOM* sur 5 ans et de l'harmonisation du niveau de financement des soins des EHPAD* en 7 ans.

Au niveau des établissements, un pilotage par les ressources va engendrer une réforme des règles budgétaires et comptables, avec notamment la mise en place d'un EPRD* (Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses).

Ainsi, tous ces éléments vont nécessiter une remise à niveau du secteur médico-social face au secteur sanitaire sous peine de sanction budgétaire et de non satisfaction de leur prochaine visite d'évaluation externe, en cas de non atteinte des objectifs fixés par le CPOM*.

Aussi, afin de répondre à ces nouvelles exigences, je me suis intéressée à la nouvelle méthode d'audit mise en place au sein du secteur sanitaire dans le cadre de la certification V 2014 : le « Patient Traceur », qui pourrait faciliter cette transition pour les EHPAD*.

Chapitre 2 : Présentation de la méthode « Patient Traceur »

I. But et finalité de la méthode « Patient Traceur » dans le secteur sanitaire

La méthode « Patient Traceur » a été créée dans le cadre de la nouvelle Certification V 2014 des établissements de santé du secteur sanitaire. Cette méthode a été inspirée de l'expérience d'autres pays, notamment par la *Joint Commission* aux Etats-Unis de 2008 ^[7].

Elle s'imbrique parfaitement dans la démarche de la gestion de la qualité dans ces établissements de santé, en suivant la méthode PDCA*. Elle s'inscrit ainsi dans la politique qualité et le PAQSS* (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins).

Par ailleurs, la méthode « Patient Traceur » présente plusieurs particularités. En effet, elle permet à la fois de prendre en compte le ressenti du patient concernant sa prise en charge dans l'établissement, mais aussi, de réunir l'ensemble des professionnels ayant participé à la prise en charge du patient. Elle favorise ainsi les échanges et les partages d'opinions entre des professionnels pluridisciplinaires concernant les organisations et la mise en œuvre des différents processus rattachés à la prise en charge du patient.

Ainsi, l'audit Patient Traceur permet d'établir un diagnostic global de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, en identifiant les points positifs et les points à améliorer, dans un temps relativement court.

Lors de la visite de certification, des audits Patients Traceurs sont réalisés par les experts-visiteurs. La HAS* définit les profils de patients qui seront audités quelques jours avant la visite de certification, selon les processus à risques et les risques identifiés et hiérarchisés dans le compte qualité de l'établissement audité.

II. Explication détaillée de la méthode « Patient Traceur »

a) Méthode proposée par la HAS*

La HAS* a exposé les différentes étapes nécessaires pour la mise en place de la méthode « Patient Traceur » au sein des établissements de santé. Elles sont présentées ci-dessous :

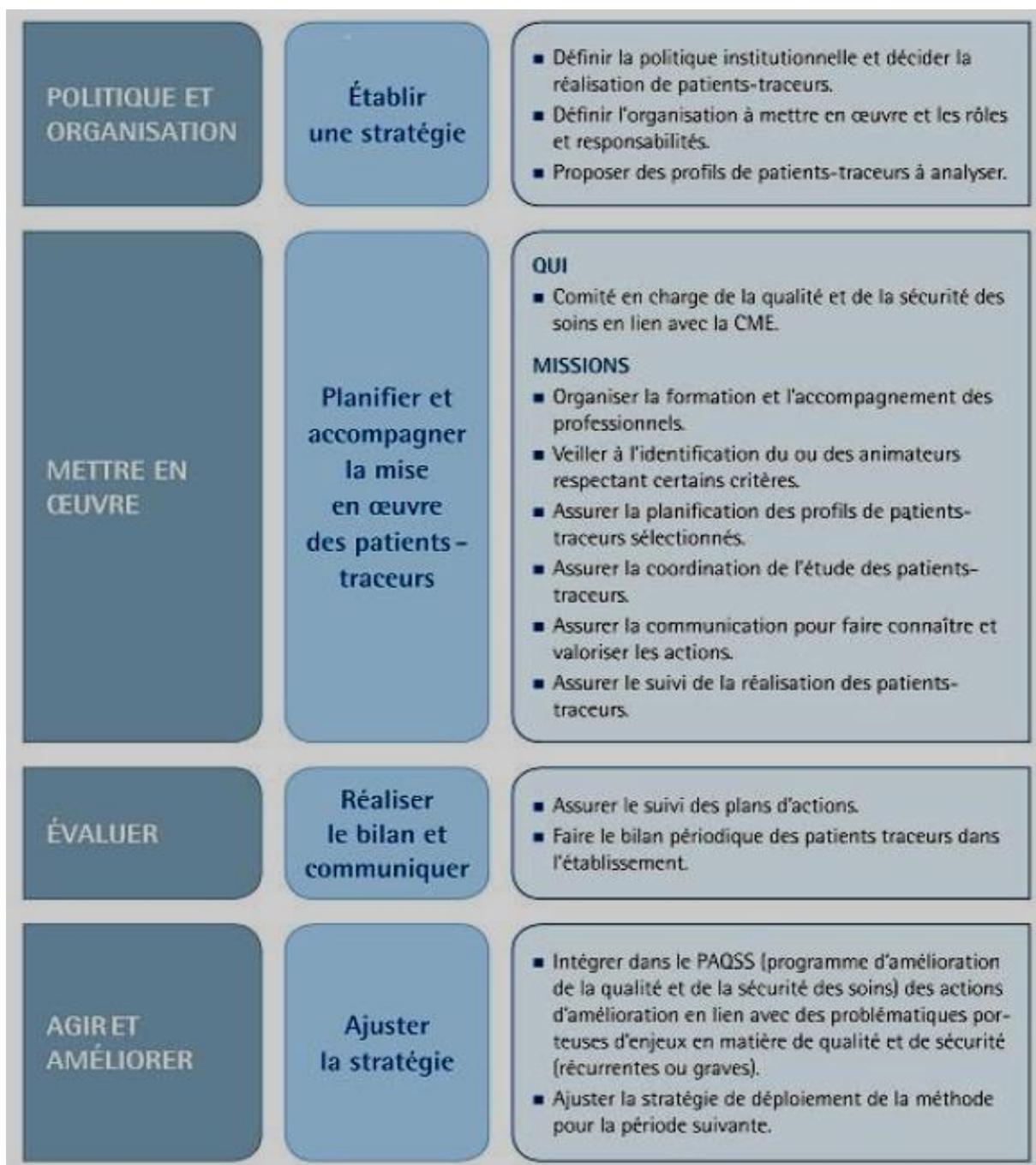


Figure 02 : Les différentes étapes nécessaires à la mise en place des audits « Patient Traceur » au sein des établissements de santé

b) Mise en place opérationnelle de la méthode « Patient Traceur » au Centre Hospitalier de Bailleul

Afin de se préparer à la prochaine visite de Certification V 2014, le Centre Hospitalier de Bailleul a mis en place des audits « Patient Traceur » au sein du service de Médecine et de SSR*.

Pour cela, le Centre Hospitalier de Bailleul a organisé des formations à destination des professionnels de santé (cadres et médecins) du pôle sanitaire sur la méthode du « Patient Traceur » de la HAS*.

Cependant, afin de pouvoir mettre en place des audits « Patient Traceur » au sein du Centre Hospitalier de Bailleul, une organisation compatible au fonctionnement des services a dû être adoptée. Elle est présentée ci-dessous :

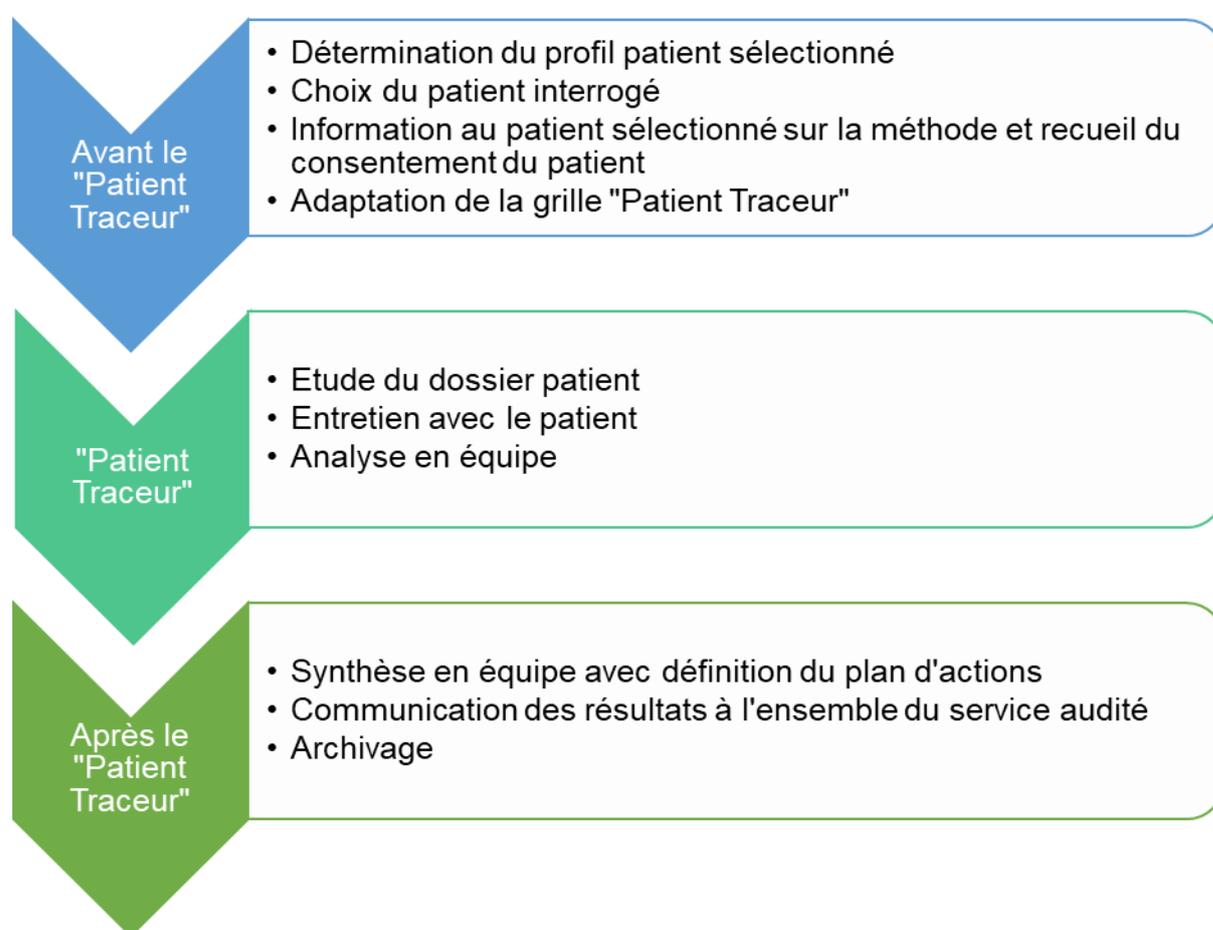


Figure 03 : La mise en œuvre opérationnelle de la méthode « Patient Traceur » au sein du Centre Hospitalier de Bailleul

Avant le « Patient Traceur »

➤ Détermination du profil patient sélectionné

Afin de garantir la pertinence de la méthode « Patient Traceur », le profil du patient sélectionné doit respecter plusieurs caractéristiques, telles que :

- **Un profil à risque** (salle de naissance, bloc opératoire, prise en charge pour endoscopie, transfusion, etc.) **et/ou un profil de prise en charge fréquente** ;
- **Des modes opératoires différents** (ambulatoire vs conventionnel, entrée par les urgences vs programmé, etc.) ;
- **Etre proche de la sortie**, garantissant l'exhaustivité des données et la pertinence de l'audit.

Également, le choix du patient peut être influencé par d'autres spécificités, comme :

- Priorité(s) de santé publique ;
- Prise en charge en multiservices ;
- Patient communiquant et/ou présence de l'entourage ;
- Population à risque (personne âgée, handicapée, etc...) ;
- Patient porteur d'une maladie chronique ;
- Patient poly-pathologique ;
- Etc...

➤ Choix du patient interrogé

Ainsi, le Centre Hospitalier de Bailleul, accueillant essentiellement une population âgée et donc à risque, réalise le choix du patient interrogé par un tirage au sort d'un dossier patient.

➤ Information au patient sélectionné sur la méthode et recueil du consentement du patient

Afin de pouvoir réaliser le « Patient Traceur », l'établissement doit recueillir le consentement du patient avant toute analyse. Ainsi, le patient choisi est informé de la démarche « Patient Traceur » et de son rôle dans celle-ci, dans le but de rassurer et de tranquilliser le patient.

➤ Adaptation de la grille « Patient Traceur »

La méthode « Patient Traceur » s'appuie sur une grille « Patient Traceur », disponible sur le site de la HAS*.

En effet, cette grille « Patient Traceur » se compose en plusieurs parties en format A3, elle est présentée ci-dessous :

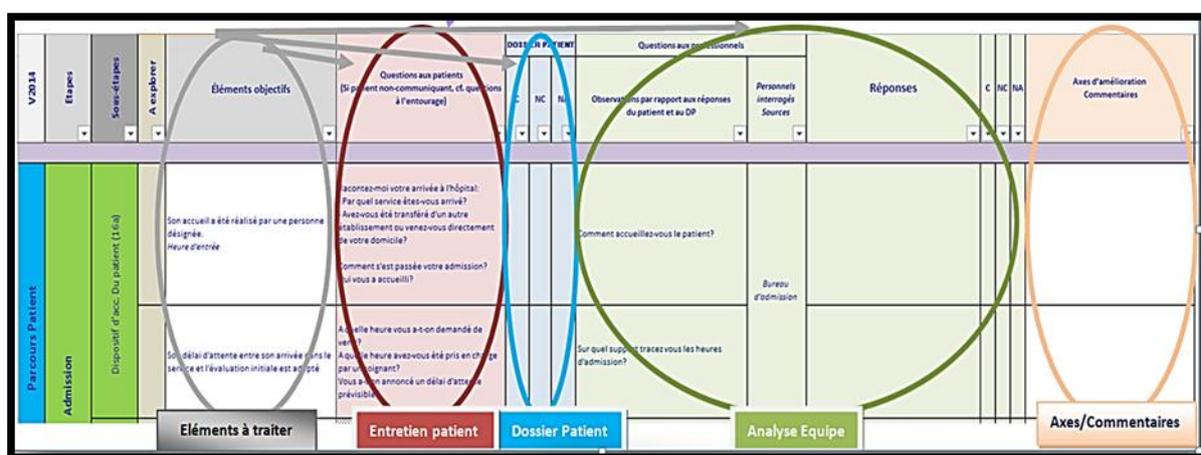


Figure 04 : Les différentes composantes de la grille « Patient Traceur »

On retrouve ainsi :

- Un encart « **Processus V 2014** » sous-divisé en critères, qui reprend l'ensemble des thématiques de processus en suivant leur ordre d'apparition dans la prise en charge du patient ;
- Un encart « **Eléments objectifs** » qui recense l'ensemble des exigences de la HAS* pour la certification V 2014 pour chaque critère ;

- Un encart « **DP*** » (Dossier Patient) sous-divisé en trois colonnes : « **C*** » (Conforme) / « **NC*** » (Non Conforme) / « **NA*** » (Non Applicable). Cet encart est réservé à l'analyse du dossier patient uniquement ;
- Un encart « **Questions au patient** » qui indique l'ensemble des questions à poser lors de l'entretien avec le patient ;
- Un encart « **Questions aux professionnels** » qui précise les questions à poser aux professionnels responsables de la prise en charge du patient interrogé, en rapport aux réponses obtenues lors de l'entretien du patient et de l'analyse du dossier ;
- Un encart « **Axes d'amélioration et commentaires** » qui permet de tracer les remarques éventuelles suite à ces analyses.

Elle permet ainsi d'évaluer la prise en charge du patient en suivant la totalité de son parcours, tout en balayant l'ensemble des critères du manuel de Certification V 2014 ^[8], qui y est rattaché (cf : ANNEXE II).

Ainsi, elle s'organise de telle façon que l'ensemble de la prise en charge du patient soit analysé : accueil, séjour, préparation à la sortie, ainsi que des thématiques transversales (confidentialité des informations, accès aux données du patient par les professionnels, etc...).

De plus, pour chacune des étapes de la prise en charge du patient, les critères d'évaluation sont regroupés par thématique de processus. On retrouve ainsi l'ensemble des processus entrant dans la prise en charge directe du patient, tels que : les processus droits des patients, douleur, prise en charge médicamenteuse, etc...

L'audit « Patient Traceur »

➤ Etude du dossier patient

Une étude du dossier patient est réalisée avec l'ensemble des professionnels ayant participé à la prise en charge du patient (médecin, IDE* (Infirmière Diplômée d'Etat), AS* (Aide Soignante), kinésithérapeute, etc...) à l'aide de la grille « Patient Traceur ».

Par ailleurs, l'analyse du dossier avant l'entretien du patient et de l'analyse en équipe est préférable. En effet, cela permet d'obtenir une première vision sur la prise en charge du patient et d'identifier ainsi les points critiques, dans le but de gagner du temps lors de l'entretien avec le patient et de l'analyse en équipe.

➤ Entretien avec le patient

L'entretien du patient sélectionné est réalisé par le cadre et un membre de la cellule qualité, à l'aide des questions contenues dans la grille « Patient Traceur ».

Cet entretien permet de recueillir le ressenti du patient envers sa prise en charge et ainsi de le valoriser. Ce moment facilite l'échange entre les patients et le personnel hospitalier et donc de collecter d'éventuelles propositions d'amélioration.

A noter que lors de la visite de certification, seul un médecin peut interroger le patient.

Par ailleurs, le patient interrogé n'est pas obligé de répondre à l'ensemble des questions qui lui sont posées, même après avoir donné son consentement. Dans ce cas, les informations manquantes seront recueillies lors de l'analyse du dossier patient et /ou de l'analyse en équipe.

➤ Analyse en équipe

A la suite de l'analyse du dossier et de l'entretien avec le patient, l'équipe pluridisciplinaire ayant pris en charge le patient relie la totalité de la grille « Patient Traceur » de l'accueil jusqu'aux thématiques transversales.

Cette analyse en équipe permet ainsi d'évaluer la prise en charge de ce « Patient Traceur » en identifiant rapidement l'ensemble des points positifs et des points à améliorer pour chaque processus.

Après le « Patient Traceur »

➤ Synthèse en équipe avec définition du plan d'actions

A l'issue de cette évaluation en équipe, une synthèse est réalisée. Elle reprend l'ensemble des points positifs et des points à améliorer pour chaque processus.

Par ailleurs, les points à améliorer ainsi identifiés, font l'objet d'un plan d'actions défini en équipe. Il détermine l'action à mettre en place pour chaque dysfonctionnement observé, le responsable de l'action, ainsi qu'une date d'échéance et un planning de suivi des actions.

➤ Communication des résultats à l'ensemble du service audité

Les résultats de l'audit « Patient Traceur » sont transmis à l'équipe grâce à une affiche qui reprend l'ensemble des étapes du « Patient Traceur », tel que : le profil de patient, les caractéristiques du patient choisi, le parcours du patient, les professionnels rencontrés et le service audité, les points positifs et les points à améliorer.

➤ Archivage

Les audits « Patient Traceur » réalisés sont conservés permettant ainsi, de pouvoir réaliser un comparatif et un suivi pour les années à venir. Ces audits « Patient Traceur » pourront également servir de preuves face aux experts-visiteurs et montrer que le Centre Hospitalier de Bailleul s'est investi dans la nouvelle démarche de Certification V 2014.

III. Analyse critique de la méthode « Patient Traceur »

Une analyse critique de la méthode « Patient Traceur » a été réalisée au sein du Centre Hospitalier de Bailleul auprès des professionnels de santé et des patients interrogés.

Ainsi, la majorité des professionnels ayant participé aux audits « Patient Traceur » trouve la démarche très satisfaisante, concrète et motivante. En effet, elle donne aux professionnels une vision globale de la prise en charge du patient dans un temps relativement court, en balayant l'intégralité des processus entrant dans la prise en charge directe du patient.

De plus, elle permet de découvrir des éléments du parcours qui ne sont pas visibles habituellement par l'ensemble des professionnels. Elle conduit ainsi, à une prise de conscience concernant la nécessité de formaliser et de tracer certaines étapes de la prise en charge. Elle renforce la cohésion de l'équipe et la dynamique d'équipe.

Par ailleurs, elle facilite la participation des professionnels qui ne s'engagent pas habituellement dans des groupes de travail. La réunion d'équipe permet de mesurer le rôle de chacun, la complexité de la chaîne de soins au niveau des interfaces.

La méthode « Patient Traceur » s'avère également être un bon outil de communication. Elle permet à chacun des professionnels de s'exprimer librement sur les difficultés rencontrées ainsi que sur les solutions possibles. Elle donne également aux professionnels, l'opportunité d'échanger avec d'autres secteurs. Elle permet d'apprendre du travail des autres, de prendre en compte les contraintes des autres collègues d'autres unités.

Par ailleurs, certains professionnels (diététicienne, kinésithérapeute, ergothérapeute, etc...) se sont sentis très valorisés, car peu de démarches intègrent à ce point la pluri professionnalité dans l'analyse de la prise en charge.

La méthode « Patient Traceur » est également un outil managérial. En effet, les points à améliorer sont mis en avant par les professionnels de santé. Ainsi, cela favorise la mise en œuvre effective des actions d'amélioration suite aux audits « Patient Traceur ».

Cet outil permet une meilleure compréhension de la démarche de certification pour les équipes, jugée plus concrète pour les professionnels de santé. Les professionnels comprennent mieux la pertinence des autres évaluations des pratiques en cours.

Cependant, plusieurs difficultés ont pu être rencontrées, notamment lors de l'initiation des audits « Patient Traceur ». En effet, certains professionnels se sont sentis évalués et remis en question lors de cet audit.

De plus, la représentativité de l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire n'est pas toujours assurée, notamment en ce qui concerne le corps médical.

On peut en conclure que cette méthode du « Patient Traceur » présente de nombreux atouts malgré quelques dysfonctionnements identifiés et pourrait donc permettre aux EHPAD* de répondre aux futures exigences concernant la démarche qualité fixé par les CPOM*. Cependant, des adaptations de la méthode sont nécessaires afin de pouvoir mettre en place cette nouvelle méthode d'audit au sein des EHPAD* : le « Résident Traceur ».

Chapitre 3 : Adaptation de la méthode « Patient Traceur » au secteur médico-social : le « Résident Traceur »

Afin de réaliser cette expérimentation au sein de l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul, j'ai été désignée chef de projet. J'ai ainsi utilisé la méthode des 3 C de la conduite de projet. Cette méthode est composée de plusieurs étapes : le cadrage, la conduite ainsi que la conclusion du projet.

I. Le cadrage du projet

Cette étape est essentielle pour la mise en place de tout projet. Elle permet ainsi de définir le cadre du projet avec le rappel des objectifs à atteindre afin de donner une chance à la réussite du projet. Cette étape a été ainsi la plus importante et à nécessiter la création d'une fiche projet (cf : ANNEXE III).

Pour cadrer ce projet, j'ai donc réalisé une première version de la fiche projet du « Résident Traceur » avant de présenter ce projet lors d'une réunion avec la Directrice des Soins, le Médecin Coordonnateur ainsi qu'aux Cadres de santé des services de l'EHPAD*. Elle est un support d'informations concernant la méthodologie à mettre en place lors de ce projet. Elle permet, lors de la présentation du projet, de clarifier cette méthode, tout en ayant une réflexion sur tous les aspects entourant le projet, comme les ressources humaines, la méthodologie de travail, le délai, le contexte, etc...

Pour ce faire, la fiche projet présente plusieurs thématiques, telles que : la composition du groupe de travail, le contexte, le SWOT* (Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces), la problématique de l'étude, les services concernés, les objectifs de l'étude, les bénéfices attendus, la méthode à suivre, les moyens envisagés, les instances suivant l'avancement du projet, le périmètre de l'étude, la durée du projet ainsi que le plan d'actions.

a) Le contexte

Ainsi, j'ai tout d'abord présenté le contexte actuel avec les faits générateurs qui concernent l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul avec une présentation des textes réglementaires, la multiplication des Recommandations de Bonnes Pratiques, mais surtout la mise en place à partir de janvier 2017 du CPOM* au sein des EHPAD* ainsi que la possible reprise du pilotage de la démarche qualité des établissements médico-sociaux par la HAS*.

Puis, nous nous sommes questionnés sur le SWOT* de ce projet. Nous avons constaté que les points positifs qui concernaient celui-ci, étaient nombreux avec :

- L'existence du référentiel HAS* de la méthode « Patient Traceur » dans le secteur sanitaire ;
- Le référentiel ANGELIQUE* ;
- Les Recommandations de Bonnes Pratiques de l'ANESM* ;
- Le Manuel de certification V 2010 – Janvier 2014 pour le secteur sanitaire ;
- Les procédures et les protocoles existants au Centre Hospitalier de Bailleul ;
- La méthode « Patient Traceur » reconnue comme concrète et proche du terrain ;
- L'évaluation externe de l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul réalisée en 2011 ;
- La participation des cadres de l'EHPAD* à la certification sanitaire du pôle sanitaire du Centre Hospitalier de Bailleul : connaissances de la méthode « Patient Traceur ».

De plus, après une analyse du contexte, plusieurs opportunités, grâce à ce projet, ont été identifiées, notamment l'anticipation des futures exigences demandées par les autorités, la préparation de l'EHPAD* à la prochaine évaluation externe : entrée dans la prochaine démarche d'évaluation prévue pour 2018, ainsi que le partage des expériences avec les différentes catégories professionnelles.

Par ailleurs, nous avons identifié un point négatif concernant ce projet qui est l'absence de référentiel spécifique à l'EHPAD* qui soit centré sur le parcours du résident (pré-admission, admission, ...). Ainsi, ce projet va nécessiter la création d'un référentiel interne pour l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul.

Puis, nous avons ainsi pu déterminer les menaces du projet, qui sont le risque d'un manque d'implication des professionnels acteurs dans un contexte de visite de certification pour le secteur sanitaire, mais aussi, le risque d'incompréhension de la méthode pour les professionnels de terrain (seuls les cadres des services ont participé aux audits « Patient Traceur » du pôle sanitaire), ainsi que, le risque d'insatisfaction à l'évaluation externe de l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul prévue en 2018.

b) [La problématique de l'étude et les personnes concernées](#)

J'ai, ainsi, par la suite abordé la problématique de l'étude qui est : « Le Patient Traceur : Un levier d'optimisation pour la qualité et la sécurité de la prise en charge de la personne âgée en EHPAD* ? ».

Cette problématique concerne deux types de personnes : d'une part, les clients qui sont l'ensemble des résidents de l'EHPAD* au niveau de la qualité de leur prise en charge ; d'autre part, les fournisseurs avec le service qualité pour l'apport méthodologique, les professionnels des services concernés (soignants, médecins, médecins traitants, logistiques, PUI* (Pharmacie à Usage Interne)) pour la mise en œuvre sur le terrain et la réflexion/analyse sur la prise en charge du résident auditée, ainsi que la famille et les aidants pour la partie « Entretien du résident » lors de l'audit « Résident Traceur ».

c) [Les objectifs à atteindre](#)

Afin de répondre à cette problématique, plusieurs objectifs doivent être atteints. J'ai ainsi mis en évidence deux types d'objectifs : les objectifs principaux et les objectifs secondaires.

En effet, afin de pouvoir atteindre ces objectifs principaux, il est nécessaire de déterminer des objectifs secondaires qui sont plus opérationnels. On retrouve ainsi :

Pour l'objectif principal n°1 : adapter la méthode du « Patient Traceur » au secteur du médico-social, les objectifs secondaires sont :

- a- préparer le lancement du projet ;
- b- créer un nouveau référentiel interne ;

Pour l'objectif principal n°2 : définir les éléments permettant d'optimiser la continuité de la prise en charge de la personne âgée en EHPAD* à l'aide des expérimentations sur le terrain de la méthode, les objectifs secondaires sont :

- a- réaliser les audits « Résident Traceur » ;
- b- analyser la méthode du « Résident Traceur » et les éléments qui permettront d'optimiser la prise en charge de la personne âgée en EHPAD*.

d) Les bénéfices attendus

Par ailleurs, ce projet va apporter des bénéfices à plusieurs niveaux. Tout d'abord, au niveau du résident, avec la partie « Entretien du résident », où le ressenti du résident et de ses proches sur sa prise en charge est recueilli. Ainsi, le résident est placé au centre de la démarche.

Puis, au niveau des équipes de terrain, en valorisant les professionnels avec une réflexion et une analyse en équipe sur les pratiques et les conditions de travail.

Au niveau de l'établissement, en obtenant un bilan sur la prise en charge en EHPAD* au Centre Hospitalier de Bailleul avec des préconisations à mettre en place afin d'anticiper les futures exigences des autorités en termes de qualité.

Et enfin, au niveau de la santé publique, on peut envisager que la mise en place des audits « Résident Traceur » fasse évoluer les pratiques professionnelles dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge en ESSMS*.

e) [La méthode](#)

Par la suite, nous avons abordé la méthode à adopter afin de mener à bien ce projet. Ainsi, j'ai présenté les étapes clés à suivre, telles que :

- le lancement du projet auprès des équipes : avec un Powerpoint explicatif du projet et de la méthode ;
- la réalisation du nouveau référentiel interne : avec une analyse de processus sur la prise en charge du résident et l'intégration des nouveaux critères issus des Recommandations de Bonnes Pratiques de l'ANESM*, du référentiel HAS*... avec l'implication des professionnels composant le groupe de travail « Résident Traceur » ;
- le test du nouvel outil : avec la réalisation de deux audits « Résident Traceur » ;
- l'analyse critique de l'outil et de la méthode : points de vue des professionnels et des résidents/proches.

f) [Le périmètre du projet](#)

Après avoir exposé ce projet aux personnes présentes, nous avons défini le périmètre de ce projet. En effet, suite à cette présentation, les professionnels ont pu avoir une vision sur la masse de travail demandée en plus aux professionnels de terrain.

De plus, étant dans un contexte de préparation à la certification pour le pôle sanitaire, nous devons prendre en compte la disponibilité des professionnels afin que ce projet soit réalisé dans les meilleures conditions. Aussi, nous avons décidé d'initier ce projet à partir de mai 2017 pour une fin prévue en juin 2017.

Ainsi, de par ces contraintes de disponibilité des professionnels, nous avons choisi de centrer cette étude exclusivement sur la prise en charge médicale et paramédicale du résident. Le reste des processus n'entrant pas dans ce périmètre comme la blanchisserie, la restauration, etc... sera étudié par l'établissement à l'issue de cette expérience.

Par ailleurs, les résidents pouvant être admis dans l'EHPAD* depuis plusieurs années, il nous a semblé judicieux de définir un profil de résident.

En effet, afin de garantir la pertinence des résultats notamment lors de l'entretien avec le résident et ses proches. Ainsi, nous avons déterminé que seul les résidents étant admis dans l'EHPAD* entre 4 et 12 mois entreraient dans le périmètre de l'étude.

A noter que la partie « Sortie » du parcours du résident a été exclue du champ de l'étude. En effet, étant donné la population accueillie au sein de ces établissements, plus de 90% des résidents décèdent à l'issue de leur séjour en EHPAD*.

Concernant le test de l'outil en réalisant deux audits « Résident Traceur », les professionnels ont souhaité qu'ils se réalisent au bâtiment des Capucins. En effet, ce nouveau bâtiment a été construit en 2015 et donc n'a pas encore passé d'évaluation externe. Ainsi, ce projet va permettre d'apporter une vision sur la prise en charge du résident dans la nouvelle résidence et de se préparer à la prochaine évaluation externe de l'EHPAD* prévue en 2018.

Enfin, nous avons prévu de réaliser les deux audits dans deux services différents de la résidence des Capucins. Ainsi, nous avons défini les services qui participeront à l'expérience selon le taux d'activités de chacun des services de la résidence des Capucins. Les services ayant été retenus pour le projet sont le CAP* 02 (Capucins 2^{ème} étage) et le CAP* 03 (Capucins 3^{ème} étage).

g) La composition du groupe de travail

Afin de faciliter la réalisation du projet, un groupe de travail « Résident Traceur » a été créé. Il est composé du Médecin Coordonnateur de l'EHPAD*, des cadres de santé du CAP* 02 et du CAP* 03 ainsi que d'un binôme IDE* / AS* (Aide-Soignante) du CAP* 02 et d'un binôme IDE* / AS* du CAP* 03 ainsi que le service Patientèle de l'EHPAD*. Cette composition du groupe de travail permet ainsi d'avoir différents points de vue selon les professions et d'obtenir ainsi une vision globale de la prise en charge médicale et paramédicale d'un résident « type » en EHPAD*.

h) Le lancement du projet

Après avoir reçu l'accord de la Directrice des Soins, du Médecin Coordonnateur de l'EHPAD* et les Cadres de santé des services de l'EHPAD*, j'ai planifié une réunion de lancement de projet auprès des cadres de santé des deux services retenus : le CAP* 02 et le CAP* 03 avec l'ensemble des personnes appartenant au groupe de travail.

Lors de ce lancement de projet, j'ai présenté un Powerpoint explicatif du projet en reprenant les thématiques apportées par la fiche projet avec en plus, un rappel de la méthode du « Patient Traceur » avec sa logique de fonctionnement.

Au cours de cette présentation, un plan d'actions détaillé de l'ensemble des actions à mettre en place a été présenté au groupe de travail. Nous avons ainsi réalisé un calendrier prévisionnel pour chaque action avec le pilote de l'action, la date d'échéance ainsi que le livrable attendu pour chacune des actions.

II. La conduite du projet

La préparation du projet terminée, celui-ci a pu débuter. On peut distinguer deux temps bien distincts au cours du projet « Résident Traceur » avec dans un premier temps la création d'un nouveau référentiel interne et dans un second temps le test du nouvel outil avec la réalisation des audits « Résident Traceur ».

a) Objectif 1.b - Créer un nouveau référentiel interne

Afin de concevoir ce nouveau référentiel interne, l'ensemble des professionnels constituant le groupe de travail s'est mobilisé afin d'apporter les connaissances du terrain sur la prise en charge d'un résident « type » en EHPAD*. Nous avons ainsi réalisé une analyse de processus d'un résident en se concentrant sur la prise en charge médicale et paramédicale.

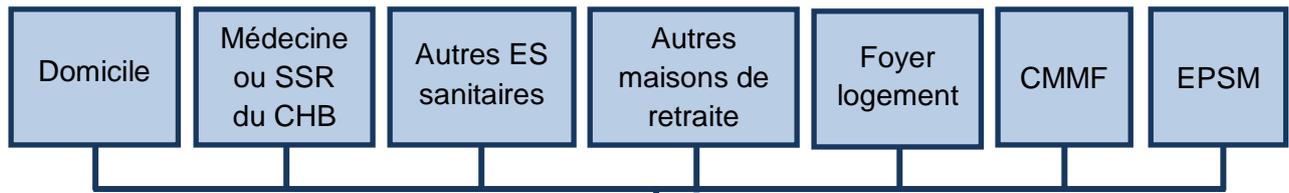
➤ Analyse de processus

Afin de procéder à l'analyse de processus de la prise en charge d'un résident, trois rencontres avec le groupe de travail ont été nécessaires.

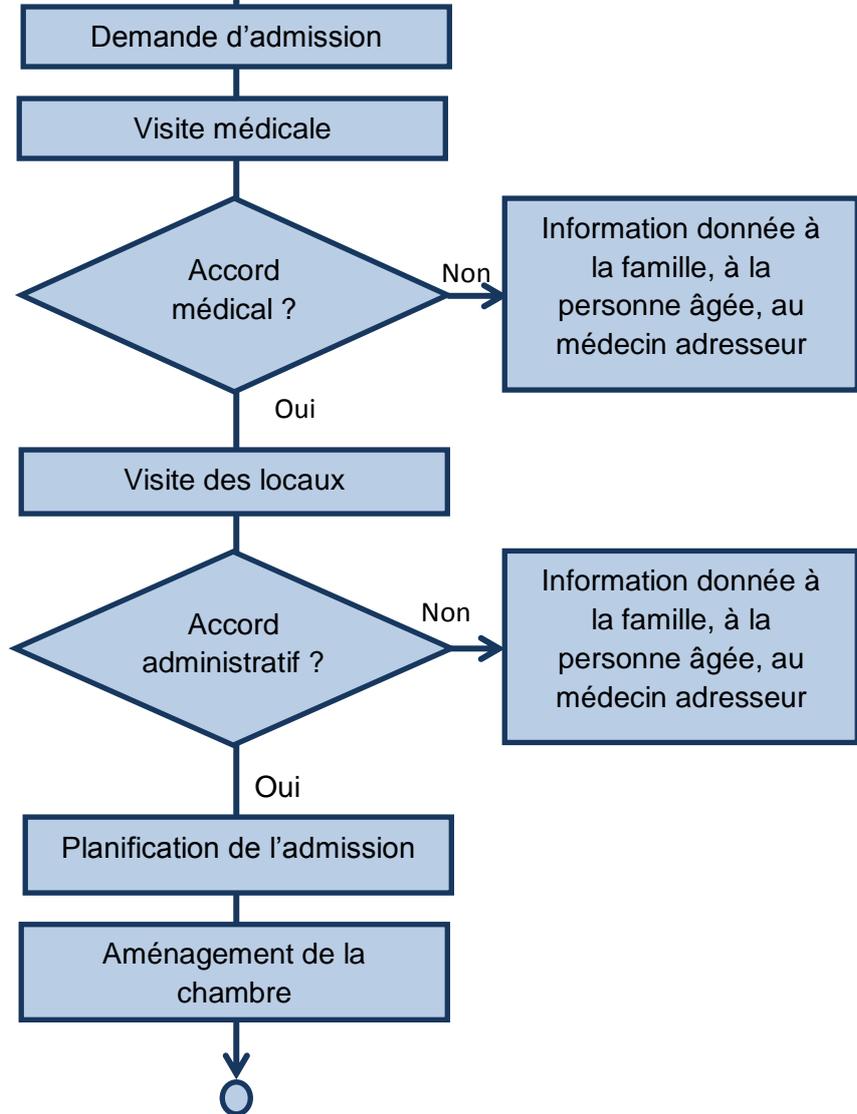
En effet, nous avons tout d'abord établi le processus général de la prise en charge d'un résident « type » admis à la résidence des Capucins du Centre Hospitalier de Bailleul avec la totalité des professionnels composant le groupe de travail « Résident Traceur ». Ce processus présente ainsi les grandes étapes d'une prise en charge « type » d'un résident en EHPAD* au sein du Centre Hospitalier de Bailleul. Il est présenté ci-dessous :

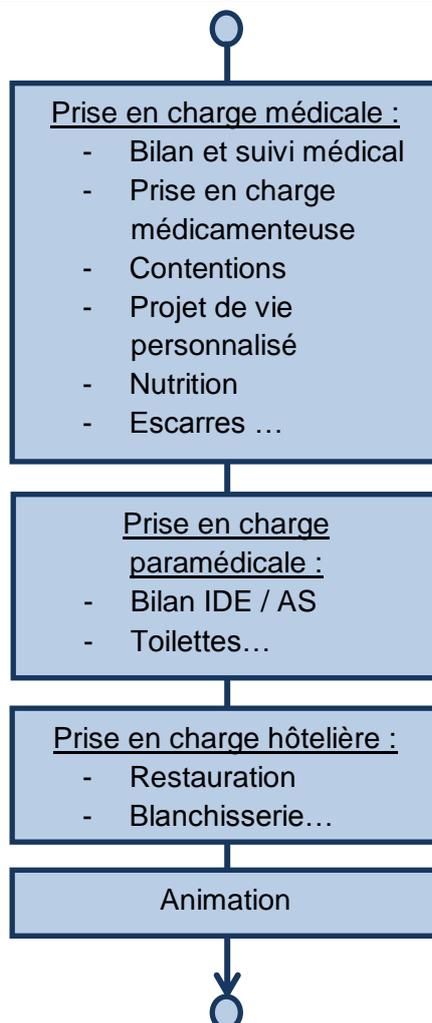
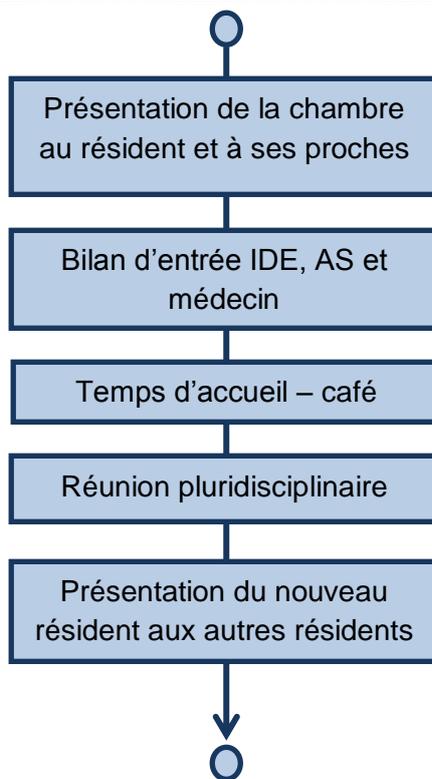
Processus général de prise en charge d'un résident

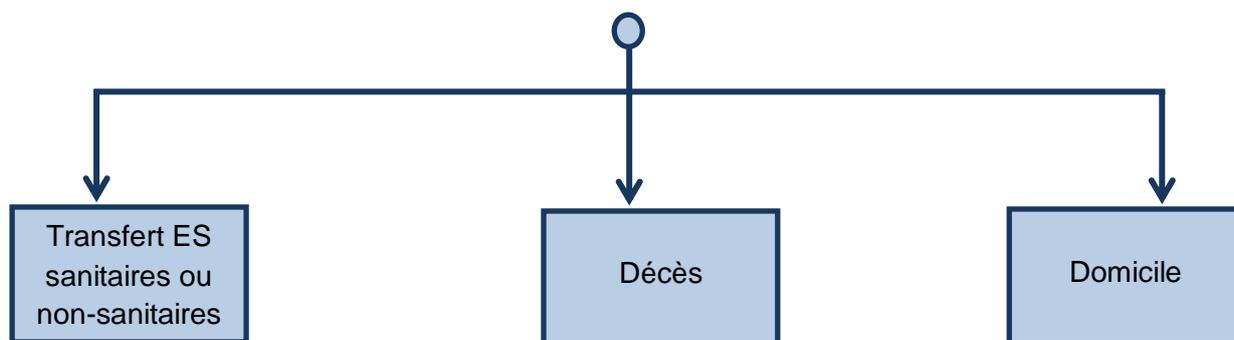
Types d'entrée



Pré-admission







*Figure 05 : Le processus général de la prise en charge d'un résident « type »
au sein de l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul*

Après avoir obtenu le processus général, nous devons définir l'ensemble des tâches qui se rapporte à chaque étape du processus général de la prise en charge d'un résident en EHPAD*.

De plus, pour chacune des tâches identifiées, nous avons déterminé les critères d'évaluation permettant d'évaluer la prise en charge du résident : les éléments de preuve ainsi que les questions à destination du résident et des professionnels comme lors de la réalisation d'une grille « Patient Traceur » dans le sanitaire.

Pour cela, deux rencontres ont été réalisées avec le groupe de travail afin de découper le travail d'analyse du processus. Dans un premier temps, nous nous sommes concentrés sur les étapes « Pré-admission » et « Accueil / Admission ». Puis dans un second temps, nous avons analysé la partie « Séjour ».

Lors de cette étape, nous nous sommes basés sur les procédures, les protocoles du l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul ainsi que, les pratiques des professionnels sur le terrain. Ainsi, la liste des critères d'évaluation constitue le nouveau référentiel interne, sous forme de grille d'évaluation.

Cependant, afin d'anticiper au mieux les futures exigences, il a été essentiel d'intégrer dans cette liste, l'ensemble des nouveaux critères issus des différents référentiels.

➤ Intégration des nouveaux critères issus des référentiels

Afin d'inclure dans la grille « Résident Traceur » les critères des différents référentiels, j'ai dû dans un premier temps répertorier l'ensemble des référentiels pouvant entrer dans le champ de la grille. En effet, notre étude étant centrée dans un premier temps, sur la prise en charge médicale et paramédicale des résidents, certains référentiels ont été exclus du projet.

Malgré cette restriction, de nombreux référentiels m'ont permis de développer cette grille « Résident Traceur » tels que : les Recommandations de Bonnes Pratiques de l'ANESM* [9, 10, 11, 12, 13, 14, 15], les référentiels de la HAS* [7, 8], ainsi que le référentiel ANGELIQUE*[16].

J'ai donc ainsi regroupé les différents critères selon qu'ils concernent la partie « Pré-admission », « Accueil / Admission » ou « Séjour » afin de conserver cette logique d'analyse de processus.

Cependant, afin de garantir la pertinence de cette grille d'audit, il a été nécessaire de la faire valider par l'ensemble des membres du groupe de travail « Résident Traceur ».

➤ Validation du nouveau référentiel interne

Ainsi lors de cette rencontre, nous avons passé en revue la totalité de la grille afin de valider le déroulement de la prise en charge du résident ainsi que la validité des critères d'évaluation.

Nous avons pu ainsi obtenir la grille « Résident Traceur » qui se compose de plusieurs colonnes, telles que : les thématiques abordées, les services et les professionnels concernés, les objectifs et les critères d'évaluation. On retrouve ici le même fonctionnement que la grille du « Patient Traceur » énoncée précédemment.

La grille « Résident Traceur » ainsi établie, retrace l'ensemble de la prise en charge du résident en faisant apparaître :

- Un découpage suivant le processus général : pré-admission, admission, séjour ainsi que, les thématiques transversales ;
- Chaque étape est recoupée par des thématiques de processus : droits des résidents, douleur ... ;
- Des critères d'évaluations rattachés à chaque thématique.

Ainsi, la grille « Résident Traceur » combine des indicateurs issus du « Patient Traceur » mais également la plupart des 15 indicateurs de suivi proposé par l'ANESM* aux EHPAD* pour leur évaluation interne (cf : ANNEXE IV).

En effet, certains indicateurs comme le taux d'hospitalisation et le taux de décès ayant lieu dans l'EHPAD* ne sont pas abordés car ils n'entraient pas dans le champ d'application de l'étude.

Après cette étape de validation, nous avons par la suite testé ce nouvel outil afin de s'assurer qu'il pouvait être utilisé en EHPAD* et ainsi voir sa pertinence concernant sa capacité à optimiser la prise en charge d'un résident dans ce type d'établissement.

b) Objectif 1.c et Objectif 2.a - Tester le nouvel outil : « Résident Traceur »

Afin de s'assurer que cette nouvelle méthode d'audit au sein de l'EHPAD* soit pertinente, nous avons réalisé deux audits « Résident Traceur » dans les mêmes conditions que pour un audit « Patient Traceur ». A noter que ces deux audits ont été réalisés en même temps, mais séparément dans chacun des deux services désignés pour l'expérience : le CAP* 02 et le CAP* 03.

En effet, les membres composant le groupe de travail « Résident Traceur » ont été divisés en deux de sorte que les professionnels issus du service CAP* 02, réalisent l'audit « Résident Traceur » de son service. Il en a été de même pour les professionnels issus du CAP* 03. Ceci permettant un gain de temps pour les professionnels qui connaissaient ainsi le fonctionnement du service.

Ainsi, pour chaque audit, nous avons suivi les mêmes étapes que la méthode « Patient Traceur » en l'adaptant à l'EHPAD*, avec : le choix du résident, le recueil de son consentement, l'adaptation de la grille « Résident Traceur », l'analyse du dossier, l'entretien avec le résident, l'analyse en équipe ainsi que la communication auprès des professionnels.

➤ Choix du résident

Afin de pouvoir réaliser ces audits dans de bonnes conditions, nous nous sommes assurés que les deux résidents choisis soient présents au sein de l'EHPAD* entre 4 et 12 mois, qu'ils soient communicants et qu'ils soient entourés par des proches.

➤ Recueil du consentement

Après avoir sélectionné les résidents pouvant participer au projet, nous avons recueilli le consentement des résidents et de leurs proches à l'aide d'une fiche de consentement (cf : ANNEXE V).

➤ Adaptation de la grille

Puis, j'ai par la suite réalisé une adaptation de la grille « Résident Traceur » avec l'aide de la cadre de santé du service concerné par l'audit. En effet, de par ses connaissances du parcours du résident sélectionné, la cadre m'a ainsi précisée si certaines thématiques de la grille ne le concernaient pas, comme : les urgences vitales, les fugues ... Cette étape a permis ainsi de gagner du temps pour la réalisation de l'audit en lui-même.

➤ Analyse du dossier

Cette première étape de l'audit a été réalisée avec la cadre de santé et le binôme AS* / IDE* du service à l'aide du dossier du résident, format papier et du DPI* (Dossier Patient Informatisé) mis en place au mois d'avril au sein de l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul.

Nous avons ainsi réalisé l'analyse du dossier du résident à l'aide de la grille « Résident Traceur ». Pour cela, la cadre de santé et le binôme IDE*/AS* ont recherché les éléments de réponse dans le dossier, pendant que je remplissais les différents éléments dans la grille d'évaluation.

Après cette étape, nous avons pu ainsi obtenir une première vision de la prise en charge du résident afin d'orienter au mieux les questions à poser au résident et à ses proches lors de l'étape « Entretien avec le résident ».

➤ Entretien avec le résident

Pour l'étape « Entretien avec le résident », le groupe de travail « Résident Traceur » et moi-même avons convenu que la présence de l'un des proches du résident interrogé était essentielle afin de s'assurer de la pertinence des réponses concernant la prise en charge du résident tout au long de son séjour en EHPAD*. En effet, certains résidents présentaient des pertes de mémoire ou des propos incohérents.

De plus, afin de faciliter les échanges entre les résidents, leurs proches et les professionnels de terrain, j'ai réalisé un questionnaire de support reprenant les différentes thématiques de la grille « Résident Traceur » (cf : ANNEXE VI).

Cet entretien a été réalisé par les professionnels du service avec le résident et l'un de ses proches.

➤ Analyse en équipe

A l'issue de cet entretien, j'ai pu ainsi réaliser une synthèse présentant les points positifs et les points à améliorer observés lors de l'analyse du dossier et de l'entretien avec le résident (cf : ANNEXE VII).

Lors de cette analyse en équipe, nous avons pu analyser les points à améliorer et ainsi planifier un plan d'actions afin de répondre à ces écarts. Ce plan d'actions présente l'action à mettre en place, le pilote de l'action, l'échéance ainsi que l'état d'avancement.

➤ Communication du projet

Ainsi, une communication sur l'expérience « Résident Traceur » est planifiée au cours du mois de septembre 2017 lors du Conseil de Vie Sociale de l'établissement afin d'étendre cette expérience à l'ensemble des services de l'EHPAD* du CHB*.

III. Conclusion du projet

Après avoir réalisé ces deux audits « Résident Traceur », une analyse critique de l'expérience a été réalisée.

➤ Du point de vue des professionnels :

Pour cela, j'ai élaboré un questionnaire permettant de structurer les éléments à aborder avec l'ensemble du groupe de travail « Résident Traceur » (cf : ANNEXE VIII).

Ce questionnaire aborde différents éléments concernant l'outil en lui-même : la grille « Résident Traceur », pour sa pertinence, mais également, la méthode et l'organisation de ces audits « Résident Traceur » au sein des services.

Ainsi, les points positifs du projet vis-à-vis des professionnels sont :

- Pour 100% des professionnels, les éléments abordés par la grille « Résident Traceur » ont été pertinents.
- Pour 75% des professionnels, la composition du groupe de travail a été adaptée.
- Pour 75% des professionnels, l'expérience a permis aux professionnels de s'exprimer librement sur la prise en charge du résident et leur a donné l'occasion d'échanger avec des professionnels d'un autre service.
- Pour 100% des professionnels, la méthode « Résident Traceur » a été utile pour l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des résidents.
- Pour 75% des professionnels, cette nouvelle méthode d'audit a permis d'optimiser la prise en charge des résidents notamment, au niveau de l'organisation des services, de la présence des données dans le DPI* ainsi que des nouvelles prestations à mettre en place afin de répondre aux nouvelles attentes et besoins des résidents.
- Pour 100% des professionnels, l'analyse en équipe a permis de déterminer un plan d'actions réalisables.
- Pour 100% des professionnels, le projet « Résident Traceur » a été très satisfaisant.

Cependant, quelques points sont encore à améliorer, notamment concernant la présence du corps médical qui n'a pas toujours été assurée ainsi que la difficulté importante à réaliser l'entretien avec le résident qui nécessite donc la présence d'un proche.

➤ Du point de vue des résidents et des proches :

Lors de l'entretien avec les deux résidents et leurs proches, nous avons pu recueillir leur ressenti sur la méthode « Résident Traceur ».

Ainsi, 100 % des résidents et des proches interrogés lors des deux audits « Résident Traceur » ont été très satisfaits de la méthode « Résident Traceur ». Les résidents et leurs proches se sont sentis considérés et écoutés.

Ils ont également apprécié cette partie d'échange avec un professionnel de santé sur leur prise en charge et de pouvoir s'exprimer librement.

Par ailleurs, des difficultés de compréhension de la part des résidents sont apparues par rapport à certaines questions posées sur sa prise en charge et ont donc nécessité la présence d'un proche afin de pouvoir recueillir un maximum d'informations (projet de vie personnalisé, les documents remis lors de la pré-admission, etc...).

Conclusion

Ainsi, la méthode « Patient Traceur » a pu être adaptée au sein d'un EHPAD*. En effet, une grille « Résident Traceur » a été créée afin d'apporter un nouveau référentiel interne spécifique à la prise en charge du résident. Cependant, plusieurs adaptations ont été nécessaires. En effet, la prise en charge d'un résident en EHPAD* présente des particularités par rapport au secteur sanitaire, telles que : la partie pré-admission, la durée du séjour pouvant être de plusieurs années, le profil des résidents ...

De plus, la réalisation de ces audits « Résident Traceur » ont permis de démontrer que cette nouvelle méthode d'audit permettait d'optimiser la prise en charge d'un résident en EHPAD*. En effet, elle a permis de mettre en avant des dysfonctionnements :

- liés à l'organisation des services : prévoir un temps d'informations au futur résident sur son projet de vie personnalisé et du suivi de sa prise en charge ;
- liés à la présence des données dans le DPI* : sensibiliser les professionnels au renseignement des données des résidents ;
- liés à la proposition de nouvelles prestations afin de répondre au mieux aux attentes des résidents et de leurs proches : réflexion sur le projet de « La journée d'intégration du futur résident ».

Néanmoins, il est important de noter que cette étude a été réalisée sur un périmètre restreint. En effet, la grille « Résident Traceur » aborde uniquement la prise en charge médicale et paramédicale du résident au sein de l'EHPAD* du Centre Hospitalier de Bailleul.

Ainsi, il serait intéressant d'étendre le périmètre de cette étude à la totalité de la prise en charge du résident avec les processus « support » (restauration, blanchisserie...). De plus, il est essentiel de déployer cette nouvelle méthode d'audit au sein d'autres établissements du secteur médico-social.

Enfin, à la vue de ces résultats, la Direction des Soins du Centre Hospitalier de Bailleul a comme volonté politique de réaliser un « Résident Traceur » par mois au sein de l'ensemble des services composant l'EHPAD*.

De plus, la méthode « Résident Traceur » va ainsi être intégrée dans le programme EPP* ainsi que dans la Politique Qualité Sécurité des Soins et des Activités de l'établissement.

Cette nouvelle méthode « Résident Traceur » pourrait ainsi, dans l'avenir devenir la référence pour la certification des EHPAD* à l'instar des établissements sanitaires avec la méthode du « Patient Traceur ».

Bibliographie

1. INSEE. (Mars 2016). *Article : Population par âge – Tableau de l'Economie Française de Rémy MARQUIER et de Thomas VROYLANDT*
2. DREES. (Septembre 2016). *Dossier n°5 : Des conditions de travail en EHPAD vécues comme difficiles par des professionnels très engagés*
3. HOSPIMEDIA. (20 Mars 2017). *Article : La prorogation d'un an de l'ANESM n'est pas du goût de son comité d'orientation stratégique*
4. ANESM. (09 Octobre 2012). *Réunion des communicants DRJSCS-DJSCS – Les missions de l'ANESM*
5. ANESM. (Mai 2017). *Site de l'ANESM - Procéder à l'évaluation externe*
6. DGCS. (22 Mars 2017). *Rencontre régionale médico-sociale – ARS Centre Val de Loire : « La réforme de la contractualisation et de la tarification des ESSMS – Evolutions réglementaires et impact sur les financements »*
7. HAS. (Novembre 2014). *Certification des établissements de santé, Le Patient Traceur en établissement de santé / Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins / Guide méthodologique*
8. HAS. (Janvier 2014). *Manuel de certification des établissements de santé V2010, ACC01-T052-E*
9. ANESM. (Mars 2011). *Analyse documentaire « Accueil et projet personnalisé en EHPAD »*
10. ANESM. (Décembre 2008). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Les attentes de la personne et le projet personnalisé*
11. ANESM. (Décembre 2010). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Qualité de vie en EHPAD (Volet 1) : De l'accueil de la personne à son accompagnement*

- 12.ANESM. (Septembre 2009). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Concilier vie en collectivité et personnalisation de l'accueil et de l'accompagnement*
- 13.ANESM. (Juin 2011). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Qualité de vie en EHPAD (Volet 2) : Organisation du cadre de vie et de la vie quotidienne*
- 14.ANESM. (Décembre 2011). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Qualité de vie en EHPAD (Volet 3) : La vie sociale des résidents en EHPAD*
- 15.ANESM. (Septembre 2012). *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles – Qualité de vie en EHPAD (Volet 4) : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*
- 16.Ministère de l'Emploi et de la Solidarité MARTHE-ENSP. (Juin 2000). *Référentiel ANGELIQUE : Améliorer la qualité en EHPAD – Outil d'auto-évaluation*

Tables graphiques et schémas

Figure 01 : Les 15 indicateurs de suivi de l'ANESM pour l'évaluation interne des EHPAD	25
Tableau 01 : Comparatif du cycle d'évaluation externe de la démarche qualité entre le secteur sanitaire et le médico-social	26
Figure 02 : Les différentes étapes nécessaires à la mise en place des Patients Traceurs au sein des établissements de santé	30
Figure 03 : La mise en œuvre opérationnelle de la méthode « Patient Traceur » au sein du Centre Hospitalier de Bailleul	31
Figure 04 : Les différentes composantes de la grille « Patient Traceur »	33
Figure 05 : Le processus général de la prise en charge d'un résident « type » au sein de l'EHPAD du Centre Hospitalier de Bailleul	49

Tables des matières

Remerciements	2
Sommaire	3
Glossaire	4
Introduction	6
Chapitre 1 : La démarche qualité en EHPAD	10
I. Présentation de la démarche qualité au sein de l'EHPAD du Centre Hospitalier de Bailleul	10
a) L'organisation de la démarche qualité de l'EHPAD	10
b) L'évaluation de la démarche qualité de l'EHPAD	23
II. Comparatif du cycle de l'évaluation externe de la démarche qualité entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social	26
III. Les exigences futures dans le secteur médico-social.....	27
Chapitre 2 : Présentation de la méthode « Patient Traceur »	28
I. But et finalité de la méthode « Patient Traceur » dans le secteur sanitaire.....	28
II. Explication détaillée de la méthode « Patient Traceur »	29
a) Méthode proposée par la HAS	29
b) Mise en place opérationnelle de la méthode « Patient Traceur » Centre Hospitalier de Bailleul	30
III. Analyse critique de la méthode « Patient Traceur »	36
Chapitre 3 : Adaptation de la méthode « Patient Traceur » au secteur médico- social : le « Résident Traceur »	38
I. Le cadrage du projet	38
a) Le contexte	39
b) La problématique de l'étude et les personnes concernées	40
c) Les objectifs à atteindre.....	40
d) Les bénéfices attendus.....	41
e) La méthode.....	42

f) Le périmètre du projet	42
g) La composition du groupe de travail	43
h) Le lancement du projet.....	44
II. La conduite du projet.....	45
a) Objectif 1.b - Créer un nouveau référentiel interne.....	45
b) Objectif 1.c et Objectif 2.a - Tester le nouvel outil : « Résident Traceur ».....	50
III. Conclusion du projet.....	54
Conclusion	56
Bibliographie	58
Tables graphiques et schémas	60
Tables des matières	61

De par le rapprochement observé entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, les EHPAD* vont être contraints d'utiliser les mêmes outils que ceux utilisés dans le secteur sanitaire. Aussi, ce mémoire propose un nouvel outil pouvant être utilisé par les EHPAD* : le « Résident Traceur ».

Ainsi, cette nouvelle méthode d'audit a été inspirée par la méthode du « Patient Traceur ». Cependant, afin d'obtenir une nouvelle méthode d'audit pertinente, une adaptation de l'outil a été nécessaire avec l'aide des professionnels des services concernés de l'EHPAD*.

Par ailleurs, deux audits « Résident Traceur » ont été réalisés afin de vérifier la pertinence de cette nouvelle méthode. Ainsi, le « Résident Traceur » a permis de mettre en avant de nouveaux éléments afin d'optimiser la prise en charge du résident.

Mots-clés : rapprochement – sanitaire – EHPAD* – « Résident Traceur » - « Patient Traceur » - pertinence – optimiser – résident.

In view of the observed rapprochement between the health sector and the medico-social sector, the EHPADs* will be forced to use the same tools as those used in the health sector. Also, this memoir proposes a new tool that can be used by the EHPAD*: the "Resident Tracer".

Thus, this new audit method was inspired by the "Patient Tracer" method. However, in order to obtain a new, relevant audit method, an adaptation of the tool was necessary with the help of the relevant services professionals of the EHPAD*.

In addition, two "Resident Traceur" audits were carried out to verify the relevance of this new method. Thus, the "Resident Tracer" has allowed to highlight new elements in order to optimize the care of the resident.

Keywords: approximation - health - EHPAD* - "Resident Tracer" - "Patient Tracer" - relevance - optimize - resident.