

**MEMOIRE
POUR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PHARMACIE HOSPITALIERE ET DES COLLECTIVITES**

**Soutenu publiquement le 26 septembre 2014
Par M. Albéric PODVIN**

**Conformément aux dispositions du Décret du 10 septembre 1990
tient lieu de**

THESE EN VUE DU DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

**Apport du pharmacien dans la mise en œuvre d'une nouvelle méthode
de certification dite « du patient traceur » : Application au patient atteint d'un
cancer broncho-pulmonaire, traité par chimiothérapie en hôpital de jour.**

Membres du jury :

Président : **M. le Professeur Pascal ODOU**
Professeur des Universités en Pharmacie Galénique,
Faculté de Pharmacie de Lille 2
Pharmacien, Praticien Hospitalier, Chef de Service Pharmacie,
Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille

Directeur de thèse : **Mme le Docteur Pascale GUILLAIN**
Présidente de la Commission Médicale d'Etablissement,
Pharmacien, Praticien Hospitalier, Chef de Service Pharmacie,
Centre Hospitalier de Douai

Assesseurs : **M. le Professeur Jean-Marc CHILLON**
Professeur des Universités en Pharmacologie Clinique,
Faculté de Pharmacie d'Amiens, Université de Picardie Jules Verne
Pharmacien, Praticien Hospitalier,
Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

Mme le Docteur Sylvie RACOUSSOT
Médecin, Praticien Hospitalier, Chef de Service Pédiatrie,
Chef du Pôle Transversalité – Centre Hospitalier de Douai



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université Lille 2
Droit et Santé

Université Lille 2 – Droit et Santé

Président : Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice-présidents : Professeur Alain DUROCHER
Professeur Régis BORDET
Professeur Eric KERCKHOVE
Professeur Eric BOULANGER
Professeur Frédéric LOBEZ
Professeur Damien CUNY
Professeur Benoit DEPRez
Professeur Murielle GARCIN
Monsieur Pierre RAVAUX
Monsieur Larbi AIT-HENNANI
Monsieur Antoine HENRY

Directeur Général des Services : Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen : Professeur Luc DUBREUIL
Vice-Doyen, 1^{er} assesseur : Professeur Damien CUNY
Assesseurs : Mme Nadine ROGER
Professeur Philippe CHAVATTE
Chef des services administratifs : Monsieur Cyrille PORTA

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
M.	DUBREUIL	Luc	Bactériologie
Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique 1
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique 2
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques

M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GESQUIERE	Jean-Claude	Chimie Organique
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique 3
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique 2
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et déontologie pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
M	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

Liste des Maitres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique

Liste des Maitres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique 2
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie (90%)
M.	ANTHERIEU	Sébastien	Toxicologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M	BELARBI	Karim	Pharmacologie

M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire (80%)
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie (80%)
Mme	CHARTON	Julie	Chimie Organique (80%)
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques
Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie (80%)
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique 2
Mme	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HAMOUDI	Chérifa Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
Mme	HOUSSIN-THUILLIER	Pascale	Hématologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique 1
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NEUT	Christel	Bactériologie
Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle

Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques
M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et déontologie pharmaceutique

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	DHANANI	Alban	Droit et déontologie pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BERTOUX	Elisabeth	Pharmacie Clinique - Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
M.	FIEVET	Pierre	Information Médicale
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	WATRELOS	Michel	Droit et déontologie pharmaceutique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	DROUET	Maryline	Pharmacie Galénique
Mme	GENAY	Stéphanie	Pharmacie Galénique



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

**L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.**

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Professeur Pascal ODOU,

Je suis sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail et en présidant ce jury de mémoire. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Mme le Docteur Pascale GUILLAIN,

Vous m'avez fait l'honneur de me confier ce travail et de le diriger. Je vous en suis profondément reconnaissant. Merci pour votre professionnalisme, votre confiance et votre disponibilité. Vos conseils et votre regard critique m'ont toujours été d'une grande aide pour mener à bien ce travail.

A Monsieur le Professeur Jean-Marc CHILLON,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et ma considération la plus grande.

A Mme le Docteur Sylvie RACOUSSOT,

Je suis très heureux et honoré de vous compter parmi les membres de ce jury. Je vous remercie pour l'éclairage que vous avez porté sur ce travail.

A Karine et à l'équipe du service d'Hospitalisation de Jour, à Souraya,

Je vous remercie pour votre accueil, vos explications et votre collaboration dans ce travail.

A l'équipe de la pharmacie du CH de Douai,

Merci pour votre accueil et votre bonne humeur. Travailler à vos côtés est toujours un réel plaisir.

A Karima,

Merci pour ton sourire, ta gentillesse et ton soutien depuis plus d'un an, Travailler sur le DM à tes côtés, a été une expérience extrêmement enrichissante.

A mes parents, mes sœurs, ma famille,

Merci pour votre soutien, vos encouragements et tout simplement votre présence si précieuse.

A toi Bonne Maman,

Tu es parti trop vite pour voir l'accomplissement de toutes ces années, Ton cœur de Grand-Mère n'aura eu de cesse de souhaiter la réussite de tes petits-enfants. L'accueil que tu me réservais, à l'occasion de mes nombreuses révisions, était à la hauteur de cet engagement. Pour cela, je te serai éternellement reconnaissant.

A tous mes amis,

Votre présence et votre soutien en ce jour, me touchent tout particulièrement, Soyez assurés de toute ma gratitude.

SOMMAIRE :

INTRODUCTION	12
DEFINITION DE LA QUALITE DES SOINS.....	13
PARTIE I - La démarche qualité au Centre Hospitalier de Douai.....	14
1.1 Contexte	14
1.1.1 La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST).....	14
1.1.2 Les instances décisionnaires	14
1.2 Les outils qualité.....	15
1.2.1 La politique qualité.....	15
1.2.2 L'organisation générale.....	15
1.2.3 Les commissions et les acteurs	17
1.2.4 Les évaluations.....	18
1.2.5 Les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles, un moteur pour la qualité des soins	23
1.3 Le rôle du pharmacien dans sa composante « qualité »	23
1.3.1 Responsabilité propre concernant la qualité liée aux actes et produits pharmaceutiques	23
1.3.2 Situation au Centre Hospitalier de Douai.....	24
1.3.3 Un rôle transversal qui se diversifie au CHD	25
PARTIE II - Mise en route de la méthodologie « patient traceur » au Centre Hospitalier de Douai.....	26
2.1 Rationnel	26
2.2 Définition et Objectifs de la méthode « patient traceur » :.....	26
2.3 Procédure de déploiement au Centre Hospitalier de Douai	27
2.3.1 Formation de sensibilisation à destination du personnel	27
2.3.2 Déploiement institutionnel	27
2.3.3 Description du processus de choix des premiers profils de parcours	28
2.3.4 Justification du choix du parcours du patient suivi en HDJ pour cancer broncho-pulmonaire.....	30
PARTIE III - Parcours du patient atteint d'un cancer broncho-pulmonaire, traité par chimiothérapie en Hospitalisation de Jour	32
3.1 Généralités.....	32
3.2 Les exigences requises par le parcours, en lien avec la maladie	32
3.2.1 Référentiels du parcours de soins du cancer broncho-pulmonaire	32
3.2.2 La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)	35
3.3 Exigences requises par le parcours, en lien avec l'hospitalisation de jour.....	36
3.3.1 Présentation du service d'Hospitalisation De Jour.....	36
3.3.2 L'organisation de l'Hôpital De Jour au CHD.....	36
3.3.3 Exigences relatives aux droits du patient.....	36
3.3.1 Exigences requises par l'établissement pour le traitement du cancer par chimiothérapie	37
3.3.2 Le circuit des produits pharmaceutiques	37
PARTIE IV - Analyse « patient traceur »	39
4.1 Création d'un groupe de travail.....	39
4.2 Elaboration des supports de l'évaluation.....	39
4.2.1 La grille HAS du « patient traceur ».....	39
4.2.2 Modification de la grille HAS.....	40
4.2.3 Grille « professionnels de santé » ; grille « patient »	47
4.3 Choix du patient	48

4.3.1	Critères de choix.....	48
4.3.2	Présentation du patient	48
4.3.3	Information éclairée.....	48
4.4	Rencontre avec le patient	48
4.5	Réunion pluridisciplinaire	49
4.5.1	Préparation	49
4.5.2	Déroulement	50
4.6	Suivi du Planning de développement et de réalisation de l'analyse « patient traceur »..	51
<i>PARTIE V - Présentation des résultats et plan d'actions.....</i>		53
5.1	Grille patient : résultats globaux	53
5.2	Grille professionnels de santé : résultats globaux	53
5.3	Questions communes à destination des professionnels de santé et du patient.....	55
5.4	Questionnaire aux professionnels de santé	56
5.5	Points positifs de l'analyse	57
5.5.1	Organisation optimale du service	57
5.5.2	Respect des principales exigences liées à la pathologie du patient	57
5.5.3	Organisation optimale du circuit des produits pharmaceutiques.....	58
5.6	Points à améliorer et définition du plan d'action	59
5.6.1	Résultats inférieurs à 70 % de conformité	59
5.6.2	Résultats compris entre 70 et 80 % de conformité	60
5.6.3	Résultats supérieurs à 80 % de conformité.....	61
5.6.4	L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)	63
5.6.5	Conclusion :	64
<i>PARTIE VI – Discussion</i>		65
6.1	Place de la méthode par rapport aux dispositifs déjà existants.....	65
6.2	Notre démarche	65
6.2.1	Choix du type de parcours et de ses référentiels.....	65
6.2.2	Implication du pharmacien	65
6.2.3	Choix du type de recueil des résultats	66
6.2.4	Périmètre de l'analyse.....	66
6.2.5	Personnalisation de la grille	67
6.3	Résultats et plan d'action.....	68
6.4	Forces et limites de l'outil proposé par la HAS	68
6.4.1	Généralités	68
6.4.2	L'organisation.....	68
6.4.3	La grille	70
6.4.4	Apports pour les professionnels de santé.....	71
6.4.5	Une méthode qui oublie trop rapidement le patient.....	71
<i>CONCLUSION</i>		73
<i>BIBLIOGRAPHIE.....</i>		75
<i>LISTE DES ABREVIATIONS :</i>		79
<i>ANNEXES :</i>		80
	Annexe 1 : Politique d'Amélioration Continue de la qualité et de la sécurité des soins au Centre Hospitalier de Douai	80
	Annexe 2 : Logigramme « patient traceur » au CHD	82
	Annexe 3 : Circuit du patient en HDJ.....	83
	Annexe 4 : GRILLE réunion pluriprofessionnelle	84

Annexe 5 : GRILLE patient	91
Annexe 6 : Information au patient et consentement éclairé	93
Annexe 7 : Courrier d'invitation des professionnels de santé.....	94
Annexe 8 : Questionnaire de satisfaction.....	95

SOMMAIRE DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Les commissions au Centre Hospitalier de Douai.....	17
Tableau 2 : Priorisation des profils.....	29
Tableau 3: Référentiels du parcours "cancer broncho-pulmonaire"	33
Tableau 4 : Etapes clés de la phase investigatrice et diagnostic.....	33
Tableau 5 : étapes clés de la phase d'annonce	34
Tableau 6 : Eléments et étapes clés de la phase de traitement.....	34
Tableau 7 : Référentiels relatifs au circuit des produits pharmaceutiques	38
Tableau 8 : Composition du groupe de travail	39
Tableau 9 : Suppression des doublons de la grille HAS « patient traceur ».....	41
Tableau 10 : Découpage des questions de la grille HAS « patient traceur ».....	41
Tableau 11 : Items ajoutés en lien avec le parcours de soins	42
Tableau 12 : Items ajoutés en lien avec la RCP	43
Tableau 13 : Items ajoutés en lien avec l'entrée et la sortie.....	43
Tableau 14 : Items relatifs à la prescription des médicaments.....	45
Tableau 15 : Items ajoutés en lien avec la prescription de DMI	45
Tableau 16 : Items ajoutés en lien avec l'analyse pharmaceutique.....	45
Tableau 17 : Items ajoutés en lien avec la préparation	46
Tableau 18 : Items ajoutés en lien avec le transport	46
Tableau 19 : Items ajoutés en lien avec l'administration.....	46
Tableau 20 : Items ajoutés spécifiquement pour le patient	47
Tableau 21 : Résumé des 2 supports de l'analyse.....	48
Tableau 22 : Professionnels invités à la réunion pluridisciplinaire	50
Tableau 23 : Management de la réunion pluri-professionnelle.....	51
Tableau 24 : Suivi du planning de l'analyse "patient traceur"	52
Tableau 25 : Grille patient, résultats globaux	53
Tableau 26 : Grille professionnels de santé, résultats globaux.....	54
Tableau 27 : Items dont la réponse diverge entre le groupe de professionnels et le patient.....	55
Tableau 28 - Comparaison entre l'organisation recommandée par la HAS et l'organisation développée au CHD.....	69
Tableau 29 : Items en lien avec le traitement chronique du patient.....	70

SOMMAIRE DES FIGURES :

Figure 1 : Les dimensions de la qualité des soins (4)	13
Figure 2 : Rôle du directeur et du président de la CME au sein du directoire (8).....	15
Figure 3 : Organisation de la politique d'amélioration continue de qualité et de la sécurité des soins au centre hospitalier de Douai	16
Figure 4 : La roue de Deming (12)	19
Figure 5 : Organisation des critères de la certification selon le modèle « PDCA ».	19
Figure 6 : Déploiement de la méthodologie "patient traceur" selon la HAS	28
Figure 7 : Représentation des références du manuel de certification dans la grille HAS "patient traceur"	40
Figure 8 : Evolution du nombre de questions dans la grille	47
Figure 9 : Présentation des résultats de la réunion pluri-professionnelle	54
Figure 10 : Résultats de l'enquête menée auprès des professionnels de santé	56

INTRODUCTION

Les systèmes qualité à l'hôpital ne cessent de se développer et de s'intégrer dans l'activité des professionnels de terrain. En France, c'est en 1996 que le concept d'accréditation des établissements de santé prend naissance. Les établissements se voient dès lors obligés de porter un regard critique sur leurs pratiques dans un seul et unique but : l'amélioration constante de la qualité et de la sécurité des soins. Dix ans plus tard, la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) consacre la démarche qualité des soins comme le rouage indispensable au bon fonctionnement de l'institution hospitalière (1).

Dans le même temps, l'activité pharmaceutique a considérablement évolué. De par son rôle essentiel de gestion et de contrôle des produits de santé, le pharmacien est devenu le garant de la qualité de leurs circuits. Son rôle qui consiste à promouvoir et à développer la qualité rayonne sur l'ensemble de l'établissement. L'arrêté du 6 avril 2011 a ancré ce statut définitivement dans le panorama hospitalier (2). Le pharmacien devient un professionnel clé dans la qualité et la gestion des risques. Le Contrat de Bon Usage (CBU), véritable « examen qualité pharmaceutique », l'oblige à rendre compte de l'investissement de l'hôpital dans l'amélioration et la tenue du circuit des produits pharmaceutiques (3). Un investissement qu'il aura lui-même impulsé.

La 4^{ème} procédure de certification des établissements de santé démarre en 2014, sous la coordination de la HAS. Un nouvel outil est développé à cette occasion, dénommé « **patient traceur** ». Cette méthode marque une nouvelle étape dans la création d'outils d'évaluation des pratiques. En effet, pour la première fois une méthode du genre prend en compte le point de vue du patient sur son hospitalisation, recueilli directement auprès de lui.

Le Centre Hospitalier de Douai (CHD) a initié la mise en route de cette méthodologie fin 2013. L'équipe pharmaceutique a rapidement été associée à cette démarche pour son « expertise qualité » et donc ses conseils.

Ce manuscrit présente les étapes de réalisation du premier « patient traceur » au Centre Hospitalier de Douai. Nous présenterons, dans un premier temps, la démarche qualité et son contexte dans notre hôpital. Nous nous efforcerons ensuite de présenter, le plus fidèlement possible, le déploiement de cette démarche. Puis, le choix du patient suivi pour administration de cures de chimiothérapie en hôpital de jour nécessitera une réflexion précise sur son parcours. La réalisation de la méthode proprement dite se fera dans une 4^{ème} partie. Nous en présenterons alors les résultats. Enfin, une discussion nous permettra de réfléchir sur le bien-fondé de cette démarche en analysant, en particulier, ses forces et faiblesses.

DEFINITION DE LA QUALITE DES SOINS

L'OMS définit la qualité des soins comme la capacité de « garantir à chaque patient l'assortiment d'actes thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, résultats, contacts humains... ». De nombreuses autres définitions existent dans la littérature. Néanmoins, toutes ces définitions présentent la qualité des soins comme un concept multidimensionnel (figure 1) (4).



Figure 1 : Les dimensions de la qualité des soins (4)

La complexité du système de soins augmente le risque de dysfonctionnement, notamment aux interfaces. La science médicale, quant à elle, reste aléatoire avec un risque zéro inatteignable. Cela contribue à faire de la qualité une notion essentielle dans le domaine de la santé. (5)

La réforme hospitalière de 2007 comportait 4 axes majeurs : gouvernance, tarification à l'activité, réseaux de santé et enfin qualité. Ce dernier point est devenu l'un des principaux éléments dictant l'organisation actuelle de l'hôpital et invite ses acteurs à réfléchir sur leurs pratiques. Son développement s'est accompagné d'un certain nombre de systèmes d'évaluation (6). L'analyse « patient traceur » en est un des exemples les plus récents.

PARTIE I - La démarche qualité au Centre Hospitalier de Douai

1.1 Contexte

1.1.1 La loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST)

La loi HPST (n° 2009-879 du 21 juillet 2009) a modifié en profondeur la gouvernance de l'hôpital et ses instances. Leurs rôles ont été revisités et précisés pour une plus grande efficacité. La loi décrit précisément l'organisation de la politique d'amélioration continue de la qualité, depuis les instances décisionnaires, jusqu'à la mise en œuvre sur le terrain (1).

1.1.2 Les instances décisionnaires

1.1.2.1 La Commission Médicale d'Établissement (CME)

La CME a été positionnée au centre de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins par la mission qui lui est confiée de l'élaborer. Le décret du 30 avril 2010 précise, en cette matière, les compétences de la CME :

1. La gestion des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement
2. Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire
3. La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
4. La prise en charge de la douleur
5. Le plan de développement professionnel continu (DPC)

La CME contribue à l'élaboration du projet relatif aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers avec notamment, l'évaluation de la prise en charge des patients, l'organisation des parcours de soins et la réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale (7).

Le président de la CME a la responsabilité du suivi de la politique qualité. En ce sens, il peut organiser des évaluations internes. Il doit veiller à la mise en œuvre des engagements. Il présente également le programme d'action aux instances principales de l'établissement.

De plus, le président de la CME coordonne la politique médicale en veillant à la coordination de la prise en charge du patient (7).

1.1.2.2 Le directoire

La CME propose au directeur général, président du directoire, un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme fait l'objet d'une consultation du directoire avant d'être approuvé par son président, conjointement avec le président de la CME.

Les autres compétences générales du directoire sont centrées sur la politique de gestion de l'établissement qui lui est soumise. Son rôle premier est d'appuyer le directeur général. Le directoire approuve le projet médical après son élaboration par le directeur, toujours en concertation avec le président de la CME. (7)

1.1.2.3 Les autres instances impliquées dans la politique d'amélioration de la qualité :

D'autres instances interviennent dans l'élaboration de cette politique qualité. Leur rôle est limité à une consultation, voire une information.

- Le conseil de surveillance qui a vu ses missions recentrées sur les orientations stratégiques de l'établissement, particulièrement sur le projet d'établissement, est consulté sur la politique qualité. Il peut émettre des avis, suivis ou non par le directoire, son président et le président de la CME.
- Les autres instances consultées sont le Comité Technique d'Etablissement (CTE), la Commission de Relation avec les Usagers (CRU) et la Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Techniques (CSIRMT).

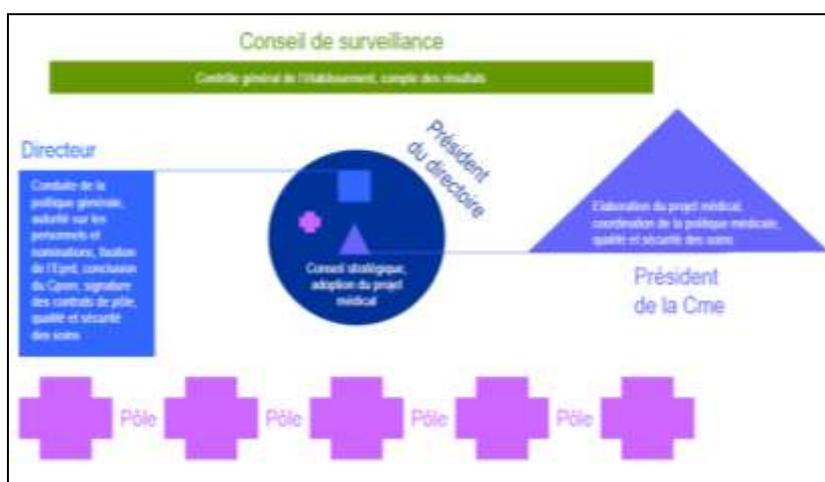


Figure 2 : Rôle du directeur et du président de la CME au sein du directoire (8).

1.2 Les outils qualité

1.2.1 La politique qualité

La politique qualité au centre hospitalier de Douai a été élaborée en 2008 et mise à jour en 2011. Elle établit les grandes orientations en s'engageant pleinement dans les programmes nationaux développés par les tutelles (certifications, suivi des indicateurs, etc...) Les démarches qui sont soutenues ne sont pas seulement réglementaires, mais aussi volontaires. Elle vise à améliorer en continu la qualité, la sécurité des soins et à favoriser le bien-être des patients hospitalisés, en soutenant l'implication de l'ensemble des professionnels de santé. Des objectifs sont identifiés à l'échelle de l'établissement, mais aussi ciblés sur des activités ou des services (accueil, urgences, circuit des produits pharmaceutiques, etc...) (Annexe 1).

1.2.2 L'organisation générale

La figure 3 résume l'organisation qualité au centre hospitalier de Douai.

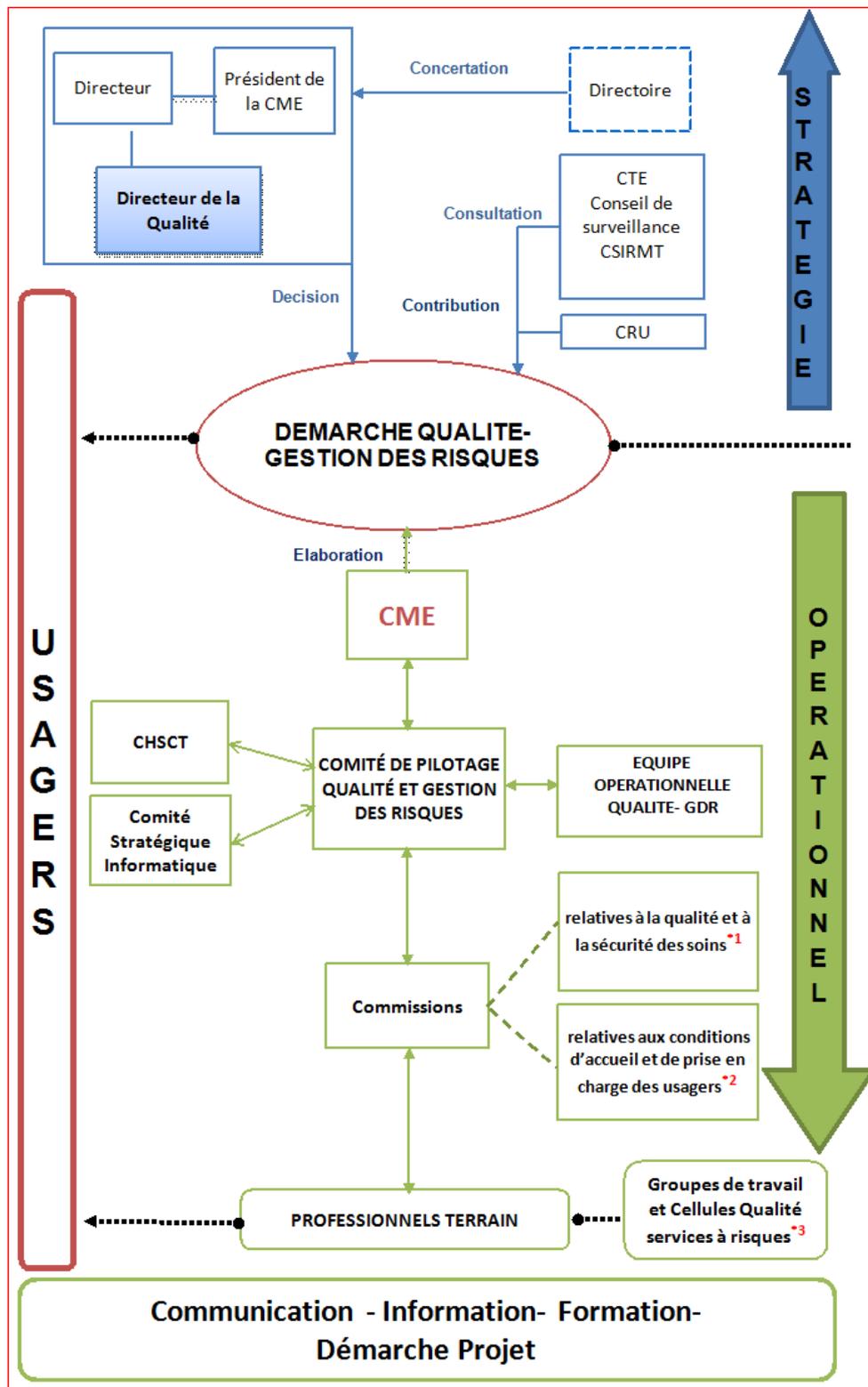


Figure 3 : Organisation de la politique d'amélioration continue de qualité et de la sécurité des soins au centre hospitalier de Douai

*1 Commissions relatives à la qualité et à la sécurité des soins	*2 Commissions relatives aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers	*3 Groupes de Travail	Cellules qualité services à risques
La sous-commission Développement Professionnel Continu (DPC)	Le Comité local d'Ethique	Groupe Dossier Patient (DPA)	Pharmacie, stérilisation
Le Comité de coordination des vigilances	Le Collège d'Education Thérapeutique	Groupe Evénements Indésirables	Laboratoire
La Commission de Liaison Alimentation-Nutrition (CLAN)	La Commission des Relations avec les Usagers (CRU)	Groupe Chutes, Fugues, Agressions	Bloc opératoire
Le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)	La Commission des Admissions et des Consultations Non Programmées (CACNP)	Autres	
Le Comité de lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)	La Commission de l'Organisation des soins (COPS)		
La Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (CoMeDiMS)	La Commission d'activité libérale		
La Commission des gaz médicaux	Le Comité de veille de la bientraitance		
Le Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance (CSTH)	La Commission Parcours Patient (CPP)		
Le Comité de Radioprotection			

Tableau 1 : Les commissions au Centre Hospitalier de Douai

1.2.3 Les commissions et les acteurs

Auparavant, la CME devait constituer au moins une sous-commission spécialisée dont le rôle principal était d'élaborer la politique qualité, en particulier concernant les vigilances, la lutte contre les infections nosocomiales, les produits de santé, la prise en charge de la douleur ou encore les affectations iatrogènes. La loi HPST a supprimé cette obligation et a rendu à la CME une grande liberté d'organisation interne « pour répondre aux objectifs d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins »

1.2.3.1 Le COPIL Qualité

Au Centre Hospitalier de Douai, il a été décidé de conserver cette organisation. C'est pourquoi, pour aider la CME à l'élaboration de la stratégie de la démarche qualité, une sous-commission a été créée : le comité de pilotage qualité et gestion des risques ou COPIL qualité. Le COPIL qualité, coordonne le travail des professionnels sur le terrain. Il s'assure que toute action entreprise, entre dans la logique de la stratégie élaborée par la direction de la qualité et la CME. De plus, il garantit les méthodes de management et la culture qualité, arbitre les actions prioritaires, définit et valide les indicateurs et évaluations, redistribue les actions aux acteurs concernés et coordonne les travaux des différentes commissions.

1.2.3.2 Les commissions

Pour l'aider dans sa tâche, le COPIL qualité est divisé en commissions qu'il a la charge de piloter. Ces commissions sont relatives à la qualité et la sécurité des soins, mais aussi aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers (tableau 1). Chacune de ces commissions est sous la responsabilité d'un président qui constitue un interlocuteur privilégié avec le COPIL qualité et la CME.

La sous-commission Développement Professionnel Continu (DPC) possède un lien particulier avec le travail présenté ici. Son rôle est de favoriser et de suivre les programmes de Développement Professionnel qui s'inscrivent dans une démarche continue de la qualité.

Il s'agit de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et des programmes de formation.

De nombreuses méthodes de gestion de la qualité sont reconnues pour leur qualité d'EPP. La méthode « patient traceur », en est l'exemple le plus récent. Parmi ces méthodes, certaines font appel à une connaissance globale du parcours du patient. Il s'agit par exemple de la méthode « patient traceur » ou du « chemin clinique » (9).

Face à cette nécessité d'appréhender le parcours des patients il est nécessaire de les formaliser. C'est pourquoi, une **Commission Parcours Patient (CPP)** a récemment été créée au CHD. Elle permet la réflexion sur le circuit des patients et leur formalisation par écrit. Tout comme la Commission des Relations avec les Usagers (CRU), la CPP intègre en son sein des représentants des usagers. Cependant, ses missions sont clairement différenciées de celles de la CRU dont le rôle principal est l'analyse et la résolution des plaintes et réclamations. La CPP, de par ses travaux, pourra apparaître comme un « groupe expert », pouvant apporter son soutien à la réalisation de certaines méthodes de DPC.

1.2.3.3 Les autres acteurs

Des groupes de travail ou des postes clés apportent aide et coordination dans la démarche qualité :

- L'équipe opérationnelle qualité et gestion des risques qui aide les commissions dans leurs travaux et les évaluateurs de terrain, en assurant la méthodologie la plus adaptée.
- Le coordonnateur de la gestion des risques qui fournit un appui stratégique au président de la CME et garantit la cohérence des actions.
- Le gestionnaire des risques qui effectue une veille réglementaire, pilote les groupes de travail pour la certification, accompagne et forme les équipes.
- Les correspondants des vigilances qui coordonnent les vigilances sanitaires.
- De nombreux groupes de travail existent au CHD (groupe transmissions ciblées, groupe projet chirurgie ambulatoire, groupe DPA...) Nous serons amenés à les citer dans le paragraphe V de notre manuscrit.

1.2.4 Les évaluations

1.2.4.1 La certification des établissements de santé

1.2.4.1.1 La méthode

La certification, initialement appelée accréditation a été créée par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 (10). Elle a pour but de promouvoir la mise en place d'un système d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. L'objectif étant la régulation des établissements de santé par la qualité. Initialement développée par l'Agence d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), aujourd'hui Haute Autorité de santé (HAS), la certification, procédure quadriennale, démarre sa 4^{ème} version (V2014).

Le manuel a fortement évolué lors de la 3^{ème} procédure en se recentrant sur le processus global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (11). Il a été amélioré par la suite en y incluant des critères de Pratiques Exigibles Prioritaires (PEP), c'est-à-dire, avec un

niveau d'exigence attendu particulièrement élevé. Le résultat des Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS) est aussi intégré à cette nouvelle procédure qui exige que des éléments de preuves soient produits (documents, procédures etc...).

Le manuel de certification compte 82 critères répartis sur 28 références et s'organise en 2 chapitres : management de l'établissement et prise en charge du patient. Chaque critère s'organise 3 phases, reprenant le cycle « Plan Do Check Act » développée par la roue de Deming (figure 4). Il s'agit de prévoir l'organisation et les objectifs (étape E1), mettre en œuvre le programme d'action (étape E2) et enfin, évaluer et améliorer les points de faiblesse mis en évidence (étape E3) (Figure 5). La cotation de chaque critère se fait selon 4 classes A, B, C et D qui correspond à une estimation du niveau de qualité acquis pour le critère.

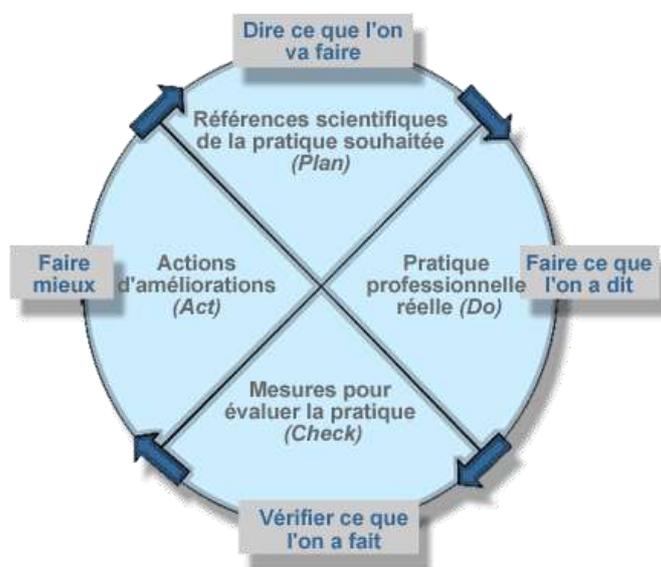


Figure 4 : La roue de Deming (12)

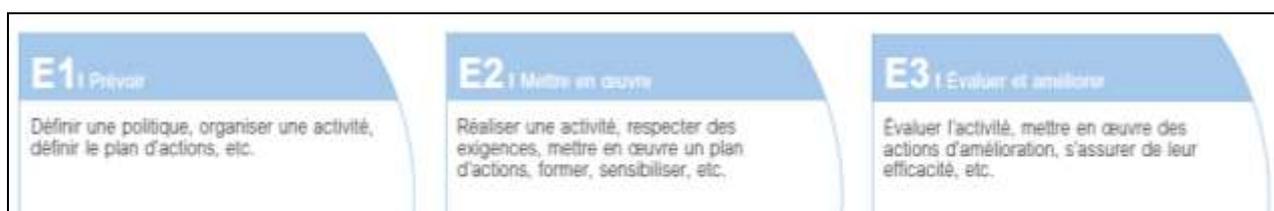


Figure 5 : Organisation des critères de la certification selon le modèle « PDCA ».

La procédure V2014, a pour objectif de limiter l'impact de la visite de certification par les experts visiteurs, en diminuant le surinvestissement engagé en amont de cette visite par l'établissement. L'objectif est d'inscrire la certification dans un processus progressif, établi dans le temps et non limité à des étapes prédéfinies. Pour cela s'est développé le « compte qualité », un nouvel outil de suivi qui reprend les actions menées et les résultats à la fois de la certification, mais aussi du programme d'amélioration de la qualité propre à l'établissement dont il permettra de cibler plus finement les points critiques (13).

1.2.4.1.2 Lien avec la méthodologie « patient traceur »

La méthodologie « patient traceur » s'inscrit dans la procédure de certification, puisque développée par la HAS dans le cadre de la V2014. La procédure de certification est essentiellement liée à la méthodologie « patient traceur » de par son 2^{ème} chapitre : « prise en charge du patient ». Une grande majorité des notions retrouvées dans les références de ce chapitre sont reprises dans la méthodologie « patient traceur ». Certains critères de la référence 8 « Programme du management de la qualité et de la sécurité des soins » du premier chapitre sont également concernés et notamment la gestion des évènements indésirables (8f) et la maîtrise du risque transfusionnel (8j).

1.2.4.1.3 Résultats au CHD

Le centre hospitalier de Douai a été certifié V2010 à la fin de l'année 2011 sans réserves, ni recommandations. 3 critères avaient fait l'objet d'une recommandation avec obligation de mettre en œuvre les mesures préconisées, au plus tard pour la certification V2014.

- 8. b : Fonction gestion des risques
- 8. d : Evaluations des risques à priori
- 28. a : Mise en œuvre des démarches d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP)

L'établissement a engagé la levée de ces 3 recommandations immédiatement après le rapport publié en mars 2012 et un bilan a été produit fin avril 2013. L'organisation et l'évaluation de la gestion des risques ont ainsi été nettement améliorées avec la création de fonctions (coordonnateur et gestionnaire des risques), la nomination de référents qualité et l'informatisation de la déclaration des évènements indésirables. Une cartographie globale des risques a été réalisée. De même pour les activités à risque, la réalisation d'une cartographie a été encouragée. Les RMM ont été largement développées dans les services et les EPP ont été généralisées avec un retour systématique aux professionnels concernés et la mise en place d'indicateurs de suivis.

Ces axes d'amélioration ont permis le passage de la cotation C à la cotation B.

1.2.4.2 Les Indicateurs pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (IPAQSS)

1.2.4.2.1 La méthode

Dans son guide méthodologique, la HAS décrit l'indicateur comme « un outil de mesure d'un état de santé, d'une pratique ou de la survenue d'un évènement qui permet d'estimer de manière valide et fiable la qualité des soins et ses variations dans le temps et l'espace » (4). Depuis 2003, le ministère de la santé et la haute autorité de santé (HAS) mettent en œuvre un recueil d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans tous les établissements de santé. Les indicateurs obligatoires ou optionnels sont le reflet de notions essentielles et fondamentales. L'article 5 de la loi HPST rend obligatoire la mise à disposition du public par les établissements de santé, des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des

soins. L'objectif est d'améliorer la transparence et d'augmenter le niveau d'information du public.

En 2014, les indicateurs obligatoires sont de 3 types : indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales, indicateurs de pratiques cliniques (par exemple, prise en charge de l'infarctus du myocarde après la phase aiguë), indicateurs de qualité et de sécurité de la prise en charge du patient (tenue du dossier patient, délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation, traçabilité de l'évaluation de la douleur, dépistage des troubles nutritionnels, tenue du dossier anesthésique, réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie).

1.2.4.2.2 Lien avec la méthodologie « patient traceur »

La méthodologie « patient traceur » reprend plus particulièrement les notions traitées par les IPAQSS du thème DPA (tenue du dossier patient, dépistage des troubles nutritionnels...). La méthodologie « patient traceur » centrée sur le dossier du patient, suffit à évoquer ce rapprochement. L'indicateur RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) nous concerne, quant à lui, au travers du profil du patient que nous avons sélectionné.

1.2.4.2.3 Résultats au CHD

Le dernier recueil du thème DPA en MCO en 2011 montrait que notre établissement se situait dans la moyenne nationale ou au-dessus de celle-ci, suivant l'indicateur regardé. De plus, les résultats étaient stables par rapport à l'année d'avant où ces indicateurs avaient également été relevés.

En 2011, date du dernier recueil de l'indicateur RCP, la trace d'une RCP datée, comportant la proposition de prise en charge était retrouvée dans 78 % des dossiers évalués. Ce niveau était de 70 % si on y ajoutait la traçabilité des membres de la RCP avec au moins trois professionnels de spécialités différentes.

1.2.4.3 Le Contrat de Bon Usage des Médicaments et des Produits et Prestations (CBUMPP)

1.2.4.3.1 La méthode

Le Contrat de Bon Usage (CBU) mis en œuvre depuis 2005, est une démarche contractuelle visant à améliorer et à sécuriser le circuit des produits de santé administrés ou posés à l'hôpital (3). Le CBU est soumis à la signature d'un contrat type, conclu pour 5 ans entre l'établissement de santé, l'agence régionale de santé (ARS) et l'assurance maladie (14). Il engage l'établissement sur la réalisation d'objectifs précis. Un rapport annuel sur un modèle type est produit et transmis à l'ARS (15).

Les engagements visent, par exemple, l'informatisation de la prise en charge thérapeutique du patient ou encore la centralisation de la reconstitution des traitements anticancéreux sous la responsabilité d'un pharmacien. Certains engagements visent au développement des pratiques pluridisciplinaires, particulièrement en cancérologie ; d'autres concernent plus spécifiquement les produits et prestations de la liste, prise en charge en sus des prestations

d'hospitalisation. Pour cette seconde situation, la prescription et la dispensation à délivrance nominative sont rendues obligatoires. Le non-respect de ces engagements peut conduire à une diminution de leur taux de remboursement (dans la limite de 30% maximum).

Le décret du 27 septembre 2013, outre des modifications dans l'organisation générale du contrat, a eu pour objectif d'harmoniser le CBU avec les autres systèmes de régulation relatifs à la prise en charge médicamenteuse. Les résultats de certains IPAQSS, en lien avec la prise en charge thérapeutique du patient, sont repris pour le CBU et ne doivent plus être recalculés. Cette harmonisation concerne également les produits inscrits sur la liste en sus dont l'utilisation doit être conforme à l'article D. 162-10-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire, conforme à l'AMM ou à une situation considérée comme acceptable établie au travers d'une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) ou d'un protocole thérapeutique temporaire (PTT). Dans le cas contraire, le prescripteur doit porter au dossier médical l'argumentation de sa prescription en faisant référence aux travaux des sociétés savantes ou aux publications des revues internationales à comité de lecture (16). Ainsi, le CBU apporte un cadre légal à l'utilisation hors AMM de certaines molécules et produits et prestations pour faciliter l'accès à de nouvelles thérapeutiques dans des situations qui ne sont pas encore scientifiquement validées (17). Les RTU et PTT ont été développés par l'ANSM, la HAS et l'INCa selon une méthodologie générale (18).

L'apparition du CBU dans le paysage sanitaire français a incité à la mise en place de contrôles parfois complexes. Il s'agit pour les établissements de santé de s'assurer que les prescriptions sont conformes aux engagements, mais aussi, plus simplement, il s'agit de s'assurer que l'utilisation de ces produits est correctement déclarée à l'assurance maladie pour éviter une perte financière par oubli ou sanction. Ce contrôle, en lien avec le Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations (PMSI) et le DIM devient incontournable. Il cherche à comparer les données de traçabilité (prescription, administration) et les données enregistrées dans le PMSI (19,20).

1.2.4.3.2 Lien avec la méthodologie « patient traceur »

Le domaine du cancer, sujet de fond de notre analyse « patient traceur » est particulièrement concerné par le CBU. Certains engagements s'y appliquent spécifiquement. Il s'agit de l'obligation de centraliser la préparation et la reconstitution des anticancéreux sous la responsabilité d'un pharmacien, de l'organisation de la pratique pluridisciplinaire mais aussi de l'adhésion active à un réseau de cancérologie.

Les dispositions relatives aux médicaments s'appliquent aux anticancéreux : informatisation de la prise en charge thérapeutique, prescription et délivrance nominative, dispositions liées aux produits pris en charge en sus.

1.2.4.3.3 Résultats au CHD

Le CHD a obtenu 93.5% d'atteinte des objectifs suite au rapport d'étape 2013 où 62 critères ont été évalués. Ce chiffre étant relativement stable depuis 2011. Les non-conformités ont concerné 4 items, non sanctionnables : Informatisation des DMI, formation médicale sur

l'iatrogénie, formation des soignants sur la prise en charge médicamenteuse et mise à jour des référentiels d'antibiothérapie.

1.2.5 Les méthodes d'évaluation des pratiques professionnelles, un moteur pour la qualité des soins

Tout comme la certification ou les indicateurs, le Développement Professionnel continu (DPC) est un axe phare développé par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les méthodes de DPC sont regroupées, selon la HAS, à travers 6 grands axes dont la formation pédagogique et l'analyse des pratiques. La gestion des risques du type CREX et RMM, les revues de dossiers du type RCP et l'analyse des parcours de soins du type « chemin clinique » et « patient traceur » sont des méthodes d'analyses des pratiques (21).

Au centre hospitalier de Douai, les comités de retour d'expérience (CREX) et les RMM (Revue de Morbi Mortalité) ont trouvé depuis plusieurs années une place particulièrement importante dans les unités de soins pour l'analyse collective des événements indésirables.

L'audit clinique a un lien particulier avec le travail présenté dans ce manuscrit puisque l'objectif est de mesurer les écarts entre la pratique réelle observée et la pratique attendue ou recommandée, sur la base de critères d'évaluation. Deux tours sont au minimum nécessaires pour évaluer la pratique, puis pour évaluer la mise en place des actions d'amélioration (22)

Le chemin clinique cherche plutôt à décrire les éléments du processus de prise en charge, en suivant le parcours du patient dans un objectif de rationalisation de la prise en charge (23). Le chemin clinique peut être un élément « expert » indispensable à la réalisation d'un « patient traceur ».

1.3 Le rôle du pharmacien dans sa composante « qualité »

1.3.1 Responsabilité propre concernant la qualité liée aux actes et produits pharmaceutiques

Selon l'article R4235-48 du code de la santé publique, le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament en y associant analyse pharmaceutique, préparation des doses et mise à disposition du patient des informations relatives à son traitement. Dans leur description du rôle du pharmacien, A. Guérin et al, citent un certain nombre d'activités pharmaceutiques, parmi lesquelles, le contrôle qualité et la gestion des risques (24). Ainsi, le pharmacien dispose d'un rôle propre d'assurance qualité de l'achat à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux. La mise en place de processus qualité concernant, par exemple, la reconstitution des cytotoxiques (25,26), la sécurisation du circuit du médicament (27) se multiplient. Ce peut être le développement d'un audit où la réflexion qui s'en suit autour du plan d'action et des mesures développées.

Le pharmacien s'approprie de plus en plus en plus ces concepts de qualité sous l'impulsion engendrée par la création de référentiels nationaux ou internationaux, devenant de véritables documents opposables pour la pratique. Nous pouvons citer, par exemple, la parution en 2007 des bonnes pratiques de préparation rédigées par l'AFSSaPS, devenant le texte de référence opposable pour les préparations hospitalières, magistrales et officinales (28). Ce

référentiel faisait suite aux Bonnes Pratiques de Préparation Hospitalière publiées en 2001 (29).

Cette impulsion peut également avoir une origine politique et juridique avec la parution de textes réglementaires. Il s'agit, en particulier, de l'arrêté du 6 avril 2011, relatif au management de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse qui a impulsé une dynamique qualité incontestable au sein des pharmacies hospitalières. L'arrêté instaure un système de management de la qualité qui s'appuie sur un responsable désigné et l'obligation de développer un système documentaire. Le principe de gestion des risques et des événements indésirables y est énoncé. Une organisation et un programme d'action permettant l'étude des risques (analyse à priori) et l'analyse des déclarations internes (analyse a posteriori) liés à la prise en charge médicamenteuse doivent être établis. (2)

1.3.2 Situation au Centre Hospitalier de Douai

Le service pharmacie du Centre Hospitalier de Douai compte 8 pharmaciens dont la responsabilité se répartit sur les activités d'achats et d'approvisionnement, de pharmacie clinique, de production et de contrôle, d'assurance qualité.

Le rôle des pharmaciens au CHD est particulièrement lié au développement de la culture qualité et de la gestion des risques :

1. Le service pharmacie et la stérilisation sont 2 des 3 secteurs d'activité considérés comme « à risque ». Des cellules qualité ont donc été développées et un pharmacien responsable d'assurance qualité a été nommé sur ces 2 secteurs, de façon à assurer la mise en œuvre du système de management de la qualité.
2. Des pharmaciens correspondants locaux des vigilances ont été nommés pour la gestion de la matériovigilance, la pharmacovigilance et la vigilance du circuit des produits pharmaceutiques.
3. L'ensemble des pharmaciens est impliqué sur une ou plusieurs démarches d'évaluation des pratiques professionnelles (6 EPP sur 13, en cours en 2013, compte un pharmacien dans leur groupe de pilotage).

L'équipe inclut un pharmacien dont le rôle est de développer et de promouvoir l'assurance qualité et la gestion des risques. En tant que responsable de l'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse, il s'assure que le système de management est correctement mis en œuvre. Il en impulse la dynamique en collaboration avec chaque pharmacien au sein de chaque domaine de compétence :

1. En termes d'assurance de la qualité, ses rôles l'amène à coordonner la cellule qualité en pharmacie, à gérer et à développer le système documentaire. Il est l'interlocuteur privilégié pour réaliser les protocoles et Conduites à Tenir Médical (CATM). Il est également le responsable des évaluations internes, notamment en lien avec la certification (critère 20a et 20a bis) et le CBU.

2. En termes de gestion des risques, il coordonne le circuit des vigilances en lien avec les correspondants locaux des vigilances. Il est l'interlocuteur pour la réalisation des CREX-RMM, des cartographies, de la gestion des chariots et plan d'urgence.

1.3.3 Un rôle transversal qui se diversifie au CHD

Parmi les principaux déterminants mis en évidence par A. Guérin et al. concernant l'évolution de la pharmacie hospitalière en France, on retrouve la préoccupation pour la gestion des risques et la qualité. (30) Cette dynamique dans le domaine pharmaceutique peut avoir un impact fort sur l'ensemble de l'établissement où elle se déploie. Au centre hospitalier de Douai, l'équipe pharmaceutique s'est pleinement investie au profit de la qualité des soins et de la sécurité des patients. A ce titre, en 2010, une vigilance du circuit des produits pharmaceutiques a été créée puis informatisée en 2012. L'ensemble des professionnels de santé est invité à y déclarer les événements indésirables liés à ces produits. L'équipe pharmaceutique, en lien avec les membres du service concerné, analyse l'évènement et juge de l'action à mettre en œuvre à l'aide des méthodes précitées (par ex. CREX, RMM). Ce système décloisonne les liens entre pharmacie et services. Le pharmacien voit sa mission de gestion de la qualité et des événements indésirables se diversifier considérablement et se voit de plus en plus sollicité pour des événements qui ne sont plus entièrement d'ordre pharmaceutique.

L'ensemble des méthodes d'évaluation précitées, qui impliquent de plus en plus le pharmacien, et la présence de ce dernier dans de nombreuses commissions (CLUD, CLAN ...) démontrent à quel point celui-ci est devenu un professionnel incontournable, en lien avec l'ensemble des professions médicales et paramédicales mais aussi en lien avec la direction. Le pharmacien permet une vision globale sur l'hôpital et permet l'articulation en interne de nombreux projets.

Comme nous le verrons dans la partie III, les exigences pharmaceutiques du parcours du patient suivi en HDJ pour cures de chimiothérapie, dans le cadre d'un cancer broncho-pulmonaire sont nombreuses. De plus, l'appropriation de la méthode, et son application au parcours choisi demandent une connaissance « qualité » globale. A ce titre, l'implication de la compétence « qualité » pharmaceutique nous a semblé appropriée et indispensable pour la mise en œuvre de la méthodologie « patient traceur ».

PARTIE II - Mise en route de la méthodologie « patient traceur » au Centre Hospitalier de Douai

2.1 Rationnel

En France, les Enquêtes Nationales sur les Evènements Indésirables associées aux Soins (ENEIS) ont été un élément essentiel dans le développement de la culture qualité des soins délivrés, en particulier, dans les établissements de santé. Les défauts d'organisation et le manque de coordination entre les professionnels sont des points critiques identifiés comme étant des causes systémiques à l'origine d'évènements indésirables graves. Ces résultats conduisent à une recherche toujours plus forte de méthodes permettant d'évaluer la qualité et la sécurité des patients, notamment aux interfaces (31).

En outre, les premières évaluations s'intéressant à l'opinion des patients, prenaient en compte leur satisfaction. Cependant, peu de preuves attestent de la fiabilité ou de la validité des outils qui mesurent la satisfaction, car cette notion, particulièrement subjective, évalue les attentes du patient. C'est pourquoi, les démarches qualité cherchent maintenant à évaluer l'expérience objective du patient. Cette vision de la qualité des soins a d'abord été développée dans les pays anglo-saxons (Etats-Unis, Australie, Grande Bretagne) mais aussi dans les pays d'Europe du Nord (Pays-Bas, Norvège) (32).

Dans le rapport de la Primary Health Care Research & Information Service (PHC RIS) la méthode du « patient traceur » est décrite comme une méthode « narrative », dont l'objectif est de faire un état de la pratique en utilisant le point de vue du patient sur son expérience (33).

B. Greenfield et al. ayant évalué cette méthode dans le cadre d'une démarche d'accréditation, montrent qu'à question équivalente, le niveau de jugement est inférieur avec une méthode qui prend en compte l'expérience du patient, plutôt qu'avec une méthode d'accréditation classique. C'est pourquoi, la méthode « patient traceur » est considérée comme un complément et non un substitut aux méthodes d'accréditation actuelles (34).

En France, la HAS propose une méthode, qui en plus de prendre en compte l'expérience du patient, et de s'attarder sur les interfaces, s'intéresse à l'ensemble du parcours de soins et pas uniquement aux étapes liées à l'hospitalisation. De plus, la HAS vient ajouter cette méthode à la procédure de certification habituelle.

2.2 Définition et Objectifs de la méthode « patient traceur » :

En octobre 2013, la HAS a édité un guide méthodologique reprenant les principes et repères clés de l'analyse « patient traceur ». Cette méthode y est définie de la manière suivante : « méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui analyse la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire et qui permet d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration » (35).

Tout au long du parcours de soins, l'objectif est donc de comparer les pratiques réelles aux pratiques de références. Il ne s'agit plus ici d'analyser le seul parcours de soins du patient dans le service où il se trouve au moment de l'analyse, mais bien de prendre en compte l'ensemble des étapes vécues par le patient au sein de l'établissement et à l'extérieur de ce dernier. De plus, les professionnels invités à réfléchir sur leurs pratiques ne sont pas que médicaux ou paramédicaux ; ils sont aussi sociaux. Le parcours de soins est vu dans sa globalité, comme une chaîne dont chaque maillon a une influence sur les autres.

Comme les autres méthodes d'EPP, l'objectif est de mettre en évidence les points de faiblesses du parcours de soins, notamment les éléments qui ne se conforment pas aux recommandations. Des axes d'améliorations sont alors mis en place. Ce processus, comme toute démarche de DPC permet aux professionnels qui y participent l'amélioration de leur pratique.

Deux grandes caractéristiques ressortent de cette méthode :

1. La prise en compte du vécu du patient
2. Le dossier d'hospitalisation du patient comme fil conducteur

Il en découle qu'une rencontre avec le patient est nécessaire pour prendre en compte son vécu vis-à-vis des soins qu'il a reçu. Cette rencontre est l'objet de la première phase de l'analyse. Le rassemblement des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient est ensuite organisé autour du dossier d'hospitalisation, ce qui constitue la deuxième phase.

2.3 Procédure de déploiement au Centre Hospitalier de Douai

2.3.1 Formation de sensibilisation à destination du personnel

Une formation à destination du personnel médical et des cadres supérieurs de santé a été proposée le 11 octobre 2013. Des intervenants extérieurs sont venus rencontrer les membres du personnel du centre hospitalier de Douai sur le thème « préparer la certification 2014 : mise en œuvre des méthodes de DPC préconisées par la HAS, application à la prise en charge médicamenteuse ». Les échanges ont permis des discussions concernant la nouvelle méthodologie « patient traceur » en lien avec les parcours patient écrits par les professionnels.

Cette formation impulsée par le COPIL qualité a permis d'accueillir l'espace d'une journée des formateurs reconnus par la HAS. Le COPIL qualité se trouve parfaitement dans son rôle d'accompagnement de la formation des professionnels.

2.3.2 Déploiement institutionnel

L'organisation adoptée au CHD, en lien avec les instances et comités décrit dans la 1^{ère} partie de ce manuscrit, est proche de celle proposée par la HAS (*figure 6*) selon la roue de Deming. Suite à l'impulsion donnée par la CME, le COPIL qualité a pris en charge l'organisation du déploiement de la démarche « patient traceur ». Le COPIL qualité a lui-même établi une stratégie, présentée et validée par la CME.

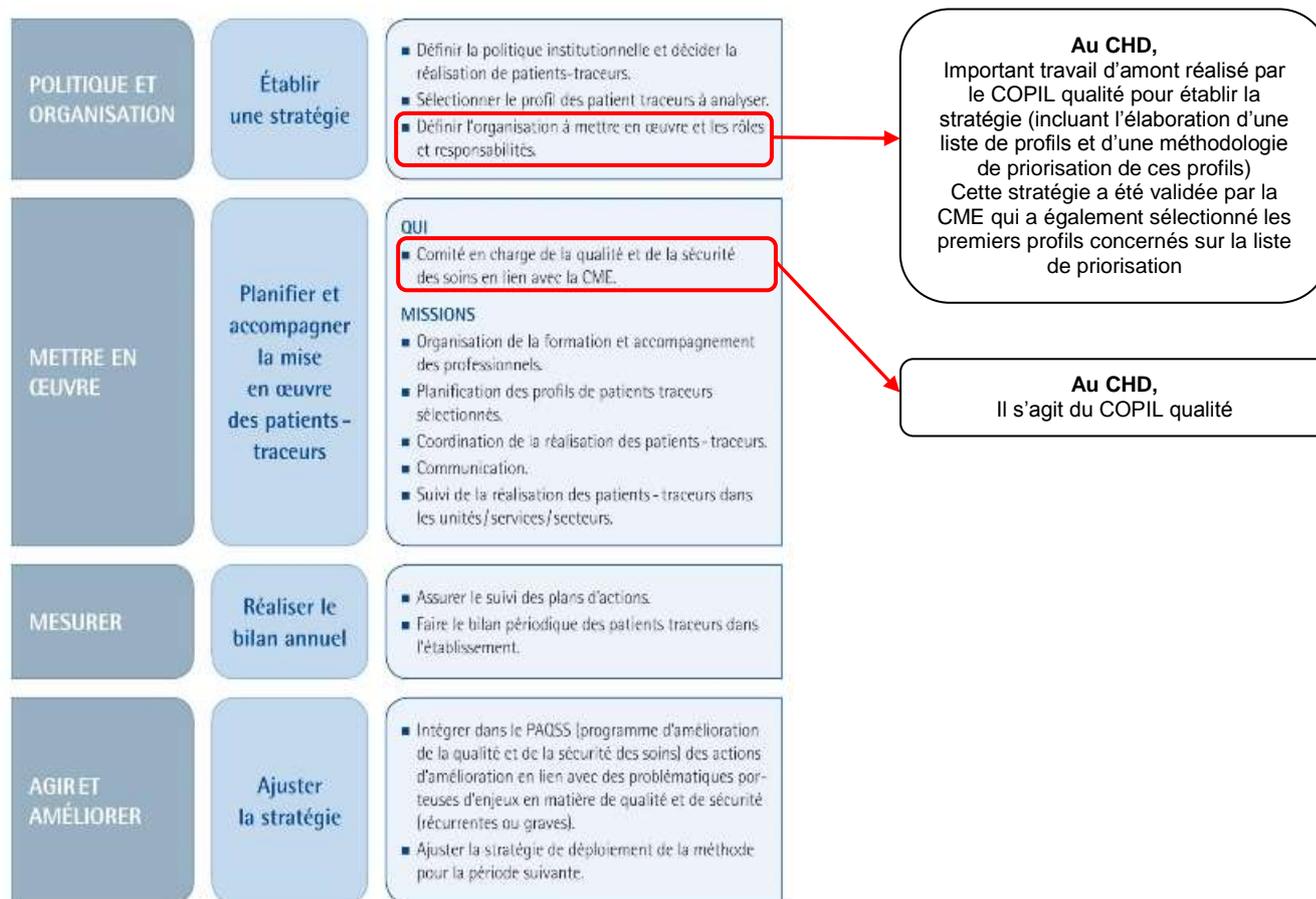


Figure 6 : Déploiement de la méthodologie "patient traceur" selon la HAS

Le déploiement méthodologique tel qu'il a été réalisé au CHD est présenté en *annexe 2*.

2.3.3 Description du processus de choix des premiers profils de parcours

2.3.3.1 Réflexion générale et première sélection en COPIL qualité

2.3.3.1.1 Lancement

La CME a préféré, au vu des caractéristiques de la méthodologie « patient traceur » (nouvelle méthode EPP intégrée dans la démarche de certification des établissements de santé), confier le pilotage de sa mise en place au COPIL qualité tout en faisant le lien avec la commission parcours patient et la sous-commission DPC. La direction de la qualité a été, quant à elle, chargée d'établir les outils méthodologiques. L'objectif était d'impliquer le plus tôt possible l'ensemble des acteurs clés de la démarche qualité.

La mise en place s'est déroulée entre novembre 2013 et mars 2014. Cinq réunions du COPIL qualité ont eu lieu pour définir la stratégie et établir la méthodologie du choix des profils.

En novembre 2013, la méthodologie « patient traceur » a été présentée par le responsable de la qualité, faisant suite à la publication du guide par la HAS.

Les membres ont été invités à proposer des profils de parcours sous la forme d'un brainstorming. Ces profils ont ensuite été discutés entre décembre et février.

2.3.3.1.2 Choix et priorisation des profils :

Les critères de sélection des profils ont été ceux proposés par la HAS. Le COFIL qualité a souhaité ajouter 2 critères : l'existence d'un parcours patient formalisé, pour un lancement de la démarche plus rapide et plus efficace (lien avec la CPP) et la présence dans l'unité concernée d'une équipe soignante fortement impliquée dans les démarches qualité. Ce deuxième critère a pour ambition d'assurer dès le premier essai une dynamique forte tant pour la réussite de la démarche que pour l'exemple à donner sur l'ensemble de l'établissement.

Les critères permettent ainsi de sélectionner des secteurs d'activité sensibles, des pathologies spécifiques (ex. accident vasculaire cérébral), des populations (ex. personnes âgées, enfants), des activités (chimiothérapie, endoscopie, etc.).

Pour prioriser les 15 profils sélectionnés, un tableau a été réalisé (*tableau 2*). Pour chacun des profils, chaque critère de sélection est coté 1 ou 0. Les 8 critères de priorisation permettent donc de noter chaque profil sur 8 points. La notation de chaque critère a été faite de façon collégiale entre les membres du COFIL qualité. Le parcours du patient présentant un infarctus du myocarde a cependant bénéficié d'une cotation supplémentaire, puisque le résultat récent de l'IPAQSS, en lien avec ce thème, a mis en évidence des lacunes dans l'organisation de la prise en charge du patient.

N°	INTITULE DU PROFIL PROPOSÉ	DESCRIPTION DU PROFIL PROPOSÉ		CRITÈRES HAS					Critères CHD			
		Unité / service / secteur	Population	Le niveau de risque les à l'activité	Population vulnérable	Activité délicate ou innovante	Priorité de soins publique	Relevance d'améliorer les pratiques	Impact positif des projets	Relevance patient formalisé	Implicite de l'histoire	Relevance Prioritaire
1	Personnes âgées arrivant par les urgences (amont-aveil).	Hospitalisation complète Urgences Gériatrie	Personne âgée + de 75 ans	0	1	0	1	0	1	0	1	4
2	Patient présentant un Accident Vasculaire Cérébral (AVC).	Urgences Neurologie Gériatrie	Adulte	0	0	0	1	1	1	0	0	3
3	Patient pris en charge dans le cadre d'un cancer de l'appareil respiratoire (diagnostic, chirurgie, RCP, chimiothérapie).	Hospitalisation complète HDJ Pneumologie	Adulte	1	0	0	1	0	0	1	1	4
4	Patient présentant des prises en charge dont la durée de séjour est longue : chirurgie de la hanche en orthopédie traumatologie	orthopédie et traumatologie	Adulte	1	0	0	1	1	0	0	0	3
5	Patient nécessitant une prise en charge dans différentes spécialités durant le même séjour	soins continus, médecine, chirurgie vasculaire.	Adulte	0	0	0	0	1	1	0	0	2
6	Patient admis plus d'une nuit aux urgences.	Urgences Services d'aval		0	0	0	1	1	1	0	0	3
7	Patient réhospitalisé dans les 2 jours après la sortie de l'hôpital	Tous services	Tous patients	0	0	0	0	1	0	0	0	1
8	Enfant arrivant par les urgences.	Urgences Pédiatrie	Enfant	0	1	0	0	0	1	0	0	2
9	Patient de Psychiatrie adulte	Psychiatrie adulte	Adulte	0	1	0	1	0	0	0	0	2
10	Patient adulte pris en charge pour obésité.	Endocrinologie-diabétologie Chirurgie	Adulte	0	0	0	1	0	1	0	0	2
11	Patient prise en charge pour une première grossesse.	Gynécologie	Femme enceinte	1	1	0	1	0	1	0	1	5
12	Patient ayant eu une tésaurémie en urgence.	Gynécologie	Femme enceinte	1	1	0	0	0	0	0	1	3
13	Patient présentant une insuffisance rénale chronique hors diabète	Néphrologie	Adulte	0	0	0	1	0	0	0	0	1
14	Patient présentant un infarctus du myocarde (IDM)	Urgences Cardiologie	Adulte	1	0	0	1	0	0	0	1	3
15	Patient pris en charge pour une chirurgie en ambulatoire	Bloc HDJ	Adulte	0	0	1	1	0	1	1	0	4

Tableau 2 : Priorisation des profils

Selon, cette méthodologie, 5 parcours ont obtenus un score supérieur ou égal à 4.

1. Patient recevant des cures de chimiothérapie pour cancer broncho-pulmonaire en HDJ.
2. Patient présentant un infarctus du myocarde (IDM)

3. Personne âgée arrivant par les urgences (amont-aval)
4. Patiente prise en charge pour une première grossesse
5. Patient pris en charge en chirurgie ambulatoire

Le COPIL qualité a décidé de faire de ces 5 profils, les 5 premiers parcours « patient traceur » au Centre Hospitalier de Douai.

Pour le choix des 2 premiers parcours tests, le COPIL qualité a particulièrement pris en compte le résultat IPAQSS de la prise en charge de l'IDM et les antécédents de démarche qualité en cancérologie dans le service d'HDJ.

A ce stade, le COPIL qualité décide de présenter en CME la démarche et la stratégie de déploiement pour obtenir la validation institutionnelle des actions engagées. En mars, le COPIL qualité valide le choix de 2 profils tests au regard de la méthodologie de priorisation : prise en charge de l'IDM et prise en charge du patient en cancérologie.

2.3.3.2 Validation de la stratégie et des profils tests avec priorisation de 5 parcours en CME

En février, la CME a pris connaissance des travaux du COPIL qualité. Le corps médical réuni a pu valider la stratégie de déploiement utilisée par le COPIL qualité. Les médecins concernés par les parcours priorisés en COPIL qualité se sont exprimés et ont pu évoquer leur intérêt et leur implication dans la démarche. Une montée en charge progressive est décidée après les 2 profils tests (réalisation à partir de septembre 2014). La CME établit également l'objectif pour le CHD de 3 à 4 « patient traceur » par an.

2.3.3.3 Relais avec la sous-commission DPC, en lien avec la CPP

La méthode « patient traceur » étant une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles, il revient à la sous-commission DPC d'en assurer la diffusion et le suivi auprès des professionnels de santé, de manière à respecter la stratégie décidée par la CME. Après validation institutionnelle de la phase de test, le pilotage est assuré par la sous-commission DPC. Celle-ci se fera en lien étroit avec la commission parcours patient, chargée d'établir le profil type des parcours de soins offerts par l'hôpital de Douai. En effet, l'appropriation du parcours patient travaillé par les participants est essentielle à l'analyse. L'écriture des parcours patient sera la base de travail des évaluations de la méthodologie « patient traceur ».

2.3.4 Justification du choix du parcours du patient suivi en HDJ pour cancer broncho-pulmonaire.

L'HDJ est un service fortement impliqué dans les démarches qualité d'EPP :

Dans un premier temps, en juin 2006, le service s'est engagé dans un programme d'EPP, réalisé dans le cadre de la certification V2 des établissements de santé et intitulé : « Prise en charge globale du patient atteint du cancer broncho-pulmonaire traité par chimiothérapie ». La méthode d'EPP utilisée était l'« analyse de processus » à l'aide d'une étude rétrospective, sur la base d'une grille d'évaluation élaborée par un groupe de travail.

Cette EPP avait conduit à la formalisation du processus d'annonce en lien avec les soins de support, à la création d'un dossier patient destiné à recevoir spécifiquement les documents

en lien avec la chimiothérapie et à la formalisation du processus de pose de chambre implantable. Des problèmes organisationnels avaient également été relevés : manque de coordination des professionnels en cas de report ou d'annulation de la cure (information du patient, de la pharmacie, du médecin traitant) ; difficulté rencontrée la veille de la cure pour récupérer le dossier patient ou le bilan biologique ; retard lors de la prescription le jour de la cure. La nécessité d'améliorer la prise en charge des complications en inter-cure avait aussi été soulevée (lien médecin traitant).

Suite à cette première analyse, le « chemin clinique » du patient atteint d'un cancer broncho-pulmonaire et traité en hôpital de jour avait été rédigé en 2007, par le service, en lien avec le pôle transversalité. Ce parcours finalisé fin 2013 en CPP a constitué un élément clé dans le choix de ce thème pour la phase de test « patient traceur ».

Enfin, en 2010, l'hôpital de jour, sous l'impulsion de la pharmacie, a réalisé un « audit » complet de l'activité sur la base d'une étude à la fois prospective et rétrospective. L'analyse qui combinait observation et recherche dans les dossiers des patients, portait sur l'ensemble du circuit des chimiothérapies, à l'aide de 9 grilles d'évaluation soit 423 items. Comme pour la méthodologie « patient traceur », l'audit évaluait l'accueil, la prise en charge, la prescription, l'administration et la sortie des patients. La plupart des questions en lien avec ces thématiques ont été retrouvées dans la grille HAS « patient traceur ». De plus, l'audit a évalué sur 37 préparations le circuit du médicament en pharmacie : validation pharmaceutique, préparation, transport.

L'hôpital de jour s'est donc révélé être un service correspondant aux critères de choix définis par le COPIL Qualité. Le service présente une forte dynamique de développement professionnel de par son implication dans plusieurs méthodes d'EPP. Ce choix permet également d'analyser l'évolution de la pratique et de faire un bilan des premières démarches engagées.

PARTIE III - Parcours du patient atteint d'un cancer broncho-pulmonaire, traité par chimiothérapie en Hospitalisation de Jour

3.1 Généralités

Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer en France et dans le monde. Le tabac est de loin le premier facteur de risque de cette pathologie. Malgré les avancées thérapeutiques, son pronostic reste sombre. La survie nette est de 14 % à 5 ans (13 % chez l'homme et 18 % chez la femme). En effet, seul un diagnostic précoce autorise une chirurgie curative. Or, les symptômes n'apparaissent qu'à un stade avancé de la maladie. Il n'existe à l'heure actuelle aucune méthode clairement validée pour le dépistage du cancer bronchique (36).

Le parcours du patient atteint de cancer peut être développé selon 2 aspects : le parcours lié aux recommandations qui ont trait à la maladie du patient et le parcours lié à l'hospitalisation proprement dite (que l'on pourrait qualifier de « logistique »). C'est principalement ce 2^{ème} aspect de la prise en charge qui est évalué par la grille proposée par la HAS. Le premier aspect, quant à lui, fait l'objet des questions que nous avons ajouté pour « personnaliser » la grille.

3.2 Les exigences requises par le parcours, en lien avec la maladie

Le parcours du patient traité pour cancer broncho-pulmonaire en hôpital de jour est d'abord celui du patient atteint d'un cancer. En la matière, de nombreux référentiels sont disponibles. Cette excellente disponibilité des référentiels est expliquée en grande partie par les « plans cancer » successifs et l'implication toujours plus importante des institutions nationales telle que la Haute Autorité de Santé (HAS) ou l'institut National contre le Cancer (INCa). En 2002, P. Castel et al montraient déjà le bien-fondé de ces référentiels dans le sens où ces initiatives apportent au médecin oncologue un appui tout en le laissant libre de ses choix thérapeutiques (37)

Dans le domaine de la cancérologie, l'INCa est l'organisme national ayant la responsabilité de définir les bonnes pratiques et les conditions nécessaires à la qualité de la prise en charge des malades atteints de cancer. Dans ce cadre, l'INCa apporte son expertise dans la production de recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels de santé (38). Nous présentons ici les points clés du parcours à partir de ces référentiels.

3.2.1 Référentiels du parcours de soins du cancer broncho-pulmonaire

Le *tableau 3* ci-dessous reprend les référentiels utilisés pour explorer le parcours du patient atteint d'un cancer broncho-pulmonaire¹.

¹ Les spécificités en lien avec la maladie et son traitement sont ciblées sur l'adénocarcinome broncho-pulmonaire au stade métastatique. Cette affection étant celle touchant le patient dont le parcours est l'objet de l'analyse.

Référentiels
Guide du parcours de soins : cancers broncho-pulmonaires. HAS/INCa (39)
Cancer du poumon, Bilan initial. INCa (40)
Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. INCa/Ligue contre le cancer (41)
Recommandations professionnelles, cancer du poumon non à petites cellules. INCa (42)
Circulaire relative à l'organisation des soins en cancérologie (43)

Tableau 3: Référentiels du parcours "cancer broncho-pulmonaire"

Trois phases sont différenciées lors de la prise en charge du patient en cancérologie : phase investigatrice et diagnostique, phase d'annonce, phase de traitement (la phase post traitement n'est pas étudiée ici).

Chacune de ces 3 phases peut à nouveau être séquencée. C'est à ce niveau que vont apparaître les particularités de la prise en charge du cancer broncho-pulmonaire. Voici pour chacune, les éléments clés relevés à partir de ces référentiels.

3.2.1.1 Phase investigatrice et diagnostic

La réalisation de la phase investigatrice et diagnostique conditionne la prise en charge du patient. Sa réalisation repose sur une concertation pluridisciplinaire entre le médecin traitant et les acteurs hospitaliers. Le *tableau 4* présente les étapes clés de cette phase.

Etapes clés	Sous étapes
1^{er} examen clinique (médecin traitant le plus souvent)	Recherche de facteurs de risques
	Evaluation de la dépendance au tabac
	Examen physique
Bilan de la fonction rénale et de l'hémostase	
Radiographie du thorax	
Scanner thoracique avec injection si l'image est suspecte	
Examen anatomopathologique, (apportant la preuve du diagnostic)	Sur tumeur primitive
	Sur métastases si susceptibles de modifier le traitement
Demande d'admission en affection de longue durée	
Bilan d'extension (pose la classification TNM)	Evaluation de l'envahissement régional
	Evaluation du statut ganglionnaire
	Recherche de lésions cérébrales
	Recherche de lésions hépatiques et surrénaliennes
Bilan pré-traitement	Score de performance (Performance Status, établi avec l'échelle OMS) (44)
	Evaluation nutritionnelle et recherche d'un amaigrissement dans les 3 mois précédents
	Evaluation du tabagisme

Tableau 4 : Etapes clés de la phase investigatrice et diagnostic

3.2.1.2 Phase d'annonce

« Tout patient atteint d'un cancer doit pouvoir bénéficier, au début de sa maladie et/ou en cas de récurrence, d'un dispositif organisé » (41). L'objectif est de soutenir le patient et de l'accompagner. Sa réussite passe par une coordination optimale entre les professionnels concernés. Ce dispositif décrit dans le *tableau 5* ci-dessous se déroule en 4 temps.

Etapes clés	Sous étapes
¹Temps médical	Annonce du diagnostic
	Annonce de la stratégie thérapeutique avec remise du PPS par le médecin spécialiste
	Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)
²Temps d'accompagnement soignant qui doit pouvoir être proposé immédiatement après la première consultation médicale	
³Accès à une équipe impliquée dans les soins de support	
⁴Articulation avec la médecine de ville (Information du médecin traitant de tous les évènements ou résultats et lorsque chacune des étapes du parcours de soins est réalisée)	

Tableau 5 : étapes clés de la phase d'annonce

¹a pour objectif d'informer le patient sur sa maladie, sur son traitement (bénéfice/risque attendu, effets indésirables), d'instaurer un dialogue de confiance et de cerner ses conditions sociales et psychologiques. Ces éléments sont repris dans le Programme Personnalisé de Soins (PPS). Le patient doit disposer d'un délai de réflexion et doit pouvoir disposer d'un 2^{ème} avis médical s'il le souhaite.

²assure une coordination optimale de l'ensemble des acteurs de soins. Ces enjeux sont multiples : reformulation des propos médicaux, présentation de l'organisation des soins, évaluation des besoins psychologiques et sociaux, rassurer le patient.

³Ces soins sont d'ordres médicaux et/ou sociaux. Ils visent à aider le patient à réaliser les démarches sociales que son état entraîne. Des données pratiques doivent être diffusées à l'encontre du patient. Ce travail n'incombe pas qu'à l'aide sociale. Il implique tous les intervenants. Les soins de support sont aussi d'ordre psychologique et peuvent faire intervenir un psychologue. La gestion des évènements indésirables liés au traitement fait partie de la mission des soins de support, tout comme la prise en charge de la douleur.

⁴Le médecin traitant est le premier recours du patient. De ce fait, il est informé de tous les évènements ou résultats le concernant et lorsque chacune des étapes du parcours de soins est réalisée. Le contact entre lui et le médecin spécialiste et le personnel paramédical est primordial.

3.2.1.3 Phase de traitement

Le traitement du cancer broncho-pulmonaire repose sur un suivi rigoureux du patient. En voici réunit les éléments ou étapes clés :

Eléments / Etapes clés
Pose le plus souvent d'une voie veineuse centrale
Recherche d'une réponse à la chimiothérapie après 3 cures
Examen clinique et biologique avant chaque administration
Reprise des constantes avant chaque administration : température, poids, taille, pression artérielle
Suivi ambulatoire par le médecin traitant (effets indésirables, traitements symptomatiques et palliatifs)
Recommandation de traitement pour le cancer du poumon stade IV métastatique si absence de mutation : molécule de troisième génération + cisplatine

Tableau 6 : Eléments et étapes clés de la phase de traitement

Les critères de choix du traitement doivent reposer sur l'âge, le score de performance et le statut mutationnel du patient pour l'Epidermal Growth Factor Receptor (EGFR). En cas d'absence de mutation de l'EGFR, le traitement du cancer du poumon non à petite cellule, stade IV métastatique, repose sur une bithérapie, toutes les 3 à 4 semaines, associant du Cisplatine à raison de 80 à 100 mg/m² (ou à du carboplatine, si contre-indication) à une molécule de troisième génération, soit Gemcitabine, Taxanes, Vinorelbine, Pemetrexed (ce dernier étant réservé aux tumeurs à prédominance non épidermoïde). Si le patient présente un score de performance ≥ 2 , la bithérapie qui a été décrite n'est pas recommandée du fait de son risque toxique. Au stade IV, ni la radiothérapie, ni la chirurgie d'exérèse ne sont

indiquées. En cas de mutation de l'EGFR, le traitement doit comporter un inhibiteur de la tyrosine kinase (42).

3.2.2 La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)

3.2.2.1 Généralités

La réunion de concertation pluridisciplinaire est l'un des éléments clés du parcours décrit ci-dessus. Son organisation et son déroulement font l'objet d'évaluation à travers les IPAQSS (indicateur RCP) (45) et le CBUMPP (développement des pratiques professionnelles et respect des référentiels). La tenue des RCP fait aussi partie des critères d'agrément pour le traitement du cancer par chimiothérapie définis par l'INCa (46).

La RCP a été créée suite à l'impulsion générée par le « plan cancer » 2003-2007 (47). Son organisation est la mission principale des centres de coordination en cancérologie (dits « 3C »), véritable cellule qualité placée au centre des réseaux régionaux de cancérologie. Son objectif est de permettre à tous les patients de bénéficier dans les meilleurs délais de propositions thérapeutiques collégiales personnalisées et basées sur les données les plus actuelles de la cancérologie (48).

3.2.2.2 Recommandations

La circulaire du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie définit précisément l'organisation de la RCP (43).

Cette concertation pluridisciplinaire doit comporter un minimum de 3 spécialistes dont un oncologue, un chirurgien et un radiologue. Les fréquences des réunions sont préétablies et des fiches pré-remplies, dont le contenu a été précisé dans un document commun HAS/INCa (49), sont utilisées.

Tous les dossiers doivent être présentés avant le primo-traitement, à l'exception des dispositions précisées dans la circulaire : dossiers qui relèvent de référentiels validés et actualisés. Ces dossiers doivent cependant être enregistrés par la RCP. De plus, les soins de support sont intégrés dans l'organisation des RCP. Enfin, des contrôles de qualité sont organisés et des indicateurs permettent de faire un suivi. S. Martelet Farce et al. présentent dans leur travail, les conditions de réalisation d'une évaluation organisationnelle et de pratique menée sur la qualité des RCP à l'aide des référentiels précités (50).

3.2.2.3 Organisation au CHD

Dans le Nord Pas de Calais, le réseau régional de cancérologie ONCO Nord Pas de Calais fait le lien avec les 13 Centres de coordination en cancérologie (3C) de la région. L'accès aux référentiels est facilité via son site internet.

Le CHD dépend du « 3C » ROZA+ dont le siège administratif se situe à la polyclinique d'Hénin-Beaumont et qui regroupe 9 établissements privés et publics. Les RCP « pneumologie » sont organisées toutes les 2 semaines. Des fiches RCP communes à ces 9 établissements ont été créées par spécialités, par des groupes professionnels puis informatisées sur le portail internet ROZA+, facilitant l'enregistrement et la préparation des

sessions. Le portail est accessible par tous les professionnels concernés au sein de leurs établissements respectifs.

3.3 Exigences requises par le parcours, en lien avec l'hospitalisation de jour

Le schéma du parcours du patient atteint d'un cancer broncho-pulmonaire est présenté en *annexe 3*.

3.3.1 Présentation du service d'Hospitalisation De Jour

Le service d'hospitalisation de jour médico-chirurgicale a la capacité d'accueillir 23 patients. L'équipe paramédicale est composée de 11 infirmiers. Son rôle est la prise en charge sur une durée inférieure à 1 jour, d'activités de médecine, chirurgie, gériatrie. Il s'agit par exemple, du traitement du cancer par chimiothérapie, de la réalisation de bilans, du suivi post intervention opératoire etc...

L'activité de cancérologie adulte est uniquement centrée sur le cancer broncho-pulmonaire avec 4 médecins oncologues. En 2013, 1066 séjours sont liés à cette activité pour 162 patients. Cette activité a entraîné la production de 1940 unités de préparation stérile par la pharmacie.

3.3.2 L'organisation de l'Hôpital De Jour au CHD

Le service d'HDJ a vocation à recevoir des patients sur une courte durée (moins d'un jour). Ces hospitalisations sont planifiées à l'avance. Le patient est attendu à 8h00. L'IDE coordinatrice présente dès 7h00 prépare les admissions du jour. La grille HAS « patient traceur » permet une analyse des 2 interfaces sensibles que sont l'entrée et la sortie du patient. Les précédentes évaluations réalisées en HDJ, notamment à l'aide du « chemin clinique » et de l'audit, ont permis d'établir précisément le parcours à ces interfaces. Les détails du parcours du patient dans le service d'HDJ sont repris dans l'*annexe 3*.

3.3.3 Exigences relatives aux droits du patient

L'hospitalisation d'une personne nécessite le respect de droits fondamentaux tel qu'énoncé dans la loi du 4 mars 2002, relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé (51). Ces exigences fondamentales sont reprises dans une charte de la personne hospitalisées, parue en mars 2006 (52). Les items proposés par la HAS sont particulièrement liés à cette thématique. Cela s'explique par la méthodologie de l'évaluation « patient traceur » qui s'attarde sur l'expérience vécue par le patient.

Les items proposés sont donc tournés vers l'analyse de points critiques tels que l'information donnée au patient, le respect de la vie privée, la prise en charge de la douleur, le respect de la dignité, le secret médical, le consentement libre et éclairé, la recherche de la personne de confiance etc...

Nous avons conservé cet aspect en totalité dans le cadre de notre travail.

3.3.1 Exigences requises par l'établissement pour le traitement du cancer par chimiothérapie

Le traitement du cancer par les établissements de santé est soumis à une autorisation (53). Quatre activités sont concernées : la chirurgie, la radiothérapie, l'utilisation de radioéléments en sources non scellées et la chimiothérapie.

La pratique de la chimiothérapie est autorisée sur la base de critères d'agrément qui ont été définis par l'INCa suite au plan cancer 2003-2007 (mesures 36 et 37) (46,47). La mesure 15 rappelle l'obligation de tracer dans le dossier du patient la prescription et l'administration. La mesure 3 impose la présence du compte rendu de RCP dans le dossier du patient. La démarche qualité est instituée par les mesures 6 à 7 (formations, analyse des risques à priori, auto-évaluation des pratiques)

Les critères relatifs à la chimiothérapie et correspondant aux activités pharmaceutiques sont les critères 11 à 14. Ils imposent notamment la centralisation de la reconstitution des cytotoxiques dans une unité dédiée, sous la responsabilité d'un pharmacien. De plus, la préparation, la dispensation et le transport doivent faire l'objet d'une traçabilité.

Ces critères s'accompagnent d'une obligation de seuils d'activité minimale : minimum de 80 patients pris en charge pour autoriser une activité de chimiothérapie, dont au moins 50 en ambulatoire (54).

Les critères d'agrément constituent une garantie indispensable pour une qualité optimale de la prise en charge des patients en cancérologie.

3.3.2 Le circuit des produits pharmaceutiques

3.3.2.1 Les médicaments

La sécurisation du circuit des produits pharmaceutiques, processus transversal, est devenue un enjeu majeur pour la lutte contre les risques iatrogènes liés à la thérapeutique (55).

En témoigne la nouvelle démarche de certification des établissements de santé qui a institué la démarche qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient comme une pratique exigible prioritaire (PEP) (11).

Les cures de chimiothérapie administrées au patient doivent répondre aux critères de qualité du circuit du médicament avec des exigences propres à ce type d'activité. En effet, les traitements anticancéreux nécessitent des conditions particulières de préparation et de transport, mais aussi d'administration. A ce titre, nous avons réfléchi à la manière dont nous pourrions analyser cet aspect, tout en restant dans la logique du « patient traceur ». En effet, de la bonne organisation de ce circuit dépend la prise en charge optimale du patient.

Le circuit du médicament s'organise autour de 6 grands axes : prescription, dispensation, transport, stockage, administration et surveillance. Les principaux référentiels utilisés pour l'analyse de ce circuit sont présentés dans le *tableau 7*.

Référentiels
Qualité de la prise en charge médicamenteuse, DGOS (56)
Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments, HAS (57)
Bonnes pratiques de préparation, ANSM (28)

Tableau 7 : Référentiels relatifs au circuit des produits pharmaceutiques

La **prescription** est un acte médical réalisé par des professionnels habilités. Les exigences attendues lors de cet acte sont multiples et nécessitent la plus grande vigilance de la part du prescripteur.

La **dispensation** représente l'ensemble de l'acte pharmaceutique qui inclut l'analyse, la préparation et l'information du patient (article R. 4235-48 du code de la santé publique). La réalisation des **préparations** magistrales est une des missions obligatoires des PUI (article R. 5126-8 du CSP). Elle doit être conforme aux bonnes pratiques de préparation. Les BPP sont aujourd'hui le référentiel officiel français encadrant l'activité des préparations pharmaceutiques. L'annexe A précise le contenu des documents devant être produits lors de la préparation. Les points A8 et A9 précisent les renseignements à fournir concernant le registre des préparations et le dossier de lot.

Le **transport** et le **stockage** doivent répondre à des exigences permettant d'assurer la conservation et la sécurité des produits.

La phase d'**administration** est une succession d'étape qui doit comprendre la prise de connaissance de la prescription médicale, la planification des actes, la préparation de l'administration, l'administration, l'enregistrement de l'acte, l'information du patient. La **surveillance thérapeutique** est essentielle suite à l'administration.

3.3.2.2 Les Dispositifs Médicaux Implantables Stériles

La pose d'une Chambre à Cathéter Implantable (CCI) est le plus souvent la règle pour le patient atteint d'un cancer traité par chimiothérapie, ce qui le conduit à passer par le bloc opératoire. L'organisation de l'accès aux dispositifs intraveineux de longue durée fait l'objet de la mesure 5 des critères d'agrément pour la pratique de la chimiothérapie (58).

La traçabilité des DMI est réglementaire et relève de la matériovigilance. Son objectif principal est le suivi sanitaire. Elle est devenue une obligation réglementaire depuis le décret du 29 novembre 2006 (59). Le pharmacien doit enregistrer toutes les informations permettant de retrouver d'une part, l'ensemble d'un lot qui est l'objet d'une alerte chez un patient (traçabilité ascendante) et d'autre part les patients concernés par un lot qui est l'objet d'une alerte (traçabilité descendante) (60).

PARTIE IV - Analyse « patient traceur »

4.1 Création d'un groupe de travail

Le lancement de notre projet a nécessité la création d'un groupe de travail pluridisciplinaire dont la composition est présentée dans le *tableau 8* :

Service	Fonction	Rôle
Pneumologie	Médecin chef de service	Consultatif - décisionnaire
Pôle « transversalité »	Médecin chef de pôle	Consultatif - décisionnaire
HDJ	Cadre de santé	Copilote
HDJ	Cadre supérieur de santé	Consultatif - décisionnaire
Qualité	Gestionnaire des risques	Copilote
Pharmacie	Pharmacien responsable assurance qualité et gestion des risques	Consultatif - décisionnaire
Pharmacie	Interne	Pilote

Tableau 8 : Composition du groupe de travail

Le groupe a eu pour rôle de discuter et de valider :

- Les étapes clés du circuit du patient (en HDJ et en lien avec la maladie) à l'aide des référentiels préalablement identifiés.
- La modification des grilles de travail.
- Le moment précis de réalisation de l'analyse « patient traceur »
- Le choix du patient correspondant le plus possible aux critères définis par le groupe.

Le cadre de santé du service d'HDJ et le gestionnaire des risques ont été nommés copilotes, en soutien du pilote de l'analyse.

L'interne en pharmacie, pilote de l'analyse, a eu pour rôle d'organiser et de suivre le développement. En particulier, il a soumis au groupe de travail les référentiels et les modifications de la grille initiale de la HAS pour discussion, modification et enfin validation. Le pilote, avec l'aide des copilotes a eu la responsabilité d'organiser la réunion pluridisciplinaire, de l'identification des professionnels jusqu'à la préparation du lieu (date, heure, disponibilité des supports informatiques et papiers).

4.2 Elaboration des supports de l'évaluation

4.2.1 La grille HAS du « patient traceur »

La HAS propose une grille de 173 items, chacun étant en lien avec un critère de la certification. La *figure 7* présente pour chaque référence du manuel de certification retrouvée dans la grille patient traceur, le nombre de questions s'y rapportant. La référence 14 « le dossier du patient » tient une place prépondérante, confirmant le développement de cette méthodologie autour du dossier du patient. La référence 20 « prise en charge médicamenteuse », avec 17 questions, montre bien l'importance prise par cette thématique dans la gestion de l'hôpital d'aujourd'hui.

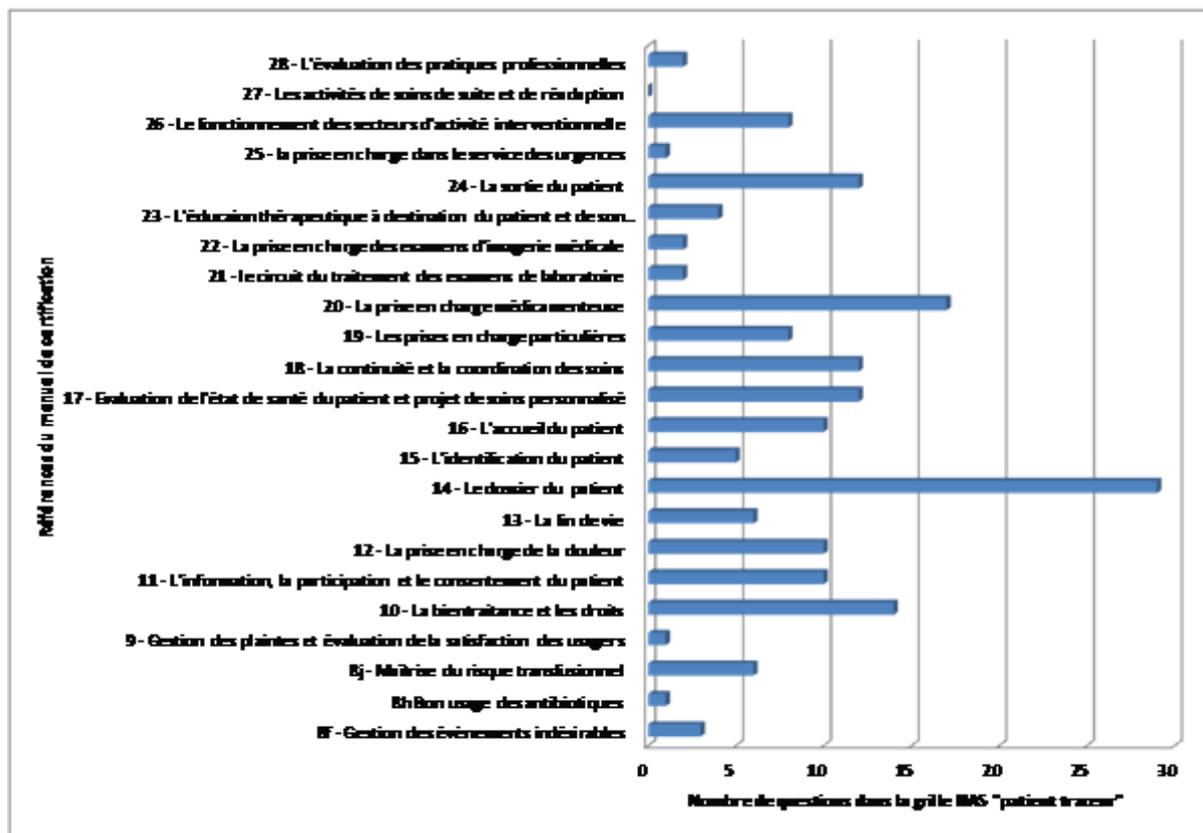


Figure 7 : Représentation des références du manuel de certification dans la grille HAS "patient traceur"

Chaque question est identifiée comme étant à destination de la réunion pluri-professionnelle, à destination du patient ou à destination des 2 à la fois. Le travail de séparation des questions pour créer une grille « patient » et une grille « réunion pluri-professionnelle » ne se faisant qu'une fois la grille définitivement validée.

La grille ne comporte aucune question à visée observationnelle directe. Les questions concernent soit une évaluation a posteriori avec recherche des éléments de traçabilité dans le dossier du patient (évaluation d'éléments factuels), soit une évaluation directe avec les professionnels présents, ou le patient, sans preuves à l'appui (perception de notions essentielles telles que bientraitance et confidentialité).

La grille est découpée en sections qui suivent le parcours du patient à l'hôpital : admission, évaluation initiale médicale, évaluation initiale paramédicale, suivi médical, suivi paramédical, autres intervenants, bloc opératoire, transfusion, sortie, droits du patient, gestion des données, continuité des soins.

4.2.2 Modification de la grille HAS

4.2.2.1 Modifications apportées à la grille HAS « patient traceur »

Après lecture, nous avons procédé à 2 modifications de la grille HAS « patient traceur » : Dans un premier temps, nous avons supprimé 7 doublons présentés dans le *tableau 9* :

Etapes	Items supprimés	Etape où l'item est retrouvé
Evaluation initiale médicale	L'information du patient sur son traitement est réalisée et tracée.	Suivi médical
Suivi médical sous traitement	Si un besoin d'actions éducatives est identifié pour ce patient, son projet personnalisé éducatif est tracé : -soit sous forme d'actions éducatives ciblées ; -soit au travers de la participation à un programme d'ETP autorisé.	Evaluation initiale médicale
Bloc opératoire	Le dossier transfusionnel (si applicable) est tracé : informations et consentement du patient sur le risque transfusionnel pré- et postopératoire, produits sanguins administrés, carte de contrôle pré-transfusionnel ultime	Transfusion
Bloc opératoire	Les évaluations régulières de la douleur et les traitements antalgiques sont tracés	Bloc opératoire
Droits du patient	L'information en cas de dommage lié aux soins est tracée dans le dossier du patient.	Gestion des événements indésirables
Continuité et coordination des soins	Le délai entre l'arrivée dans le service et l'évaluation initiale est adapté.	Evaluation initiale médicale
Continuité et coordination des soins	Les délais d'obtention de RDV et de retour des résultats d'examens sont compatibles avec la prise en charge du patient.	Evaluation initiale médicale

Tableau 9 : Suppression des doublons de la grille HAS « patient traceur »

Dans un second temps, nous avons fait le choix de séparer certaines questions à réponses multiples. Le *tableau 10* reprend un exemple de l'étape « suivi médical » :

Question initiale de la HAS	Découpage en plusieurs items
L'information donnée au patient et à ses proches sur son état de santé, sur ses examens, sur ses traitements est tracée.	L'information donnée au patient et à ses proches est tracée :
	- sur son état de santé
	- sur ses examens
	- sur son traitement

Tableau 10 : Découpage des questions de la grille HAS « patient traceur »

Le choix de séparer les questions à réponses multiples nous permet d'assurer des réponses du type oui/non/non applicable, à la différence de la HAS qui propose d'évaluer, pour chaque item, les points positifs, les points négatifs et les axes d'amélioration possibles. Cette manière de procéder rend les réponses plus simples et cible plus efficacement les items qui nécessitent une discussion.

Suite à ces modifications, le nombre de questions est passé de 173 à 197.

4.2.2.2 Amélioration de la grille pour tenir compte du parcours lié à la maladie

Les éléments du parcours du patient repris dans la partie III de ce manuscrit ont été la base du travail qui a conduit à l'ajout des items présentés ci-après. Certains de ces éléments clés peuvent déjà être l'objet d'une évaluation via les items proposés par la HAS. Nous ne les présentons pas ici.

4.2.2.2.1 Le parcours de soins

La phase investigatrice et diagnostique (*tableau 4*) est évaluée via l'étape « évaluation initiale médicale ». Nous ne nous sommes intéressés qu'à la traçabilité des examens, notamment radiologiques et anatomopathologiques dans le dossier du patient.

La phase d'annonce est un processus continu qui implique de nombreux intervenants. Son évaluation est donc l'objet d'items à plusieurs étapes du parcours du patient. Nous avons ajouté 27 items présentés dans le *tableau 11* :

<i>Etapes</i>	<i>Items ajoutés</i>
Evaluation initiale médicale	Le bilan fait en amont de l'HDJ comprend la traçabilité des éléments suivants (si applicable)² :
	1) Radiographie du thorax
	2) Scanner thoracique
	3) Anatomopathologie
	4) Bilan d'extension
	5) Compte rendu de la consultation d'annonce du diagnostic
	6) Compte rendu de la consultation d'annonce du projet thérapeutique
	7) CR autres consultations
	8) Fiche RCP (avec discussion B/R)
	9) PPS
	<i>Le projet personnalisé de soins est remis au patient par le médecin.</i>
Evaluation initiale paramédicale	Sont tracées dans le dossier, les constantes à l'arrivée :
	1) La saturation
	2) La température
	<i>La (les) consultation(s) d'accompagnement soignant sont tracés</i>
	<i>Une consultation d'accompagnement soignant a été proposée après chaque consultation médicale clé (annonce du diagnostic, annonce du traitement)</i>
	<i>Une CAS a été réalisé lors de la première cure de chimiothérapie</i>
Suivi des autres intervenants	L'intervention des autres intervenants est tracée :
	1) Le tabacologue
	2) La socio-esthéticienne
	<i>Le délai d'intervention des autres intervenants est adapté à la prise en charge du patient</i>
Sortie	<i>Pour permettre la prise en charge après la sortie, les coordonnées de professionnels d'aval sont remises au patient.</i>
	<i>L'organisation de la sortie tient compte de la prise en charge à domicile</i>
	Le médecin traitant est informé ou est destinataire des éléments suivants :
	1) Information du passage en RCP et bilan de celle-ci
	2) Projet Personnalisé de Soins (PPS)
	3) Compte-rendu des rendez-vous et consultations
	4) Résultats des examens
	<i>Le délai d'information ou d'envoi au médecin traitant de ces éléments est compatible avec la prise en charge du patient</i>
<i>La demande de prise en charge en ALD s'est faite dans les plus brefs délais</i>	
	<i>La disponibilité des traitements nécessaires au retour à domicile a été anticipée et vue avec le pharmacien d'officine</i>

Tableau 11 : Items ajoutés en lien avec le parcours de soins

4.2.2.2.2 La RCP en particulier

L'évaluation de la RCP nous a semblé un axe prioritaire pour notre analyse « patient traceur » au vu de l'importance de cette étape dans le parcours du patient. L'analyse de la fiche RCP, en particulier, s'est imposée à nous. Le nombre d'items ajoutés étant important,

² Les items en gras ne sont pas des questions, mais en appellent d'autres, identifiées par un numéro au-dessous.

une section complète du parcours de soins a été créée « évaluation RCP ». Les 25 questions ajoutées sont présentées dans le *tableau 12*.

<i>Items ajoutés : Evaluation RCP</i>	
La fiche RCP répond aux exigences minimales de la fiche RCP INCa :	
1) Date	
2) Spécialité médicale	
3) Motif de la présentation en RCP	
4) Rechute ou non	
5) Circonstances de découverte	
6) Capacité de vie OMS	
7) Siège de la tumeur primaire	
8) Classification TNM	
9) Descriptif anatomopathologique	
10) Date du prélèvement	
11) Sur la fiche apparaît si le dossier a été discuté	
12) Sur la fiche apparaît la nature et le type de la proposition avec le nom du protocole	
La fiche RCP contient en plus :	
1) Identité du patient (nom, prénom, DDN)	
2) Identité du médecin référent	
3) Identité du responsable de la RCP	
4) Si traitement débuté ou non au jour de la RCP	
5) S'il s'agit d'une discussion ou d'un simple enregistrement	
6) Les noms et qualifications des participants	
7) Le quorum minimal de 3 médecins adaptés à la RCP est atteint (oncologue / chirurgien / radiothérapeute)	
8) Les référentiels sur lesquels la RCP a fondé son avis.	
Les soins de support et soins palliatifs ont été discutés en RCP avec le cas échéant les spécialistes adaptés à ces situations (soins palliatifs, douleur, nutrition, professionnels paramédicaux)	
Si le protocole contient des médicaments hors GHS, le RBU a été respecté.	
Le protocole validé en RCP a été suivi	
Sinon les raisons figurent dans le dossier	
Dans ce cas, l'information au patient est tracée	

Tableau 12 : Items ajoutés en lien avec la RCP

Le recueil de l'indicateur IPAQSS RCP permet d'appréhender l'exhaustivité et les modalités d'organisation des RCP lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer (61). Cependant, les items ajoutés à la grille « patient traceur » sont plus développés que ceux de cet indicateur.

4.2.2.3 Amélioration de la grille pour tenir compte du parcours en hôpital de jour

4.2.2.3.1 En lien avec l'organisation de l'hôpital de jour

Après analyse des précédentes évaluations réalisées en HDJ, notamment à l'aide du chemin clinique et de l'audit, nous avons souhaité ajouter des questions concernant l'accueil et la sortie du patient. Les 6 questions ajoutées en lien avec ces interfaces sont les suivantes (*tableau 13*) :

<i>Etapes</i>	<i>Items ajoutés</i>
Admission et accueil du patient et de son entourage	<i>Le bilan sanguin a été contrôlé par l'IDE avec appel du médecin si bilan perturbé</i>
	<i>L'HDJ a été confirmée au patient la veille</i>
	<i>La chambre et le matériel ont été préparés (hydratation)</i>
	<i>L'IDE a pris connaissance du dossier médical</i>
Sortie du patient	<i>La macro cible de sortie est réalisée</i>
	<i>La sortie du patient est validée administrativement avec l'heure de sortie</i>

Tableau 13 : Items ajoutés en lien avec l'entrée et la sortie

Le détail du parcours du patient reçu en HDJ pour cure de chimiothérapie est présenté en *annexe 3*, il reprend les éléments de rédaction du chemin clinique, validé en CPP.

4.2.2.3.2 En lien avec le circuit des produits pharmaceutiques

L'informatisation de la prescription est la pierre angulaire permettant la sécurisation du circuit des médicaments (55). Le CHD a, depuis plusieurs années, réalisé cette informatisation au sein d'un projet plus vaste : l'informatisation du dossier patient. Notre analyse souhaite donc évaluer la bonne tenue, dans la pratique, de ce circuit, essentiel pour la sécurité du patient à l'aide des éléments de traçabilité.

Pour chaque étape de la prise en charge médicamenteuse, nous reprenons les modifications apportées à la grille HAS qui évalue déjà particulièrement cet aspect.

➤ Prescription des médicaments

La grille HAS comporte dans la section « évaluation initiale médicale », 2 questions relatives à la prescription. Ces 2 items évaluent essentiellement les exigences requises pour les médicaments. Nous avons amélioré cette évaluation en précisant les exigences relatives au patient, au prescripteur et à la cure. Les 2 items initiaux de la grille de la HAS ont été supprimés et les 10 notions qu'ils véhiculaient ont été transformées en questions indépendantes, réparties dans les différentes sections précitées. Le tableau 14 présente ces questions et précise si la notion était présente dans la grille HAS initiale.

Par souci de simplification, le travail s'est concentré sur la prescription de la chimiothérapie.

Nouveaux intitulés	Notion présente dans la grille HAS initiale
<i>Les prescriptions ou les modifications de prescription sont effectuées après examen clinique du patient</i>	
Sur les prescriptions de chimiothérapie, concernant le patient, on trouve :	
1) le nom, prénom	
2) le sexe	
3) l'âge ou la date de naissance	
4) Le poids, réactualisé si besoin	x
5) La taille, réactualisée si besoin	x
6) la surface corporelle, réactualisée si besoin	
7) La clairance, réactualisée si besoin (carboplatine)	
Sur les prescriptions de chimiothérapie, concernant le prescripteur, on trouve :	
1) le nom, le prénom, la qualité	
2) La signature	x
3) Pour les chimiothérapies, le feu vert est donné	
Sur les prescriptions de chimiothérapie, concernant les médicaments, on trouve :	
1) nom (spécialités ou DCI)	x
2) posologie	x
3) voie	x
4) rythme d'administration	x
5) Si injectable, modalités de dilution	x
6) Si perfusion, vitesse et durée de l'administration	x
7) Indication si produit hors GHS	
Sur les prescriptions de chimiothérapie, concernant la cure, on trouve :	
1) Le nom du protocole	
2) L'ordre chronologique d'administration des produits	
3) Le temps de passage de chacun des produits	
4) La date du premier jour de la cure	

5) La durée de la cure	
6) Les produits adjuvants éventuels	
Sur les prescriptions de chimiothérapie, on trouve :	
1) UF de prise en charge	
2) Date et heure (permet d'estimer le délai de l'évaluation initiale)	x

Tableau 14 : Items relatifs à la prescription des médicaments

- Passage au bloc opératoire et prescription de dispositif médical intraveineux de longue durée.

Nous avons fait le choix d'évaluer l'étape de passage au bloc opératoire, même si cette étape n'a pas eu lieu lors du séjour étudié. En effet, une section complète de la grille de la HAS y est consacrée. Nous l'avons donc jugée essentielle.

Les items de cette section ont été repris tels qu'ils sont proposés par la HAS et nous y avons ajouté 7 items en lien avec l'ordonnance nominative obligatoire pour la traçabilité de la pose de Chambre à Cathéter Implantable (CCI) (tableau 15).

Etapes	Items ajoutés
Bloc opératoire	L'ordonnance de pose du DMI est retrouvée dans le dossier du patient
	L'ordonnance de pose du DMI contient les éléments suivants :
	1) L'identité du patient (nom, prénom, DDN)
	2) La date de pose
	3) La traçabilité du ou des DMI (Identification, lot et référence)
	4) Le nom du praticien implantateur
	5) La signature du praticien implantateur
6) L'indication hors T2A, si DMI hors GHS	

Tableau 15 : Items ajoutés en lien avec la prescription de DMI

- Analyse pharmaceutique

La grille HAS évoque cette étape pour évaluer la traçabilité effective des anomalies détectées. La question est rendue « non applicable » si le parcours du patient n'est pas concerné. Deux questions ont été ajoutées pour évaluer l'analyse pharmaceutique de la prescription de chimiothérapie et la traçabilité de cette action (tableau 16).

Etapes	Items ajoutés
Evaluation initiale médicale	La prescription est soumise à l'analyse pharmaceutique avec signature manuscrite ou informatique du pharmacien.
	L'heure de validation pharmaceutique est tracée

Tableau 16 : Items ajoutés en lien avec l'analyse pharmaceutique

- Préparation

La grille HAS ne comporte aucune question relative à la préparation des médicaments, à fortiori des anticancéreux. Nous avons souhaité faire apparaître cet aspect dans notre travail. De nouveau, nous avons réfléchi aux éléments produits lors de la préparation, permettant de tracer les actions menées tel que la fiche de fabrication. En lien avec les référentiels précités, nous avons créé une section complète de la grille, intitulée « préparation et transport », contenant 25 items (tableau 17).

Items ajoutés : Préparation
La cure du patient est prévue en pharmacie suivant le planning transmis par l'HDJ
On trouve sur la fiche de fabrication :
1) Le numéro d'ordonnancier
2) L'identité du patient
3) La date de naissance du patient

4) Le numéro de la cure et le J
5) Le nom du protocole
6) La date de préparation
7) La date d'administration
8) Le nom du produit
9) Le dosage
10) Le numéro de lot des flacons utilisés
11) Le type de solvant de reconstitution et le volume*
12) Le volume de médicament à prélever après reconstitution*
13) Le type de solvant de dilution et le volume*
14) La date et l'heure de péremption
15) Les modalités de conservation
16) La traçabilité par l'aide manipulateur des éléments marqués par *
17) La signature du pharmacien (ou de l'interne)
17) L'heure de signature par le pharmacien
18) L'heure de préparation
19) Les signatures du manipulateur et de l'aide
Concernant la libération, sur la fiche de fabrication on trouve :
1) La signature de l'interne / du pharmacien
2) L'heure de libération
Concernant la prescription :
1) Elle est imprimée par le préparateur après validation
2) Les numéros des préparations y sont reportés

Tableau 17 : Items ajoutés en lien avec la préparation

➤ Transport

De même, nous avons souhaité évaluer le transport sur la base du document de traçabilité de la livraison, édité par la pharmacie. Nous avons ajouté 3 items (tableau 18)

Items ajoutés : Transport	
Concernant le document de livraison :	
1) Il a été complété par l'aide manipulateur	
2) Il est signé par une IDE afin d'assurer la traçabilité	
3) L'horaire de réception est indiqué par l'IDE	

Tableau 18 : Items ajoutés en lien avec le transport

➤ Administration

La section de la grille « Administration et suivi paramédical », nous a semblé incomplète dans l'évaluation des éléments qui doivent être enregistrés lors de l'administration. Nous avons également ajouté une question en lien avec la surveillance de la douleur au niveau de la chambre implantable lors des ponctions (tableau 19).

Etapes	Items ajoutés
Administration et suivi paramédical	La prise médicamenteuse est enregistrée en temps réel avec :
	3) La dénomination du médicament
	4) La voie d'administration
	5) La posologie
	6) L'heure de première administration
	7) L'heure de dernière administration (permet d'évaluer l'heure de sortie)
	L'évaluation de la douleur lors des ponctions à travers la CCI est réalisée

Tableau 19 : Items ajoutés en lien avec l'administration

4.2.2.4 Items ajoutés spécifiquement à destination du patient

Le déroulement de la rencontre avec le patient proposé par la HAS dans son guide, évoque un certain nombre de questions qui ne sont pas toujours intégrées dans la grille « patient traceur ». Nous avons ajouté 4 de ces questions (tableau 20) :

Etapes	Items ajoutés
Suivi médical sous traitement	Pensez-vous que les professionnels de santé qui s'occupent de vous sont correctement coordonnés ?
Droits du patient	Pensez-vous que vous avez facilement pu vous exprimer ?
	Saviez-vous à qui poser vos questions ?
	Les explications obtenues ont-elles toujours été claires ?

Tableau 20 : Items ajoutés spécifiquement pour le patient

4.2.2.5 Bilan

L'analyse des référentiels concernant le parcours du patient nous a conduits à ajouter 121 items dont 2 sections complètes : « Evaluation RCP » (25 questions) et « préparation et transport » (28 questions). Pour identifier plus facilement les items ajoutés, ceux-ci ont été écrits en rouge sur les supports finaux. Au final, la grille comporte 318 questions. La *figure 8* présente l'évolution du nombre de questions pour chaque section de la grille.

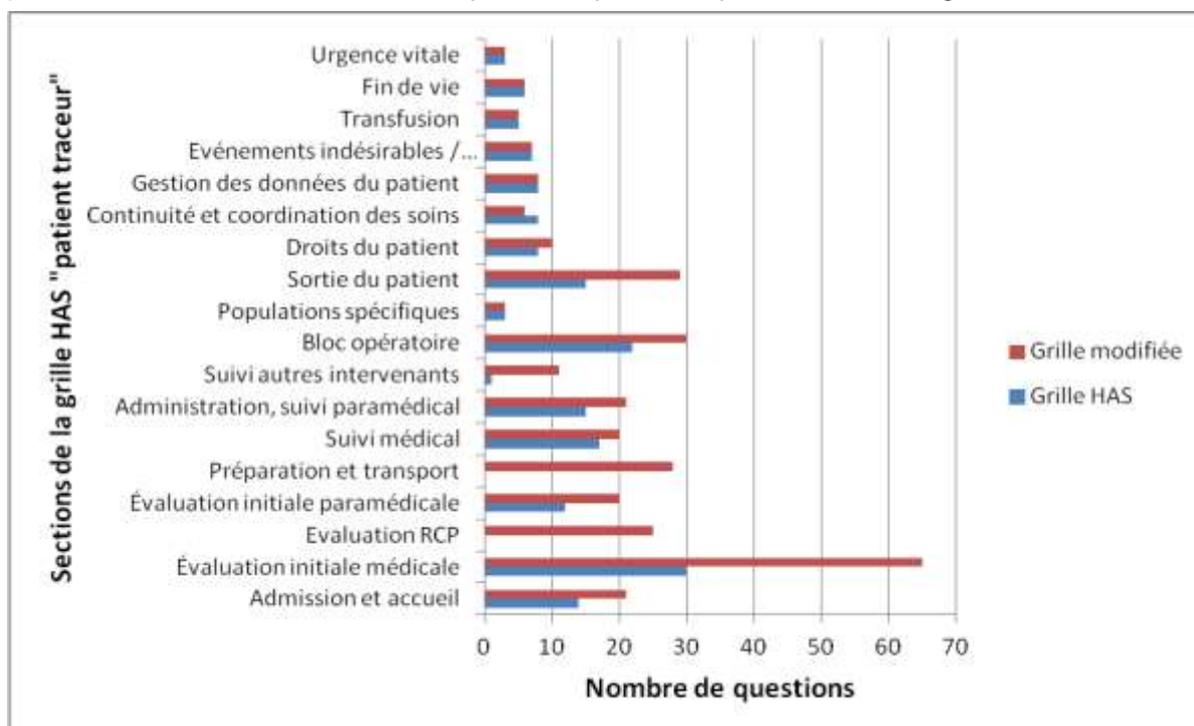


Figure 8 : Evolution du nombre de questions dans la grille

Le support et la démarche ont été proposés au président de la CME pour recueillir son avis sur la manière dont l'analyse avait été développée. Suite à ses propositions, des items ont été revus. L'organisation générale a été approuvée par le président et le rôle d'animateur de la réunion pluri-professionnelle lui a été proposé, dans l'optique de ce premier essai au CHD.

4.2.3 Grille « professionnels de santé » ; grille « patient »

La grille HAS définitivement validée et décrite précédemment permet, ensuite, la création de 2 grilles distinctes, pour la réalisation des 2 temps de l'analyse :

- Grille « professionnels de santé », pour la réunion pluridisciplinaire (*Annexe 4*)
- Grille « patient » pour la rencontre avec le patient (avec travail de syntaxe pour réorienter les questions vers le patient) (*Annexe 5*).

Le *tableau 21* donne les caractéristiques de chacune des 2 grilles. La grille « patient » comprend 12 questions spécifiques qui ne sont pas posées au groupe pluridisciplinaire.

Caractéristiques	Grille sans séparation	Grille « professionnels de santé »	Grille « patient »
Nombre total de questions	318	306	69
Nombre de questions spécifiques à la grille	-	249	12

Tableau 21 : Résumé des 2 supports de l'analyse

La grille pour la réunion pluri-professionnelle comporte 306 questions et celle à destination du patient, en comporte 69. Les 2 grilles ayant 57 questions communes.

4.3 Choix du patient

4.3.1 Critères de choix

Le parcours évalué doit être le moins complexe possible tout en étant riche en étapes vécues par le patient. C'est pourquoi, le groupe de travail a décidé de réaliser l'analyse « patient traceur » après la cure 2 d'un patient en première ligne de traitement, laissant le temps à la mise en place des processus hospitaliers et extra hospitaliers.

4.3.2 Présentation du patient

Le patient retenu pour réaliser l'analyse, âgé de 55 ans, est atteint d'un adénocarcinome broncho-pulmonaire métastatique, diagnostiqué fin avril 2014 au Centre Hospitalier de Douai. Les investigations ont nécessité son hospitalisation en pneumologie début mai 2014. Une nouvelle hospitalisation en pneumologie a été nécessaire courant mai pour maîtriser les effets indésirables des traitements morphinomimétiques.

4.3.3 Information éclairée

Le patient a reçu une information éclairée sur la démarche « patient traceur » lors de sa première cure de chimiothérapie, le 16 mai, soit 3 semaines avant l'entretien prévu. Son consentement éclairé a été recueilli après avoir détaillé, avec lui, les objectifs, le déroulement, mais également ses droits (*Annexe 6*).

4.4 Rencontre avec le patient

Selon les recommandations de la HAS, cette rencontre ne doit pas excéder 20 à 30 minutes et est effectuée par un professionnel de santé qui appartient à l'équipe de soins dont il dépend ou extérieur à cette équipe. Il est possible de rencontrer les proches du patient après avoir recueilli son consentement.

Dans notre cas, la rencontre du patient a eu lieu au décours de la 2ème cure de chimiothérapie, le 6 juin 2014, en fin de journée. Le Cadre de santé d'HDJ et l'Interne en pharmacie ont été responsables de cette phase clé de l'analyse qui a duré 45 minutes. Un proche du patient était présent.

Les résultats et le ressenti du patient seront présentés dans le paragraphe V de notre manuscrit.

4.5 Réunion pluridisciplinaire

4.5.1 Préparation

4.5.1.1 Identification des professionnels concernés

La volonté d'analyser l'ensemble de la prise en charge du patient en lien avec la pathologie cancéreuse nous a conduits dans un premier temps à dresser la liste de tous les professionnels croisés par le patient entre le diagnostic, fin avril, et la 2ème cure de chimiothérapie, début juin. Il s'agissait des professionnels des services suivants : pneumologie, radiologie, HDJ, bloc opératoire, pharmacie, laboratoire ainsi que les professionnels de ville (médecin traitant, pharmacien d'officine, biologiste) et les professionnels d'autres structures de soins (radiothérapeute).

Dans un second temps, cette méthode s'étant révélée beaucoup trop complexe, du fait du périmètre choisi trop large, nous avons recentré l'analyse sur l'hospitalisation en HDJ à la cure 2, en associant à l'analyse, le parcours en lien avec la pose de la chambre à cathéter implantable au bloc opératoire et en lien avec les soins de support.

Le jour de la 2^{ème} cure de chimiothérapie, le patient a été reçu en radiologie pour un examen complémentaire et a également été vu en consultation par un psychiatre.

Cette analyse « patient traceur » étant le premier test organisé au Centre Hospitalier de Douai, certains autres professionnels étaient présents, sans lien direct avec le parcours du patient. Il s'agit des professionnels présents au sein du groupe de travail et qui ont contribué au développement de ce test (représentant de la qualité, du pôle transversalité, de la pharmacie) ainsi que de la CME par son président.

Le *tableau 22* présente les professionnels invités à la réunion pluri-professionnelle. Au final, 20 d'entre eux étaient présents.

PRESENTS		ABSENTS	
Activité	Fonction	Activité	Fonction
1) Professionnels du CHD		1) Professionnels du CHD	
Pneumologie	Médecin responsable du patient		Cadre de santé
Hôpital de jour	Cadre de santé / Copilote	Bloc opératoire	Chirurgien
	Infirmière coordinatrice		IBODE
	Infirmière de secteur	Imagerie	Radiologue
Imagerie	Cadre de santé	Psychiatrie	Psychiatre
Soins de support	Diététicienne	2) Professionnels extérieurs	
	Psychologue	Prise en charge amont / aval	Médecin traitant
	Assistante sociale	Prise en charge aval	Biologiste de ville
	Médecin et IDE de l'Equipe Mobile Douleur et Soins Palliatif (EMDSP)		
	Pharmacien « pharmacotechnie »		
Pharmacie	Pharmacien clinicien		
	Préparateur en pharmacie		

	hospitalière
	Cadre du service
2) Professionnels extérieurs	
Prise en charge aval	Pharmacien d'officine
3) Autres professionnels	
CME	Président / Animateur
Qualité	Gestionnaire des risques / Copilote
Pôle « transversalité »	Médecin chef
	Interne / pilote
Pharmacie	Pharmacien responsable assurance qualité et gestion des risques

Tableau 22 : Professionnels invités à la réunion pluridisciplinaire

4.5.1.1 Invitation des professionnels concernés et présentation dans le service d'HDJ

L'ensemble des professionnels identifiés a reçu un courrier reprenant l'origine et les objectifs de la méthodologie. Nous avons voulu avec ce courrier mettre l'accent sur l'importance de leur présence (*annexe 7*). Ce courrier a été envoyé un mois avant la date prévue, en précisant le lieu et l'heure.

Dans le même temps, une présentation ayant pour objectif la sensibilisation et l'implication des professionnels, était réalisée dans le service d'HDJ, par le pilote de l'analyse. Cette présentation a favorisé l'adhésion du personnel paramédical impliqué sur la prise en charge du patient à la 2^{ème} de cure de chimiothérapie. Ces professionnels n'ayant été identifiés que plus tardivement.

4.5.1.2 Préparation matérielle de la réunion

L'analyse « patient traceur » repose sur l'évaluation dans le dossier du patient de la traçabilité d'un certain nombre d'éléments. C'est pourquoi, une réunion de mise au point avant le lancement de l'analyse, le 5 juin, a permis au pilote et aux copilotes de vérifier les éléments d'organisation (supports et logiciels à prévoir etc...) et de se familiariser avec le dossier pour une recherche plus efficace. Les supports sont en effet multiples. Pour l'accès au dossier du patient, il faut prévoir les dossiers papier et informatisé (logiciel CRISTALNET[®]) en plus du dossier papier spécifique « chimiothérapie », développé pour l'HDJ. D'autres logiciels doivent être aisément accessibles : gestion administrative du patient (logiciel PASTEL[®]), gestion des résultats d'imagerie (logiciel XPLORE[®]), gestion des programmations en HDJ (logiciel ZENIDOC[®]). Enfin, certains éléments du dossier du patient sont retrouvés à la pharmacie. Il s'agit des documents relatifs à la préparation ou bien encore à la prescription de dispositifs médicaux implantables.

4.5.2 Déroulement

Les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient se sont réunis autour du dossier du patient pour en effectuer une analyse globale le mardi 10 juin 2014. Certains rôles ont été définis au préalable (*tableau 23*)

Activité	Fonction	Rôle
CME	Président	Animateur
Qualité	Gestionnaire des risques / Copilote	Rédaction de la synthèse
HDJ	Cadre du service / Copilote	Recherche des éléments dans le(s) dossier(s)
Pharmacie	Interne / Pilote	Restitution des réponses du patient

Tableau 23 : Management de la réunion pluri-professionnelle

La réunion s'est organisée en 3 temps :

1. Une introduction, par le pilote, permettant de rappeler les objectifs avec délimitation du cadre de référence qui est fonction du parcours du patient.
2. La présentation du patient par le médecin référent.
3. L'analyse proprement dite à l'aide de la grille d'entretien, autour du dossier du patient.

La HAS prévoit un temps de discussion puis de synthèse avec détermination des actions d'amélioration. Par souci de simplification, nous avons organisé ce temps de discussion après chaque étape analysée du parcours du patient. Ainsi, pour chaque étape, les éléments positifs (essentiels pour la valorisation de l'équipe et du travail déjà engagé) et négatifs ont été résumés. La synthèse globale et la priorisation des actions d'amélioration, bien que prévus pendant la réunion par la HAS, ont été réalisés ultérieurement. Elle est essentielle pour :

1. Hiérarchiser les points négatifs à améliorer
2. Définir les actions d'amélioration pour chaque point avec leurs objectifs clairs, les délais de réalisation et la (les) personne(s) responsable(s).

Dans cet objectif, le groupe de travail s'est de nouveau réuni, une semaine après la réunion pluri-professionnelle pour analyser la discussion et les synthèses établies lors de la réunion. Les conclusions et le bilan ont rapidement été présentés à la sous commission DPC et à la CPP par le pilote de l'analyse. Une présentation est aussi prévue aux professionnels du service d'HDJ, du « 3C » ROZA + et à la CME.

4.6 Suivi du Planning de développement et de réalisation de l'analyse « patient traceur »

Le planning de développement de l'analyse « patient traceur est présenté dans le *tableau 24*.

	Descriptif	Responsable(s)	Date
Etape 1	Bilan de l'existant (référentiels internes et externes, EPP précédentes)	Pilote	Février – début mars 2014
Etape 2	Analyse et identification des critères spécifiques au parcours	Pilote + copilotes Validation par le groupe de travail	Mars 2014 (réunion du groupe le 25 mars)
Etape 3	Création de la grille d'évaluation	Pilote + copilotes Validation par le groupe de travail	Fin mars – début avril 2014 (réunion du groupe le 10 avril)
Etape 4	Essai à blanc	Pilote + copilotes	16 avril
Etape 5	Organisation pratique de la première analyse (choix du patient etc...)	Pilote + copilotes Validation par le groupe de travail	Fin avril – mai 2014
Etape 6	Présentation de la méthodologie à l'équipe du service d'HDJ	Pilote + gestionnaire des risques	14 mai 2014
Etape 7	Information et consentement du patient	Pilote + cadre HDJ	16 mai 2014

Etape 8	Mise au point finale	Pilote + copilotes	5 juin 2014
Etape 9	Rencontre et entretien patient	Pilote + cadre HDJ	6 juin 2014
Etape 10	Réunion pluri-professionnelle	Professionnels de santé	10 juin 2014
Etape 11	Analyse post évaluation, axe d'amélioration	Groupe de travail	17 juin 2014
Etape 12	Présentation des résultats à la sous-commission DPC	Pilote + copilotes	26 juin 2014
Etape 13	Présentation des résultats à la Commission Parcours Patient	Pilote + copilotes	26 juin 2014

Tableau 24 : Suivi du planning de l'analyse "patient traceur"

PARTIE V - Présentation des résultats et plan d'actions

5.1 Grille patient : résultats globaux

Le *tableau 25* reprend l'ensemble des taux de conformité obtenus pour chaque section de la grille « patient ».

Sections de la grille pour lesquelles des questions ont été posées au patient	Nombre d'items	Nombre d'items évalués avec le patient	Conformités	
			Nombre	%
Admission et accueil	14	11	10	90,9%
Évaluation initiale médicale	5	5	3	60,0%
Évaluation initiale paramédicale	12	9	8	88,9%
Suivi médical	6	6	3	50,0%
Administration, suivi paramédical	4	4	4	100,0%
Bloc opératoire	7	6	6	100,0%
Sortie du patient	9	9	8	88,9%
Droits du patient	9	8	8	100,0%
Gestion des données du patient	1	1	0	0,0%
Événement indésirable	2	1	0	0,0%
TOTAL	69	60	50	83,3%

Tableau 25 : Grille patient, résultats globaux

Le résultat global de 83,3% est très encourageant.

Certaines étapes obtiennent 100% de satisfaction : Administration et suivi paramédical, bloc opératoire, droits du patient.

L'évaluation initiale médicale et le suivi médical obtiennent respectivement 60 et 50 % de satisfaction, ce qui est en corrélation avec le sentiment exprimé par le patient qui estime que l'information médicale est insuffisante et a le sentiment de devoir « courir après cette information ».

Concernant son expérience au CHD, le patient a exprimé sa reconnaissance vis-à-vis de la rapidité avec laquelle il a été pris en charge et la grande réactivité des équipes.

A la fin de l'entretien celui-ci a exprimé son ressenti sur la grille d'items en la considérant longue, parfois redondante et difficile, avec le sentiment de vivre un interrogatoire.

5.2 Grille professionnels de santé : résultats globaux

Le *tableau 26* et la *figure 9* présentent les résultats de l'analyse « patient traceur » pour la partie qui concerne les professionnels de santé.

Sections de la grille	Nombre d'items	Nombre d'items évalués avec le groupe	Conformités	
			Nombre	%
Admission et accueil	21	17	16	94,1%
Évaluation initiale médicale	65	58	50	86,2%
Évaluation RCP	25	23	16	69,6%
Évaluation initiale paramédicale	20	16	15	93,8%
Préparation et transport	28	28	26	92,9%
Suivi médical	19	11	10	90,9%
Administration, suivi paramédical	21	15	13	86,7%
Suivi autres intervenants	11	7	5	71,4%
Bloc opératoire	23	17	14	82,4%

Populations spécifiques	3	3	3	100,0%
Sortie du patient	29	26	19	73,1%
Droits du patient	6	4	4	100,0%
Continuité et coordination des soins	6	6	6	100,0%
Gestion des données du patient	8	8	6	75,0%
Événements indésirables / environnement / EPP	7	3	2	66,7%
TOTAL	292	241	204	84,6%
Transfusion	5	0		
Fin de vie	6	0		
Urgence vitale	3	0		
TOTAL	306			

Tableau 26 : Grille professionnels de santé, résultats globaux

Le résultat global de 84,6 %, très proche de celui obtenu avec le patient est tout à fait satisfaisant.

Trois sections de la grille n'étaient pas concernées par le parcours du patient : transfusion, fin de vie et urgences vitales. Ces sections ont été écartées.

Les taux de conformité élevés pour la plupart des étapes du parcours démontrent une prise en charge du patient optimale. Nous pouvons classer les étapes en 3 catégories :

1. Taux de conformité égal à 100% de conformité : populations spécifiques, continuité et coordination des soins, droits du patient.
2. Taux de conformité inférieur à 70% : les questions relatives aux événements indésirables, à l'environnement, à l'EPP et à l'évaluation de la RCP.
3. Taux de conformité compris entre 70 et 80 %. Il s'agit du suivi des autres intervenants, de la gestion des données du patient et de la sortie.

Ces taux sont à corrélérer au nombre de questions dans chacune des sections qui peuvent être très variables. Le graphique ci-dessous reprend ces résultats sous forme d'un radar.

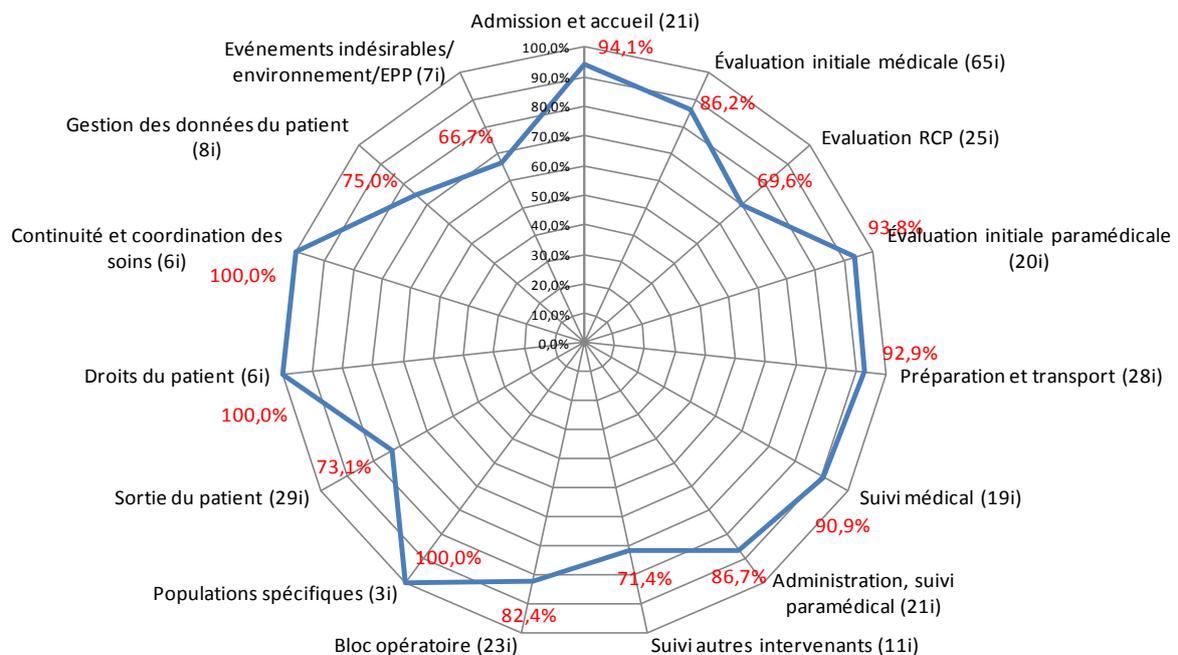


Figure 9 : Présentation des résultats de la réunion pluri-professionnelle

5.3 Questions communes à destination des professionnels de santé et du patient

Sur les 57 items communs aux 2 grilles, 10 (17,5%) ont une réponse discordante suivant qu'elles aient été données par le patient ou par le groupe de professionnels de santé (tableau 27).

Étapes	Items	Réponse Groupe	Réponse Patient
Evaluation initiale médicale	Les besoins en termes d'actions éducatives sont évalués.	NA	non
Evaluation initiale paramédicale	L'identité de la personne à prévenir (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec le patient) est tracée dans le dossier	oui	NA
	Une consultation d'accompagnement soignant a été proposée après chaque consultation médicale clé (annonce du diagnostic, annonce du traitement)	oui	NSP
	Sinon, une CAS a été faite lors de la première cure de chimiothérapie	oui	NSP
Suivi médical	Le consentement du patient en cas d'examen complémentaire biologique le nécessitant est tracé.	NA	non
	L'information donnée au patient et à ses proches est tracée.		
	1) sur son état de santé 2) sur ses examens	oui oui	non non
Suivi paramédical	Pour toute prescription, la vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription est réalisée et tracée.	non	oui
Sortie	L'organisation de la sortie tient compte de la prise en charge à domicile	NA	oui
Gestion des données du patient	Le patient a été informé sur ses droits d'accès à son dossier.	oui	non

Tableau 27 : Items dont la réponse diverge entre le groupe de professionnels et le patient

Quatre de ces items ne présentent pas une discordance évidente. Le patient n'avait plus de souvenirs sur la CAS et a pu mal interpréter le sens des questions relatives à la personne de confiance et à la prise en charge à domicile. Cela montre les limites parfois atteintes par les items dont la compréhension pourra être différente d'un patient à l'autre.

Les 6 items restants présentent une réelle discordance et doivent être analysés avec précaution. Il s'agit :

1. Des **besoins en termes d'actions éducatives**. Une seule question a été posée au patient sur ce thème alors que 8 l'ont été au groupe. Après une brève explication de la part des professionnels qui l'ont interrogé, le patient a conclu qu'il n'avait pas été l'objet de ce type de programme. Le groupe, quant à lui, a considéré que le patient n'était pas concerné par l'ETP. La question est traitée plus en détail au point 5.6.4.
2. De la consultation du patient avant les **examens biologiques complémentaires**. N'ayant pas eu d'examens biologiques lors de l'HDJ du 6 juin, le patient a pu prendre en compte l'expérience de ses premières hospitalisations. Cette information doit être prise en compte et faire l'objet d'un retour dans les services qui ont accueilli le patient.
3. De **l'information donnée au patient sur son état de santé et sur ses examens** (2 questions). La réponse donnée par le patient est en cohérence avec le sentiment exprimé à la fin de l'entretien, à savoir une information médicale insuffisante.
4. La **vérification de l'identité du patient** avant les actes paramédicaux. Selon le groupe, cette vérification est effective mais n'est pas tracée.

5. De l'**accès au dossier médical**. Cette information étant fournie dans le livret d'accueil, nous pouvons nous interroger sur la nécessité de mettre l'accent sur ce droit d'une autre façon.

Le faible nombre de réponses discordantes entre le patient et le groupe de professionnels démontre un parcours de santé de bonne qualité, dans lequel les intérêts et le respect du patient sont respectés. La qualité de l'information donnée au patient doit cependant faire l'objet d'une réflexion.

5.4 Questionnaire aux professionnels de santé

Pour recueillir leur opinion sur la démarche, les professionnels de santé ont reçu un questionnaire de 16 questions à réponse binaire (oui, non), auxquelles des questions ouvertes sont proposées (Annexe 8).

Nous avons pu analyser 12 questionnaires, dont 4 étaient incomplets. La figure 10 présente les résultats de cette enquête.

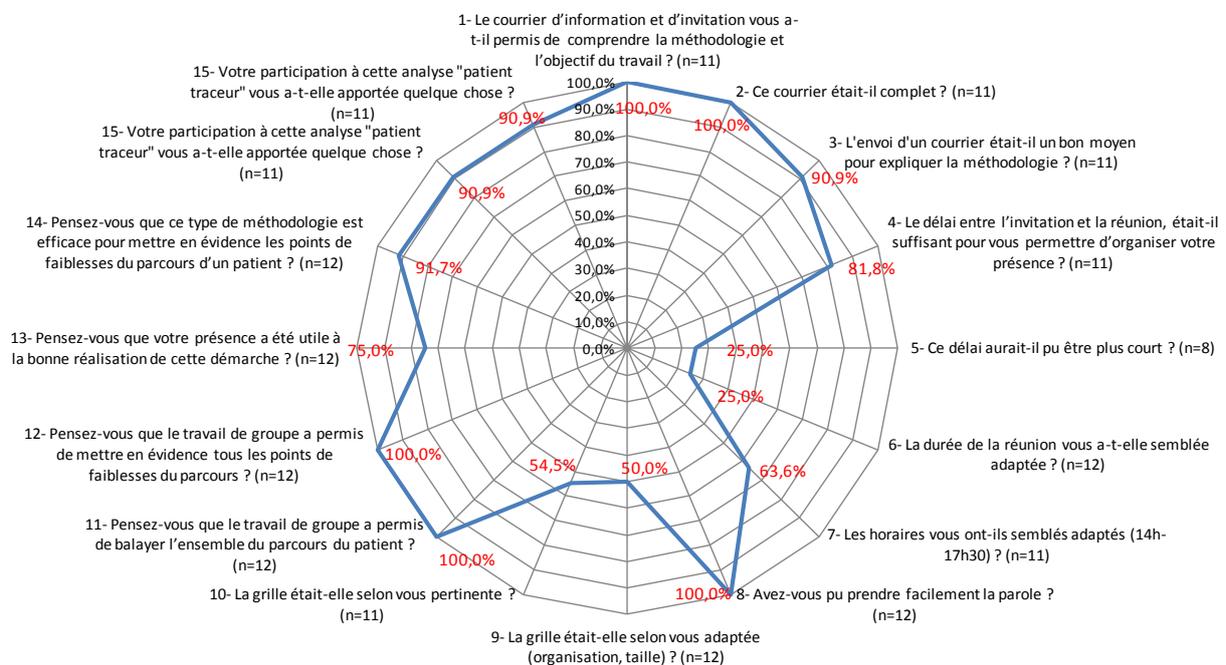


Figure 10 : Résultats de l'enquête menée auprès des professionnels de santé

6 items présentent moins de 80% de réponses positives. D'une part, Il s'agit des questions relatives à l'organisation : horaires, durée de la réunion, diminution du délai entre l'invitation et le déroulement de la réunion. Ces 2 dernières questions ne recevant que 25 % d'acceptation. Certains participants ont évoqué leur souhait d'une durée maximale de 2h.

D'autre part, les items relatifs à la grille partagent les participants. Il se dégage que celle-ci était trop longue. La pertinence est pointée du doigt, par le sentiment, pour certains, d'une redondance des items. Enfin, 3 participants ont estimé que leur présence avait été inutile.

Globalement, la démarche a été accueillie de manière positive, en témoigne la part importante de participants qui serait d'accord pour y participer de nouveau, et qui estime la démarche efficace.

Les participants ont évoqué leur intérêt vis-à-vis de cette méthode, pour sa capacité à mettre en avant la complexité de la prise en charge, qui n'est pas toujours bien appréhendée par les différents acteurs. De plus, à l'occasion de cette réflexion collective, les rôles de chacun sont identifiés clairement par tous les participants.

5.5 Points positifs de l'analyse

L'analyse « patient traceur » a permis de mettre en évidence de nombreux points positifs tout au long du parcours de soins. Nous nous efforcerons de présenter ici les résultats selon qu'ils s'appliquent au service d'HDJ, à la maladie, au circuit des produits pharmaceutiques.

5.5.1 Organisation optimale du service

L'organisation de l'HDJ se révèle être positive à toutes les étapes du parcours du patient. Nous pouvons citer en particulier :

- En termes de pratique :
 - La vérification de l'identité du patient à chaque étape
 - La désignation d'une IDE référente pour le jour de l'hospitalisation : IDE « de secteur ».
 - La rapidité de la prise en charge le jour de l'HDJ (entrée à 7h50, prise de poids à 8h00, prescription et feu vert du médecin pour la cure à 9h10, validation pharmacien à 9h16, libération de la préparation à 10h40).
 - La forte dynamique du service dans les démarches EPP
 - Le suivi de la douleur optimal
- En termes de respect du patient, de ses droits, de sa vie privée
 - La mise à disposition d'une chambre individuelle avec accès facilité pour les proches.
 - Un taux de conformité maximal (100%) pour les sections de la prise en charge relatives aux « populations spécifiques » et à la gestion des données du patient.
 - Une information du patient effective par tous les intervenants.
- Concernant le dossier « papier » du patient
 - Un dossier complet et bien rangé avec la plupart des examens de la phase investigatrice et diagnostique
 - La formation des IDE à la rédaction d'une synthèse détaillée dans le dossier du patient, en lien avec la prise en charge pluridisciplinaire du dispositif d'annonce.

5.5.2 Respect des principales exigences liées à la pathologie du patient

Nous noterons, dans un premier temps, la **rapidité de la prise en charge** globale du patient depuis les premiers symptômes et jusqu'à la RCP (point positif mis en évidence par le patient lui-même). Il s'écoule en effet 20 jours entre la première consultation chez le médecin généraliste et la première cure. Ce délai est de 26 jours pour la RCP. L'évolution rapide de la pathologie et le traitement, conforme à une pratique bien établie, ont permis un traitement

anticipé le 16 mai, tel que décrit dans la circulaire du 22 février 2005 (43). Dans une étude prospective, N. Leveque et al, retrouvait une médiane de 5.7 semaines entre la première consultation et le début du traitement pour les cancers bronchiques de stade IV (62).

Le traitement par **Cisplatine** et **Pemetrexed** est conforme aux recommandations du cancer broncho-pulmonaire stade IV métastatique, en particulier, pour le Pemetrexed, produit hors GHS, dont l'indication est conforme à son **référentiel de bon usage** (63). De plus, ce traitement, validé en RCP est celui qui a véritablement été appliqué.

Nous pouvons, ensuite évoquer l'existence d'un **dispositif d'annonce** efficient, comprenant, outre la RCP, les éléments suivants :

- Une **consultation d'annonce médicale** le 12 mai.
- Une **consultation d'Accompagnement Soignant** (CAS) le jour de la première cure de chimiothérapie.
- Une très bonne disponibilité des **soins de support** au cours des hospitalisations avec passage de l'équipe mobile douleur, de la diététicienne, de la psychologue, de l'assistante sociale et de la socio-esthéticienne.

Chacune de ces démarches étant accompagnée d'une excellente traçabilité, voire même, pour la consultation d'annonce et la CAS, d'une fiche de liaison spécifique.

Cette excellente organisation est à rapprocher de la démarche EPP qui avait abouti à la formalisation de ce dispositif en 2007.

Au final, nous pouvons mettre en avant la très bonne prise en charge pluridisciplinaire du patient. Le taux de conformité maximale (100%) de la section « continuité et coordination des soins » confirme ce résultat.

5.5.3 Organisation optimale du circuit des produits pharmaceutiques

L'évaluation du circuit de la prise en charge des produits pharmaceutiques montre une succession d'événements protocolés, très bien ancrés dans les pratiques et conformes aux standards de bonnes pratiques.

D'une part, concernant la **prescription** et la **validation pharmaceutique**, les exigences principales sont respectées. Sur les 36 questions en lien avec l'acte de prescription (chimiothérapie et chambre implantable) et de validation pharmaceutique le taux de conformité est de 100%. Au CHD, l'ensemble des prescriptions de chimiothérapie est validé par un pharmacien clinicien.

La **préparation** des cytotoxiques est dotée d'une excellente traçabilité, en lien avec la fiche de fabrication. Le taux de conformité est de nouveau maximal. Les exigences de la fiche de fabrication, décrit dans les BPP sont respectées.

Toutes les étapes de l'**administration** sont tracées. L'ensemble des points évalués sont appliqués.

Ce résultat très positif, est à mettre en lien avec le travail d'informatisation du dossier patient réalisé au CHD et qui inclut, en particulier, les étapes concernant le circuit du médicament. L'informatisation permet d'atteindre ce niveau d'exigence malgré le nombre important d'items

avec, notamment, la protocolisation des cures de chimiothérapie. Les nombreux éléments paramétrés, permettent aux professionnels d'être optimum dans leurs actions. La validation des étapes sur le logiciel devient une aide pour les soignants, confrontés aux étapes complexes de la prise en charge telles que la prescription et l'administration.

Ces exigences sont reprises par le CBU, véritable moteur de cette démarche (3). L'arrêté du 6 avril 2011 en a défini un cadre juridique strict avec comme responsable principal, le pharmacien (2). Le CBU est également, avec les critères d'agrément de la pratique de la chimiothérapie, un référentiel qualité majeur pour l'organisation optimale, permettant la reconstitution des chimiothérapies sous contrôle pharmaceutique (3,58).

Au CHD, le circuit des produits pharmaceutiques, et plus particulièrement, celui du médicament respectent, pour la très grande majorité des points évalués, les exigences de qualité. La mise en œuvre de ces exigences, leur suivi et leur évaluation ne peut se faire sans le recours du pharmacien. Cependant, son évaluation dans la pratique nécessite une évaluation plus poussée, de type audit de pratique.

5.6 Points à améliorer et définition du plan d'action

Selon les résultats obtenus, les étapes de l'analyse du parcours du patient peuvent être séparées en 3 groupes distincts : moins de 70 %, entre 70 et 80%, plus de 80 % de conformité. Nous pouvons nous baser sur ces résultats pour prioriser le plan d'action.

5.6.1 Résultats inférieurs à 70 % de conformité

- Événements indésirables et environnement :

Le parcours de la patiente en HDJ n'ayant pas été concerné par un événement indésirable, certaines questions ont été considérées comme non applicables. Le manque d'information reçu par le patient lors de son isolement dans le service de pneumologie a cependant retenu l'attention du groupe. Le passage en pneumologie n'étant pas évalué, cet événement pouvait ne pas être relevé. Nous avons souhaité conserver l'information pour en informer le service. Il s'agira d'une sensibilisation de l'équipe concernée.

Nous pourrions noter ici qu'un événement indésirable lié à l'**identitovigilance** a été identifié par le groupe de travail lors de la réunion pluri-professionnelle. En effet, un courrier relevant de la situation du patient a été retrouvé avec une mauvaise identité. Une déclaration d'identitovigilance a pu être réalisée rapidement.

- Evaluation RCP :

Seuls 16 items sur 23 sont ressortis positifs. Quatre éléments jugés obligatoires par l'INCa sur la **fiche RCP** ne sont pas renseignés : circonstances de découverte, capacité de vie OMS, descriptif anatomopathologique et date du prélèvement. Deux autres informations jugées comme essentielles s'y ajoutent : identification des référentiels utilisés pour fonder

l'avis, traitement débuté ou non au jour de la RCP (d'autant plus important que le patient est concerné). Enfin, les soins de supports n'ont pas été discutés en RCP.

La synthèse de ces éléments a été portée à la connaissance du **centre de coordination en cancérologie (3C)** dont dépend le centre hospitalier de Douai (ROZA +) et qui a pour mission principale d'organiser les RCP dans le bassin du Douaisis. Une réunion de présentation va être organisée, réunissant les pneumologues du CHD et les responsables du 3C.

5.6.2 Résultats compris entre 70 et 80 % de conformité

- Suivi des autres intervenants :

Cette section ne comportait à l'origine qu'une seule question avec plusieurs entrées. Les interventions, notamment de l'EMDSP et de la psychologue sont retrouvées dans le dossier, à l'exception du passage de la socio-esthéticienne. De plus, aucun soin réalisé par les aides-soignants n'est tracé.

Les conclusions ont été portées à la connaissance du groupe « transmission ciblée ». Il a été décidé **d'établir précisément les cibles** qui doivent être tracées, en évaluant les besoins avec les professionnels concernés. Une procédure donnera un cadre précis à ces transmissions. Nous estimons la réalisation à moyen terme.

- Données du patient :

Cette étape met en lumière les défauts du **dossier « papier »**, rapidement volumineux et peu ergonomique, quand bien même celui-ci est correctement tenu.

L'**informatisation** complète du dossier patient pourrait en être la solution. Le projet est particulièrement avancé au CHD et inclus d'ores et déjà la prescription, la validation pharmaceutique, la consultation des bilans radiologiques et biologiques, certains éléments du suivi médical et paramédical. Cependant, nous sommes confrontés à l'utilisation de nombreux logiciels ce qui laisse les recherches parfois compliquées. Ce problème est bien connu dans notre centre hospitalier. De manière générale, la communication des informations n'est pas un frein au CHD. La direction de l'informatique a été informée du travail réalisé et de la conclusion présentée ici. Une réflexion institutionnelle est engagée.

- Sortie du patient :

Quatre points majeurs ressortent à cette étape :

1. Un défaut de **communication avec le médecin traitant**. Ce point est mis en évidence par l'absence de transmission concernant le projet de soins personnalisé, les comptes rendus des rendez-vous, des examens et des consultations. De même, les courriers d'hospitalisation n'ont pas été envoyés au médecin traitant dans les 8 jours.

Le manque de formalisation des documents à transmettre, le manque de personnel administratif, le défaut de sensibilisation des médecins concernés peuvent expliquer ce résultat. Dans un premier temps, la conclusion est remontée au service clientèle pour qu'une réflexion ait lieu sur la faisabilité, par le personnel administratif, d'une transmission de ces documents. Une réflexion plus institutionnelle doit ensuite être menée pour toucher l'ensemble des médecins et évaluer le défaut de personnel. Enfin, l'équipe d'HDJ est actuellement en discussion pour rendre le courrier de sortie plus exhaustif. La réflexion a lieu en collaboration avec médecins et IDE.

2. Le manque de précision quant à la **validation informatique de la sortie** du patient. Un défaut de paramétrage du logiciel dédié est à l'origine de ce problème, déjà connu par ailleurs.

La direction de l'informatique est informée, mais il est difficile de préciser un calendrier pour l'amélioration de ce point.

3. L'absence de remise au patient du **livret de sortie** lors de sa 2^{ème} cure de chimiothérapie. Ce même livret lui avait déjà été remis lors de sa 1^{ère} hospitalisation en pneumologie.

Il n'est pas nécessaire, selon nous, de remettre ce livret à chaque passage dans l'hôpital mais il est important que ce livret soit proposé au patient. L'information de l'équipe d'HDJ sur ce point a été réalisée.

4. L'absence de réévaluation et de prise en compte du **traitement personnel** du patient à la sortie relève d'une réflexion globale à chaque étape du parcours.

A la sortie, il est nécessaire d'être optimal sur ce sujet pour assurer un lien efficient avec les structures d'aval. Nous développerons ce point plus loin.

5.6.3 Résultats supérieurs à 80 % de conformité

- Evaluation initiale médicale

Le taux de conformité de 82.6 % suggère que cette étape essentielle dans la prise en charge du patient est réalisée selon les recommandations. Deux points en particulier doivent être revus :

1. L'absence de prise en compte du **traitement personnel du patient** par le médecin référent. A l'entrée, il est de la responsabilité de l'hôpital d'assurer au patient la fourniture de l'ensemble des médicaments qui lui sont prescrits (64). C'est pourquoi, il ne doit être laissé à la disposition du patient aucun médicament hormis ceux qui lui sont dispensés pendant son séjour (2). De plus, il est de la responsabilité du médecin qui examine le patient de réévaluer le traitement personnel de ce dernier, dès son entrée pour assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse (11).

Le **Dossier Pharmaceutique (DP)** peut être une solution apportée à cette problématique. Le DP, créé par la loi du 30 janvier 2007 a pour rôle de recenser les médicaments prescrits au patient dans les 4 mois précédents (65). Sa consultation permet donc de connaître l'historique médicamenteux du patient. Actuellement, une expérimentation est en cours pour permettre l'accès de cet outil aux médecins et aux unités de soins et évaluer ainsi l'apport de sa consultation pour le corps médical (66).

Au CHD, une procédure existe pour les services d'hospitalisation conventionnelle, reposant sur la réglementation en vigueur. En HDJ, la faible durée des hospitalisations, entraînant des entrées et sorties quotidiennes rend la réalisation de cet impératif complexe et nécessite du temps infirmier supplémentaire. La gestion du traitement personnel du patient en HDJ est un souci récurrent qui a déjà fait l'objet de réflexions, sans obtention de consensus. La commission des médicaments et des dispositifs médicaux stériles a été relancée sur le sujet pour que des mesures soient prises. Les acteurs et les rôles de chaque intervenant doivent être précisés tout comme les modalités de détention des médicaments, en lien avec les contraintes de l'HDJ. Un groupe de travail pharmacie-HDJ doit être constitué pour mener une réflexion plus approfondie.

2. L'absence de certains **documents liés à la prise en charge du patient cancéreux** dans le dossier patient : PPS, RCP, premier scanner thoracique. Une réflexion doit être menée autant au niveau institutionnel qu'au niveau de l'HDJ pour comprendre les raisons de ces manquements.

Le PPS et le compte rendu de RCP doivent être remis au patient et au médecin. Ils doivent aussi être joints au dossier. Cette responsabilité pourrait être laissée au personnel administratif. La faisabilité de ce projet doit être précisée. L'accès à la plateforme du 3C ROZA + serait nécessaire. Le service clientèle et la direction de l'informatique seront des interlocuteurs privilégiés.

L'absence du résultat du premier scanner thoracique, non réalisé au CHD, a soulevé le problème des comptes rendus et résultats des examens réalisés sur un autre site. La direction de l'informatique et le groupe « dossier patient » doivent évaluer les mesures réalisables sur ce point.

➤ Admission et accueil

La HAS distingue admission et accueil. En HDJ, l'admission du patient cancéreux est immédiate. Une seule question est revenue négative, il s'agit du bracelet patient qui n'a pas été proposé à la 2^{ème} cure.

Une information à l'équipe d'HDJ a été réalisée très rapidement par le cadre de santé du service.

Le taux élevé de réponses positives (94%) cache cependant d'autres problématiques concernant la validation de l'admission du patient :

1. Réalisée en HDJ alors que le patient est passé par la radiologie auparavant.
2. Enregistrée dans le logiciel de gestion administrative du patient à un horaire décalé. L'absence d'agents d'accueil à l'arrivée du patient oblige l'infirmière à réaliser l'admission, qui n'est ainsi pas faite à l'arrivée physique du patient mais à l'avance.

Ces problématiques résultent d'un manque de personnel ou d'un défaut dans l'organisation. Toutes ces informations ont été transmises au service clientèle, à la radiologie et à l'HDJ. Une réflexion institutionnelle est nécessaire.

- Etapes présentant plus de 85 % de taux de conformité.

Le plus souvent, une voire 2 questions sont revenues négatives. Pour ces étapes les problèmes rencontrés et la démarche sont les suivants :

1. L'évaluation initiale paramédicale pose de nouveau la problématique relative à la prise en compte des **traitements chroniques du patient**, cette fois devant être recherchés par l'IDE.

La CoMeDiMS est responsable de la décision relevant du traitement chronique du patient à l'entrée et à la sortie et à sa prise en compte par les différents intervenants. Nous avons déjà pu évoquer ce problème lors de l'évaluation médicale et de la sortie du patient.

2. Le **document de liaison relatif à la traçabilité du transport** n'a pas permis d'identifier le rédacteur et la personne qui a réceptionné la caisse en HDJ.

Le problème a été résolu par la modification de la fiche de transport par le pharmacien responsable de la pharmacotechnie, associée à une information des acteurs concernés en HDJ et à la pharmacie.

3. L'évaluation du suivi médical a conduit à la discussion liée à la recherche de l'**identité** du patient par le médecin avant toute prescription. Le problème sera soumis au groupe « dossier patient ».
4. La traçabilité de la vérification de l'**identité** du patient avant l'acte d'administration des chimiothérapies a également fait l'objet d'une réponse négative. Il est proposé d'associer la direction de l'informatique et la pharmacie sur ce sujet pour modifier le plan de soins informatisé avec ajout d'un acte spécifique.

5.6.4 L'Education Thérapeutique du Patient (ETP)

La grille proposée par la HAS revient fréquemment sur l'ETP. Lors de la réunion pluri-professionnelle, ces items ont été définis comme non applicables pour la situation évaluée, car ils ne répondaient pas (ou pas encore) à ce besoin. Cependant, l'absence d'**ETP structurée** dans le service d'HDJ, mérite une réflexion sur les possibilités d'une installation de ce type de prise en charge au sein du service, pour les patients atteints de cancer.

L'ETP devient un véritable objectif de santé publique, inscrit dans la loi HPST du 21 juillet 2009 (1). L'augmentation de la durée de vie des patients atteints de cancer contribue à donner à la maladie cancéreuse les caractéristiques d'une maladie chronique. L'ETP, initialement développée pour ce type de maladie s'y applique donc de plus en plus. Pour le cancer, **4 objectifs principaux** peuvent être identifiés : la réduction des effets secondaires, la prise en charge de la douleur, le comportement nutritionnel, et la fatigue (67). De plus, la compétence légitime du pharmacien sur le médicament fait de lui un acteur de choix pour la mise en place et la pratique de l'ETP (68).

Une **évaluation du besoin en ETP** est nécessaire dans le service d'HDJ. Néanmoins, il faut pouvoir cibler les apports de cette démarche par rapport à la prise en charge du patient cancéreux, déjà très structurée, notamment de par le dispositif d'annonce. L'enjeu sera de ne pas être redondant. Par exemple, l'intervention des professionnels en lien avec les problématiques précitées, dans le cadre des soins de support, pourrait prendre la forme de programme d'ETP, selon la réglementation actuelle, en termes d'autorisation et de compétences requises (69,70).

5.6.5 Conclusion :

Nous pouvons dresser un bilan particulièrement positif de l'analyse « patient traceur » réalisée au CHD. Celle-ci présente un taux de conformité de plus de 84%. Les points forts sont incontestablement la prise en charge thérapeutique du patient et le circuit des produits pharmaceutiques, le respect des recommandations pour le traitement du patient atteint d'un cancer broncho-pulmonaire et l'organisation du service d'HDJ permettant au patient d'être pris en charge dans les meilleurs délais.

Les éléments problématiques relèvent le plus souvent de l'organisation et des limites imposées par les moyens humains mais aussi informatiques.

PARTIE VI – Discussion

6.1 Place de la méthode par rapport aux dispositifs déjà existants

L'ancrage des activités hospitalières dans la qualité et la gestion des risques est tel qu'aujourd'hui, de nombreux systèmes d'évaluation et de contrôle se côtoient. Preuve en est, l'ensemble des démarches de DPC développées par la HAS (21).

Les responsables et services qualité ne sont plus les seuls à être impliqués. L'ensemble des professionnels est appelé à réfléchir sur ses pratiques. Les systèmes d'évaluation développés à ce jour, permettent un regard de plus en plus important sur l'ensemble de l'hôpital, mais aussi, plus particulièrement, sur les très nombreuses activités qui s'y développent. Ainsi, la certification des établissements de santé, avec ses 28 références permet une vision globale de l'établissement, alors que l'audit clinique ou le chemin clinique apportent un regard critique sur une activité ciblée (11,22,23).

Le développement de la méthodologie « patient traceur » semble s'inscrire à mi-chemin de ces méthodes d'évaluation. En effet, il s'agit ici de s'attarder sur un patient en particulier, tout en évaluant son parcours avant, pendant et après son séjour hospitalier, c'est-à-dire l'évaluation du parcours d'un patient à travers de multiples activités. La méthodologie « patient traceur » peut être vue comme le trait d'union entre ces 2 aspects, l'un global, l'autre ciblé. Le développement de cette méthodologie dans le cadre de la nouvelle procédure de certification peut être perçu comme le souhait d'apporter une dimension de terrain à cette évaluation, en s'intéressant à des parcours donnés, à des moments déterminés.

6.2 Notre démarche

6.2.1 Choix du type de parcours et de ses référentiels

L'attention nationale qui est aujourd'hui portée sur le cancer conduit à la création de référentiels par des institutions qui ont autorité dans le domaine. Il nous a donc semblé approprié d'utiliser ces référentiels pour la réalisation de ce travail. De plus, ces référentiels avaient déjà été la base des travaux précédemment réalisés en HDJ (EPP en 2006 et 2007 puis audit en 2010).

6.2.2 Implication du pharmacien

Les démarches qualité développées par les autorités de santé prennent une place de plus en plus prépondérante dans les activités des professionnels à l'hôpital. S'il est un domaine où cela est particulièrement vrai, il s'agit de la prise en charge thérapeutique du patient. Comme nous avons pu le décrire dans la partie I de ce manuscrit, le pharmacien est devenu un qualificateur à part entière, indispensable au contrôle du circuit des produits pharmaceutiques. Pour cela, il dispose de nombreux outils, en constante évolution.

Le traitement du patient atteint de cancer broncho-pulmonaire se fait autour d'une prise en charge thérapeutique complexe, autant dans le choix de cette prise en charge que dans sa réalisation.

La présence du pharmacien nous est donc apparue comme indispensable, de par sa compétence qualité, que nous avons souhaité mettre à profit pour l'analyse des étapes et points clés du parcours. Cela a concerné en particulier le dispositif d'annonce qui comporte la RCP, mais aussi le circuit conduisant à la reconstitution des cytotoxiques.

De manière plus générale, cette compétence qualité a permis de cibler efficacement les référentiels utiles, les points clés du parcours, l'intégration de ces points clés à la grille.

Enfin, la présence du pharmacien, porteur de nombreux projets dans l'établissement, aura permis de créer une dynamique au sein du groupe de travail, en coordonnant les différents temps de l'organisation de la démarche.

6.2.3 Choix du type de recueil des résultats

La HAS propose de répondre aux items en précisant simplement s'il existe des points positifs et si des axes d'amélioration sont possibles. Nous avons fait le choix de proposer une **cotation binaire** par oui et non. Le « non applicable » étant également proposé. Ce système nous a permis d'émettre des **résultats chiffrés** qui, d'une part, sont plus **visuels** pour les équipes concernées lors des restitutions et qui, d'autre part, permettent de mieux se situer, en particulier lorsqu'une 2^{ème} analyse est réalisée.

Un système de cotation plus complexe, en 4 temps, aurait peut-être permis un résultat supérieur mais la subjectivité des réponses aurait pu fausser l'analyse.

Enfin, tous les items n'ont sûrement pas la même importance dans le parcours d'un patient. Nous n'avons pas pour autant appliqué un coefficient pondérateur. Cela renforce l'idée d'un outil scientifique qui cherche plus à être une base de travail pour fixer une tendance, qu'à être pleinement rigoureux.

6.2.4 Périmètre de l'analyse

Le parcours du patient traité par chimiothérapie en HDJ pour cancer broncho-pulmonaire est relativement complexe, en atteste le détail présenté en *annexe 3*.

Nous avons rencontré une certaine difficulté à définir le périmètre de l'analyse, pour étudier les 2 aspects du parcours du patient, que nous avons identifié dans la partie 3 de ce manuscrit : le **parcours en lien avec la maladie** et le **parcours en lien avec l'hospitalisation** (que l'on pourrait qualifier de « logistique »).

Globalement, le périmètre d'analyse de ces 2 aspects s'est fait de la manière suivante :

1. Ciblage de l'ensemble du parcours de soins, des premiers symptômes, jusqu'à la 2^{ème} cure de chimiothérapie, pour étudier le **parcours en lien avec la maladie** (phase investigatrice et diagnostique, dispositif d'annonce...)

2. Ciblage de la journée d'HDJ, correspondant à la 2^{ème} cure de chimiothérapie, pour étudier la **prise en charge hospitalière** du patient.

Pour ce 2^{ème} aspect, nous avons, au départ, souhaité évaluer l'ensemble du parcours du patient, sachant que celui-ci avait été hospitalisé à 2 reprises, dans le service de pneumologie. La très courte durée de l'HDJ et le fait que le patient soit au début de sa prise en charge, nous avait conduits à ce choix, qui s'est finalement révélé beaucoup trop complexe.

Le périmètre de l'analyse peut donc varier en fonction du parcours évalué, de la position du patient dans ce parcours et de l'objectif fixé. La volonté d'analyser le parcours du patient lié à sa maladie, conduira le plus souvent, à s'intéresser à des éléments qui ne sont pas en lien direct avec l'hospitalisation du patient au moment de l'analyse.

6.2.5 Personnalisation de la grille

Dans le cadre de notre travail, nous nous sommes attachés à **investiguer précisément certaines étapes**, plus en lien avec le parcours lié à la maladie étudiée. D'une part pour tester cet aspect et d'autre part pour évaluer les axes d'amélioration mis en place en HDJ à l'occasion de précédentes évaluations, mettant ainsi en valeur le travail réalisé.

Dans cet objectif, nous avons ajouté 121 items dont 2 sections en lien avec la **préparation des chimiothérapies** et la **RCP**. Nous pouvons discuter notre démarche sur ce point. En effet, la méthode « patient traceur », développe une vision globale du parcours pour faire ressortir les défaillances majeures. Elle n'a donc pas comme premier objectif de détailler les processus en lien avec ces étapes, ce qui est du ressort des analyses de processus ou des audits ciblés. La méthode « patient traceur » cherche plus à analyser les interfaces et l'organisation plutôt que les activités propres.

Cependant, nous sommes restés fidèles à la logique développée par la méthodologie « patient traceur », en utilisant le dossier patient comme fil conducteur. Les items ajoutés recherchent donc le plus souvent des éléments qui peuvent être retrouvés tracés dans le dossier du patient.

Pour la préparation des chimiothérapies, nous avons cherché à évaluer les étapes de contrôle et de libération qui font l'objet d'une traçabilité et non la manière dont la préparation a été réalisée. L'objectif est d'avoir une vision globale du parcours du patient, concernant, pour cet exemple, le jour de l'hospitalisation. De même, nous évaluons globalement la phase diagnostique en recherchant la présence des résultats des examens dans le dossier du patient. Le tout étant de rester dans une logique d'évaluation de parcours.

La personnalisation de la grille n'est pas chose aisée. Elle peut être très largement réalisée. Il faut cependant ne pas tomber dans l'excès et savoir cibler les éléments qui méritent d'être évalués, tout en restant dans l'esprit de l'évaluation du parcours dans sa globalité.

La personnalisation pourra varier en fonction du parcours évalué, de la position du patient dans ce parcours et de l'objectif fixé. Il dépend également du périmètre que l'on aura fixé à l'évaluation. Néanmoins, il est nécessaire de limiter cette personnalisation qui alourdit considérablement le travail et qui tend à s'éloigner de l'esprit initial de la démarche.

6.3 Résultats et plan d'action

L'étendue de l'analyse met en évidence des axes d'amélioration qui impliquent de très nombreux intervenants. Alors même que l'analyse ne portait que sur un seul patient, le plan d'action se révèle être très complexe.

Les critères de sélection du CHD, prenant en compte l'investissement du service dans les démarches d'amélioration des pratiques, permettent d'assurer, certes, une implication forte de l'équipe dans le développement de la démarche, mais conduisent à des résultats très généraux, impliquant nécessairement une réflexion institutionnelle. Par ailleurs, ces points d'amélioration sont le plus souvent déjà connus, ayant un impact négatif fort sur les pratiques.

De plus, cette logique consistant à choisir un parcours pour lequel des démarches qualité ont déjà été entreprises, conduit dans notre cas, à un résultat très positif. Cela limite le champ d'action et fait ressortir les points négatifs de l'organisation de la démarche « patient traceur », notamment pour les professionnels participant à la réunion pluridisciplinaire.

En conclusion, avec la méthode « patient traceur », un parcours de soins déjà évalué par des démarches qualité antérieures, ne révèle que peu d'axes d'amélioration, hormis des éléments le plus souvent très généraux.

6.4 Forces et limites de l'outil proposé par la HAS

6.4.1 Généralités

La **puissance** de la méthode « patient traceur » peut être remise en question et contestée au vu du faible nombre de patient inclut (33). Peut-on, dans cette situation, justifier les axes d'amélioration complexes, sur la base d'une évaluation si restreinte ?

De plus, cette méthode est **fondée sur le commentaire** plutôt que sur l'empirique (34). Cela s'applique, particulièrement à la partie de l'analyse qui se déroule avec le patient.

6.4.2 L'organisation

Nous présentons dans le *tableau 28* les recommandations de la HAS concernant l'organisation de la méthodologie « patient traceur » et pour chacun d'entre eux, ce qui a été concrètement réalisé au CHD.

	HAS	Expérience au CHD
1	Méthode courte : 2 à 3 h	Entretien patient : 45 min Réunion pluri-professionnelle : 3h30
2	Réunir l'ensemble des professionnels impliqués sur le parcours du patient	20 professionnels réunis
3	Inviter les professionnels extérieurs	1 sur 3 présents à la réunion
4	Choix du patient la veille du jour prévu de l'analyse	Anticipation 1 mois à l'avance
5	Réunion pluridisciplinaire le jour de la sortie du	Réunion pluridisciplinaire décalée de 3 jours après la

patient		sortie
		Jour d'entrée et de sortie confondus (HDJ)
6	/	Préparation ayant nécessité une trentaine d'heure d'analyse et de concertation.

Tableau 28 - Comparaison entre l'organisation recommandée par la HAS et l'organisation développée au CHD

Pour chacun de ces critères, nous expliquons ci-dessous les problématiques qui se sont posées et celles qui sont apparues après la réalisation de la méthode :

1. La réalisation de l'analyse aura nécessité un total de **4 heures et 15 minutes**, ce qui est bien supérieur à la préconisation de la HAS. Il nous a semblé difficile de réduire cette durée
2. Un total de **20 professionnels** a été impliqué sur la démarche. Parmi eux, 15 étaient directement impliqués sur le parcours du patient. Cependant, il semble difficile de monopoliser 15 professionnels pendant une durée de 3h30.
3. La présence des **professionnels extérieurs** s'est révélée être particulièrement compliquée, ceux-ci ayant leurs propres impératifs. Il semble difficilement concevable de retrouver ces professionnels à ces analyses, encore plus, s'il s'agit de les inviter la veille de la réunion.
4. Le **choix du patient la veille** du jour prévu de l'analyse est une véritable problématique. L'identification des professionnels internes et externes à l'établissement et le temps d'invitation de ces derniers rend cette préconisation difficile à tenir. Nous avons donc fait le choix d'identifier et d'inviter ces professionnels un mois à l'avance.
5. La préconisation de la HAS consistant à réaliser la **réunion pluridisciplinaire le jour même de la sortie du patient**, nous est apparue inadaptée à l'HDJ, au vue de sa courte durée. Nous avons donc fait le choix de décaler cette réunion 3 jours plus tard.
6. La HAS ne prend pas en considération le **temps de préparation de l'analyse** qui est estimé, pour le pilote de notre test, à environ une semaine à temps plein (35h). Ce temps inclut l'analyse des référentiels, les concertations avec le groupe de travail, la modification de la grille, l'identification et l'invitation des professionnels et enfin, le traitement des données.

En conclusion, l'organisation proposée par la HAS n'a pas été simple à mettre en œuvre pour la réalisation de ce premier « patient traceur » dans notre hôpital. Nous nous posons la question du cadre de réalisation de cette méthodologie qu'il serait nécessaire de développer pour rendre la démarche attractive et réalisable. A l'image des commentaires laissés par les professionnels de santé, nous pouvons émettre des recommandations :

- **Restreindre les participants** aux professionnels qui ont été le plus impliqués dans le parcours du patient. Nous pensons que 10 personnes est un chiffre déjà important.

- Evaluer la possibilité de **répondre aux items avant la réunion pluri-professionnels** pour cibler plus rapidement les points péjoratifs.
- Evaluer la possibilité d'**entretiens individuels** avec les participants les moins impliqués pour cibler les étapes qui les concernent. Si ce procédé s'avère efficace, il pourrait remplacer la réunion pluri-professionnelle. Le gain de temps pour chacun serait considérable mais nous perdrons la valeur ajoutée d'une concertation entre professionnels.

6.4.3 La grille

6.4.3.1 Une modification de la grille qui augmente le nombre de questions

Les questions proposées par la HAS dans sa grille évaluent les éléments communs à tous les parcours patient. Le nombre initial de 173 items est donc, selon nous, **très difficilement compressible**.

La HAS laisse la possibilité aux établissements d'adapter la grille comme ils le souhaitent. D'une part, cela est lié au fait que la méthodologie est toujours en phase de test. D'autre part, il est nécessaire d'orienter la grille vers le parcours du patient qui est étudié.

En conclusion, la seule possibilité d'adapter la grille au parcours patient est d'ajouter des questions à une grille déjà très fournie (passage de 173 à 318 questions). Une solution serait de ne pas étudier l'ensemble du parcours du patient.

6.4.3.2 Une grille qui se répète

Certaines questions comportent les mêmes notions, donnant au lecteur le sentiment de redondances. Cette impression a été particulièrement évoquée lors de la réunion pluridisciplinaire. Nous avons, au départ, fait le choix de supprimer ces questions. Puis nous avons estimé que nous retirions certains aspects de l'évaluation. Nous avons donc conclu à la nécessité de conserver l'ensemble des questions proposées par la HAS. En effet, ces questions concernent des activités qui sont évaluées à différents temps du parcours du patient. Le *tableau 29* présente l'exemple des items en lien avec le traitement chronique du patient.

Etapes	Items
Évaluation initiale médicale	Les ordonnances du patient sont retrouvées dans le dossier (<i>On considérera qu'il s'agit du traitement chronique du patient</i>) Le traitement personnel du patient à l'admission est pris en compte.
Évaluation initiale paramédicale	Son traitement personnel, si applicable est tracé dans le dossier La traçabilité du retrait de ses médicaments personnels à l'admission, sauf avis du médecin et/ou du pharmacien est retrouvée dans le dossier.
Sortie	Les prescriptions prennent en compte le traitement personnel du patient.

Tableau 29 : Items en lien avec le traitement chronique du patient

Nous pensons que pour chacune de ces questions, la réponse est faite de manière globale par le groupe, qui a ainsi le sentiment d'une répétition des items. L'éducation thérapeutique,

l'évaluation de la douleur, la vérification de l'identité, l'information donnée au patient, sont d'autres thématiques qui présentent, selon nous, cet inconvénient dans la grille de la HAS.

Cet aspect est cependant l'avantage majeur de cette méthodologie qui suit « pas à pas » le parcours du patient, avec l'objectif de montrer ce qui doit être fait à chaque étape. Cette méthodologie se veut donc pédagogique et pousse le professionnel à se demander si sa pratique correspond à ces critères de qualité.

En conclusion, nous nous posons la question de la forme qu'il faudrait donner à la méthode. Notre expérience nous laisse penser que la grille pourrait associer le suivi des étapes du parcours à des focus, sur des thèmes plus précis, tels que la recherche de l'identité du patient ou la gestion de son traitement personnel. Cela permettrait d'identifier rapidement pour chaque thème qui est concerné et à quel moment du parcours.

6.4.4 Apports pour les professionnels de santé

Nous pouvons nous demander s'il est utile de développer cette méthodologie dans les centres hospitaliers où les démarches d'amélioration des pratiques sont déjà fortement ancrées. Ne risque-t-on pas de produire les mêmes conclusions avec des méthodes différentes ?

Cette constatation est cependant contrebalancée par certains points essentiels de la méthodologie « patient traceur ». En effet, la **prise en compte de l'expérience du patient** et **l'analyse réalisée sur l'ensemble du parcours**, prenant en compte l'amont et l'aval de l'hospitalisation, nous ont semblé novatrices et intéressantes pour la réflexion des professionnels sur leurs pratiques.

De plus, cette démarche permet aux professionnels de se réunir dans un objectif d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient, à travers une discussion positive. Nous sommes convaincus que cette façon d'analyser les pratiques est profitable aux professionnels qui y participent et plus généralement, à la qualité et à la sécurité des soins. Au décours de cette analyse, les professionnels peuvent se situer les uns par rapport aux autres à travers un parcours de soins particulièrement complexe. Cela permet d'améliorer la collaboration à tous les niveaux du parcours.

6.4.5 Une méthode qui oublie trop rapidement le patient

Notre expérience nous conduit à poser cette affirmation. En effet, le travail avec les professionnels de santé nous a semblé avoir plus de poids que celui réalisé avec le patient. La taille de la grille, atteste, à elle seule ce véritable décalage. La réunion pluri-professionnelle, très structurée, prend le pas dans l'esprit des participants, qui portent plus d'attention à leurs propres réponses. On s'éloigne de la pensée initiale qui souhaitait mettre en valeur la vision du patient sur son expérience. Néanmoins, le faible taux de discordance

entre les réponses du patient et celles du groupe des professionnels peut contribuer à ce sentiment.

De plus, le retour des réponses du patient pendant la réunion, représente une véritable difficulté. Le nombre important de questions n'est pas étranger à cette problématique. Nous pensons qu'il serait préférable de faire un bilan des réponses du patient en début de réunion.

De nouveau nous proposons ici une modification de l'organisation de la méthodologie. Il serait préférable d'avoir 2 supports de taille équivalente et de mettre en valeur la rencontre du patient dès le début de la réunion pluri-professionnelle.

CONCLUSION

Suite à notre expérimentation au Centre Hospitalier de Douai, nous avons pu tester la nouvelle méthode d'évaluation des pratiques, dite du « patient traceur ». Cette méthode est développée par la HAS dans la 4^{ème} procédure de certification des établissements de santé.

Cet outil de terrain nécessite un travail important d'appropriation par les équipes. La principale difficulté consistant à appréhender la grille, trop longue au premier abord. Nous pensons que certains points de la méthodologie peuvent être revus dans un souci d'efficacité et de reproductibilité. Il s'agit, en particulier, des conditions de choix du patient, des conditions de présence des professionnels extérieurs ou du déroulement de la réunion pluri-professionnelle.

De plus, il est nécessaire de préciser le périmètre qu'il est possible de couvrir, si l'on sort du cadre de l'hospitalisation vécue par le patient au moment de l'analyse. De même, il est nécessaire de fournir des recommandations sur les possibilités offertes à l'utilisateur de personnaliser la grille.

Ces précisions sont essentielles pour ne pas s'éloigner de la méthodologie mais aussi pour ne pas surcharger la grille, comme nous avons pu le faire dans notre travail.

Enfin, l'esprit de la démarche pourrait être plus focalisé sur le patient, face à une réunion pluri-professionnelle monopolisant l'attention.

Cependant, la méthodologie « patient traceur » a présenté de réels avantages pour déceler rapidement et efficacement les situations qui ne se conforment pas aux critères de qualité. La prise en compte de l'expérience du patient et de l'ensemble de son parcours, de l'amont à l'aval de l'hospitalisation, font de cette analyse un outil qui apporte une vision renouvelée des démarches qualité développées jusqu'ici.

L'expérimentation de la méthodologie « patient traceur » a été particulièrement positive au CHD. Les résultats mettent en valeur le travail de qualité réalisé dans le service d'HDJ pour la prise en charge du patient cancéreux.

La valeur ajoutée pharmaceutique a été essentielle pour cette première analyse. En effet, le circuit des produits pharmaceutiques est particulièrement développé sur ce type de parcours et doit répondre à de nombreuses exigences. De plus, les compétences « qualité » qui caractérisent de plus en plus le pharmacien, sont essentielles pour mener ce type de projet dans la rigueur : recherche des référentiels, identification des éléments clés, intégration dans le support de la HAS, organisation.

Cependant, ce niveau d'exigence nous a conduit à analyser des étapes du parcours qui relève plus du processus. En cela, notre travail s'est positionné à la limite de la méthode, tout en conservant son esprit général, avec le dossier du patient comme élément central.

Cette expérimentation a créé une dynamique dans l'établissement, au sein même des services, qui s'apprêtent à réaliser leur propre analyse « patient traceur », dont le déploiement va se poursuivre. Nous pouvons, dès lors, appréhender sereinement le lancement de la démarche de certification V2014 dans notre établissement et présenter, lors de la visite des Experts Visiteurs, une démarche « patient traceur » déjà particulièrement ancrée dans nos pratiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (JORF n°0167 du 22 juillet 2009).
2. Arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et aux médicaments dans les établissements de santé.
3. Décret n° 2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.
4. HAS, Guide méthodologique de diffusion publique des indicateurs de santé, sept 2012.
5. Martinez F. Les principes généraux de la qualité. *Accrédit Qual Soins Hosp.* 2001;(35):23-8.
6. Herreros G. L'hôpital à l'épreuve des réformes. *Socio-Anthropol.* 15 nov 2007;(21):23-36.
7. ANAP, La loi HPST à l'hôpital, les clés pour comprendre, 2009.
8. « Hôpital, patients, santé, territoires » : une loi à la croisée de nombreuses attentes, Support pédagogique, disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr>
9. HAS, Méthodes et modalités de DPC, disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
10. Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
11. HAS, Manuel de certification des établissements de santé V2010, version avril 2011.
12. Illustration, disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/image/gif/2009-03/roue_qualite_big.gif
13. HAS, Le compte qualité V2014, disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
14. Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le contrat type de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.
15. Arrêté du 18 novembre 2013 fixant le modèle de rapport d'étape annuel servant de base à l'évaluation du contrat de bon usage mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.
16. Décret n° 2013-870 du 27 septembre 2013 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.
17. Document commun AFSSAPS/HAS/INCa, Référentiels nationaux pour un bon usage des médicaments onéreux et innovants, 2007.
18. Document commun AFSSAPS/HAS/INCa, Méthodologie générale d'élaboration des protocoles thérapeutiques hors GHS, 2007.
19. Hedoux S, Dode X, Pivot C, Couray-Targe S, Aulagner G. Le pharmacien hospitalier au cœur des enjeux du bon usage des médicaments et de la tarification à l'activité. Exemple d'une organisation de contrôle qualité pharmaceutique pour le remboursement des médicaments en sus des GHS. *Ann Pharm Fr.* juill 2012;70(4):188-98.

20. Berry J, Gibert P, Bourdelin M, Coursier S, Botton J-F, Bontemps H, et al. Améliorer la gestion des molécules onéreuses et valoriser la facturation des séjours hospitaliers associés. *Pharm Hosp Clin.* 2013;48(3):161-6.
21. HAS, Evaluation et amélioration des pratiques, Développement professionnel continu, Méthodes et modalités de DPC. 2012.
22. HAS, Développement professionnel continu, l'Audit Clinique, Fiche technique méthode, 2013.
23. HAS. Développement professionnel continu, Le Chemin Clinique, Fiche technique méthode, 2013.
24. Guérin A, Barthélémy I, Merger D, Tanguay C, Lebel D, Bussièrès JF. Projet IMPACT PHARMACIE sur la description du rôle et sur les retombées du pharmacien : méthodologie. *Ann L'unité Rech En Prat Pharm.* 30 janv 2014; 1-8.
25. Parent G, Perrin S, Bichard D, Chelly J, Fagnoni-Legat C, Mockly-Postal H, et al. Impact d'un double audit des pratiques au sein d'une unité de pharmacie clinique et oncologique. *Pharm Hosp Clin.* juill 2013
26. Hippy-Muller C, Danicourt-Barrier F, Hochart S, Perrinet M, Horrent S, Resibois JP, et al. Démarche globale d'assurance qualité dans le cadre de la sécurisation du circuit des cytotoxiques. *J Pharm Clin.* 2009;28(4):199-206.
27. Bedouch P, Baudrant M, Detavernier M, Rey C, Brudieu E, Foroni L, et al. La sécurisation du circuit du médicament dans les établissements de santé : données actuelles et expérience du centre hospitalier universitaire de Grenoble. *Ann Pharm Fr.* janv 2009;67(1):3-15.
28. ANSM, Les Bonnes Pratiques de Préparation, Paris, 2007.
29. DHOS, Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalières, 2001
30. Guérin A, Lebel D, Marando N, Prot-Labarthe S, Bourdon O, Bussièrès J-F. Déterminants de l'évolution de la pharmacie hospitalière en France et au Québec : perception de pharmaciens hospitaliers. *Ann Pharm Fr.* mai 2014;72(3):202-15.
31. Michel P, Minodier C, Lathelize M, Moty-Monnereau C. Les événements indésirables graves associés aux soins observés dans les établissements de santé. *Doss Solidar Santé.* 2010;(17):1-18.
32. HAS. Mesure de l'expérience du patient, analyse des stratégies internationales COMPAQ-HPST. 2011.
33. Kalucy EC, Katterl R, Jackson Bowers E. Patient Experience of health care performance, 2009, disponible sur: <http://dspace2.flinders.edu.au/xmlui/handle/2328/26594>
34. Greenfield D, Hinchcliff R, Westbrook M, Jones D, Low L, Johnston B, et al. An empirical test of accreditation patient journey surveys: randomized trial. *Int J Qual Health Care.* 11 juill 2012;24(5):495-500.
35. HAS, Le patient traceur en établissement de santé, méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, version expérimentale, 2013.
36. INCa, Les cancers en France, édition 2013, disponible sur: <http://www.e-cancer.fr>

37. Castel P, Merle I. Quand les normes de pratiques deviennent une ressource pour les médecins. *Sociol Trav.* 2002;44(3):337-55.
38. INCa, Les recommandations et bon usage du médicament, disponible sur: <http://www.e-cancer.fr>
39. Document commun HAS/INCa, Guide du parcours de soins, tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hémato-poïétique: Cancers broncho-pulmonaires, 2013.
40. © Cancer du poumon, Bilan initial, collection Recommandations et référentiels, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne Billancourt juin 2011.
41. Document commun INCa/Ligue contre le cancer, Recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé, 2005.
42. ©Recommandations professionnelles, Cancer du poumon non à petites cellules, Collection Recommandations et référentiels, INCa, Boulogne-Billancourt, septembre 2011.
43. Circulaire N°DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en oncologie.
44. Morère J-F. Importance du Performance Status, influence de la douleur. *Douleurs.* oct 2004;5(5-C2):3-4.
45. HAS, Généralisation du recueil de l'indicateur Réunion de Concertation Pluridisciplinaire auprès des établissements de santé titulaires de l'autorisation pour l'activité de cancérologie, 2014.
46. INCa, Critères d'agrément pour la pratique de la chimiothérapie, disponible sur <http://www.e-cancer.fr>.
47. Plan cancer 2003-2007 : Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer, 2003.
48. Souquet P-J. Les centres de coordination en oncologie («3C»). *Rev Mal Respir Actual.* 2012;4(6):521-4.
49. INCa, Dossier Communicant de Cancérologie (DCC), octobre 2005.
50. Martelet Farce S, Blandin S, Berthonnaud E, Serrand C, Bontemps H. Développement des réunions de concertation pluridisciplinaire et respect des référentiels: un engagement du Plan cancer et du Contrat de bon usage du médicament. *Pharm Hosp Clin.* sept 2012;47(3):177-88.
51. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
52. Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
53. Décret n° 2007-388 du 21 mars 2007 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de traitement du cancer et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).
54. Circulaire DHOS/O/INCa n°2008-101 du 26 mars 2008 relative à la méthodologie de mesure des seuils de certaines activités de soins de traitement du cancer.
55. SYNPREFH, Sécurisation du circuit du médicament, fiche de pratique professionnelle, 2006.

56. DGOS, Qualité de la prise en charge médicamenteuse, outils pour les établissements de santé, 2012.
57. HAS, Outils de sécurisation et d'auto évaluation de l'administration des médicaments, 2011.
58. Les autorisations de traitement du cancer - INCa [Internet]. [cité 9 août 2014]. Disponible sur: <http://www.e-cancer.fr/soins/la-structuration-de-loffre-de-soins/traitements-du-cancer-les-etablissements-autorises/les-autorisations-de-traitement-du-cancer>
59. Décret n° 2006-1497 du 29 novembre 2006 fixant les règles particulières de la matériovigilance exercée sur certains dispositifs médicaux et modifiant le code de la santé publique (Dispositions réglementaires). 2006-1497 nov 29, 2006.
60. Guide Traçabilité des dispositifs médicaux. Europharmat, octobre 2007.
61. HAS. Indicateur Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie, Campagne 2011, Analyse descriptive des résultats égrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats, disponible sur: <http://www.has-sante.fr>.
62. Leveque N, Brouchet L, Lepage B, Hermant C, Bigay-Game L, Plat G, et al. Analyse des délais de prise en charge des cancers thoraciques : étude prospective. Rev Mal Respir [Internet]. oct 2013.
63. INCa, Référentiels de bon usage hors GHS, cancers bronchiques et mésothéliomes pleuraux malins, 2012.
64. Articles R 162-32 et R 162-32-1 du Code de Sécurité sociale.
65. Loi n° 2007-127 du 30 janvier 2007 ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique (Titre résultant de la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007).
66. Le dossier pharmaceutique : expérimentation de la consultation par les médecins hospitaliers - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - www.sante.gouv.fr [Internet]. [cité 19 août 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr>
67. Pérol D, Toutenu P, Lefranc A, Régnier V, Chvetzoff G, Saltel P, et al. L'éducation thérapeutique en cancérologie : vers une reconnaissance des compétences du patient. 2007;(94 (3)):267-74.
68. Allenet B. Pour que l'éducation thérapeutique du patient devienne pour le pharmacien une posture de travail. Ann Pharm Fr. janv 2012;70(1):53-7.
69. Décret n°2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.
70. Décret n°2010-906 du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient [Internet].

LISTE DES ABREVIATIONS :

3C	Centre de Coordination en Cancérologie
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
ANSM	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
ARS	Agence Régionale de Santé
BPP	Bonnes Pratiques de Préparation
CAS	Consultation d'Accompagnement Soignant
CBU	Contrat de Bon Usage
CCI	Chambre à Cathéter Implantable
CHD	Centre Hospitalier de Douai
CLAN	Commission de Liaison Alimentation-Nutrition
CLUD	Comité de Lutte Contre la Douleur
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CoMeDiMS	Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles
COPIL	Comité de Pilotage
CPP	Commission Parcours Patient
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CRU	Commission de Relation avec les Usagers
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Techniques
CTE	Comité Technique d'Etablissement
DIM	Département d'Information Médical
DIT	Direction de l'Informatique et des Télécommunications
DMI	Dispositif Médical Implantable
DPA	Dossier Patient
DPC	Développement Professionnel Continu
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnels
ETP	Education Thérapeutique du Patient
HAS	Haute Autorité de Santé
HDJ	Hospitalisation de Jour
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoire (loi)
INCa	Institut National du Cancer
IPAQSS	Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
PEP	Pratique Exigible Prioritaire
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PPS	Programme Personnalisé de soins
PTT	Protocole Thérapeutique Temporaire
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RMM	Revue de Morbi-Mortalité
RTU	Recommandation Temporaire d'Utilisation

ANNEXES :

Annexe 1 : Politique d'Amélioration Continue de la qualité et de la sécurité des soins au Centre Hospitalier de Douai

Les Grandes étapes de la Qualité du Centre Hospitalier de Douai

La réforme hospitalière de 1991, les ordonnances de 1996 et la loi du 13 août 2004, par les processus de certification et d'évaluations des pratiques qu'ils instaurent, soutiennent la démarche qualité de l'établissement, la structurent, et lui confèrent un dynamisme indéniable.

L'établissement s'est engagé depuis 1993 dans une démarche d'évaluation, de progression et d'adaptation de l'ensemble de ses activités.

Depuis sa mise en pratique en 1996 dans l'établissement, le management par projet s'est révélé être un outil de performance et de cohérence dans les divers axes de progrès développés.

Aussi, en 1994, les directeurs, les médecins, le personnel d'encadrement de l'établissement ont été formés à une méthode de MANAGEMENT PAR PROJETS. Elle donne un sens nouveau au management axé sur le patient et la qualité du service rendu.

Le guide de la démarche Projet, élaboré et mis à jour régulièrement par un groupe de travail pluridisciplinaire, perpétue la culture participative grâce à des méthodes et des outils communs de gestion de projets, adaptables à l'ensemble des secteurs d'activité.

L'appropriation de cette méthodologie garantit aux professionnels la réussite des projets auxquels ils participent ou qu'ils conduisent au sein de l'établissement, au bénéfice des patients.

La Direction de la Qualité a quant à elle été créée en 1997 afin de garantir et d'impulser au sein des services la culture qualité.

La charte qualité signée en 2008 réitère cet engagement de qualité au travers des objectifs définis et mis en place de façon opérationnelle dans le cadre des contrats de pôle instaurés par l'ordonnance du 2 mai 2005 (nouvelle gouvernance).

En effet, l'organisation de l'établissement en pôles d'activités nous confirme la nécessité de doter les responsables de pôles d'un outil permettant de conduire de manière optimale leur projet de pôle.

Aujourd'hui, le centre hospitalier de Douai peut se prévaloir de l'existence d'une réelle dynamique et d'une vraie culture de l'évaluation (*Restitution experts HAS janvier 2008*), mise au service des patients et de leur entourage. La gestion des Risques quant à elle, est bien intégrée dans la sécurité des soins et fait partie intégrante de la Politique Qualité et sécurité des Soins.

Conformément à la Loi HPST de juillet 2009 qui clarifie les compétences en matière de qualité, sécurité des soins et des relations avec les usagers, l'établissement a précisé les contours son organisation interne.

La politique qualité et sécurité des soins est pleinement intégrée dans le plan d'actions stratégiques d'établissement. Elle est également déclinée dans le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.

Contexte

Leader d'hospitalisation du secteur sanitaire du Douaisis dans le Nord de la France, tant par le nombre de patients accueillis que par la diversité des services offerts, le Centre Hospitalier de Douai s'engage à répondre aux besoins de 260 000 habitants.

Orientations de la politique qualité

1/ Le centre hospitalier de Douai souhaite orienter sa politique qualité vers la sécurité, le respect des droits et le bien-être du patient hospitalisé ainsi que la satisfaction des usagers.

2/ Il s'engage à améliorer l'efficacité au service du patient en optimisant les moyens et recherchant l'amélioration à coûts constants dans un souci d'innovation.

3/ Il met tout en place pour favoriser l'implication, les compétences et la mobilisation des professionnels

4/ Il s'engage à répondre aux orientations et directives des tutelles et aux exigences réglementaires propres à ses activités. Il répond à la politique de santé définie pour le secteur en veillant à la mise en application du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens défini avec l'Agence Régionale de Santé.

5/ Il poursuit le développement de sa démarche d'amélioration constante de la qualité et sécurité des soins en recherchant à optimiser le système de management de la qualité mis en place.

6/ Il s'engage dans toute démarche d'accréditation, individuelle, de service ou d'activité, réglementaire ou volontaire.

7/ Afin de mesurer régulièrement le niveau des prestations qu'il propose, le centre hospitalier de Douai s'implique fortement dans la procédure de certification conduite par la Haute Autorité de Santé et développe la recueil et le suivi des indicateurs.

Objectifs qualité communs à l'ensemble des activités

Pour l'ensemble des services de l'établissement, les objectifs communs reposent sur :

- Une attention particulière au respect des droits du patient avec un engagement fort de chaque professionnel,
- L'utilisation des moyens de signalement mis à disposition des professionnels en cas d'évènements indésirables,
- Le recours régulier à l'évaluation des pratiques afin de mesurer la qualité des services rendus et de pouvoir apporter les réajustements nécessaires,

- L'adoption des méthodes et outils institutionnels pour la conduite de projets qualité afin de garantir leur réussite,
- L'application « réfléchie » des documents qualité mis en place.

Afin de concourir à l'amélioration continue des services apportés par l'établissement à la population, l'établissement met en place, pour chacun de ses pôles d'activité et de ses services, des contrats de pôle et de service qui énoncent les engagements pris en matière d'amélioration de la qualité. Des indicateurs sont mis en place afin de mesurer l'application de ces contrats.

Objectifs spécifiques de la politique qualité

Dans le cadre de la démarche qualité instaurée, la politique adoptée vise à concentrer les efforts sur :

L'optimisation du parcours de soins du patient

- L'accueil du patient
- Les urgences et admissions non programmées
- la continuité des soins,
- les filières de soins
- Le fonctionnement intra-service et inter-services,
- La complémentarité avec les partenaires extérieurs.

La qualité et la sécurité des soins, et en particulier :

- Le circuit du médicament et des dispositifs médicaux stériles,
- Le risque infectieux,
- La prise en charge de la douleur,
- Les vigilances et les risques
- La nutrition
- L'éthique

Le dossier patient

Le dossier du patient assure la traçabilité de toutes les actions effectuées. Il est un élément primordial de la qualité et la sécurité des soins en permettant leur continuité.

Les Evaluations des Pratiques Professionnelles

Les évaluations des pratiques professionnelles s'inscrivent dans une logique de démarche d'amélioration continue de la qualité des pratiques professionnelles.

La labellisation des filières et l'accréditation des services

Le suivi des indicateurs

Les indicateurs répondent à l'exigence de transparence et au besoin d'information des usagers et de leurs représentants sur la qualité des soins délivrés.

Engagement de la Direction concernant les moyens à fournir

La direction de l'établissement s'engage à mettre à disposition les moyens nécessaires à la mise en œuvre de la politique qualité, au déploiement des objectifs qualité et à l'amélioration continue du système de management de la qualité.

Engagement de la Direction concernant sa politique

« Je demande à chaque membre du personnel du centre hospitalier de Douai de s'engager à mes côtés :

- en appliquant au quotidien les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) exprimées au travers du manuel de certification des établissements de santé et reprises dans les documents qualité qui régissent notre organisation.

Notamment en ce qui concerne

- 1° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
- 2° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
- 3° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
- 4° La prise en charge de la douleur
- 5° Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique
- 6° La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale ;
- 7° L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées ;
- 8° L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs ;
- 9° Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité ;
- 10° L'organisation des parcours de soins.

Le directeur,

Edmond Mackowiak



Annexe 2 : Logigramme « patient traceur » au CHD



Annexe 3 : Circuit du patient en HDJ

Circuit du patient en hôpital de jour				
	N°	Etapes	Professionnels concernés	Outils utilisés pour la traçabilité
La veille de l'HDJ	1	Réalisation du bilan biologique pré-traitement (ville)	Biologiste de ville	/
	2	Récupération par fax du bilan biologique avec communication au médecin référent	IDE	Dossier patient
	3	Décision de validation ou de report de la cure	Onco-pneumologue	Logiciel ZENIDOC®
	4	Appel du patient la veille pour confirmation de l'HDJ	IDE coordinatrice	ZENIDOC®
	5	Préparation du dossier, du plateau de soins et des poches d'hydratation	IDE	/
	6	Préparation de la chambre	IDE + AS	/
A v a n	7	Prise de connaissance des dossiers des patients	IDE de secteur	/
	8	Validation de la programmation avec la pharmacie à 8h30	IDE coordinatrice	/
Accueil	9	Entrée en HDJ, admission dans le service à 7h30 en cas de perfusion longue à 8h00 ou 8h30 en cas de perfusion courte	IDE coordinatrice	Logiciel PASTEL® : numéro de l'UF médicale et heure d'arrivée du patient
	10	Accueil et vérification de l'identité	IDE de secteur	Module « plan de soins », logiciel CRISTALNET®
Prise en charge dans le service	11	Examens biologique et/ou radiologiques complémentaires Examen et entretien paramédical avec :	Radiologue-Biologiste	Logiciel XPLORE®
	12	Evaluation de la douleur Evaluation des effets indésirables (à partir de la cure 2) Pises des constantes	IDE de secteur	Dossier patient papier : Macrocible d'entrée Module plan de soins, CRISTALNET®
	13	Evaluation du besoin de pose de CCI	IDE de secteur	Dossier patient papier : Macrocible d'entrée
	14	Appel du médecin responsable	Onco-pneumologue	Module « plan de soins », CRISTALNET®
	15	Pose de la perfusion sur voie périphérique ou chambre implantable	IDE de secteur	Module « plan de soins », CRISTALNET®
	16	Concertation médecin / IDE	IDE de secteur	/
	17	Examen médical avec proposition des soins de support adaptés	Onco-pneumologue	Dossier patient papier : suivi médical Module DMC, CRISTALNET®
	18	Prescription du protocole et feu vert avec actualisation des paramètres (avant 10h30)	Onco-pneumologue	Module prescription, CRISTALNET®
	19	Organisation de la pose de CCI si besoin	Cadres HDJ/bloc	Module IPOP, CRISTALNET®
Validation pharmaceutique Préparation Transport	20	Validation pharmaceutique	Pharmacien	Module préparation, CRISTALNET®
	21	Rédaction de la fiche de fabrication	PPH	Fiche de fabrication
	22	Validation de la fiche de fabrication	Pharmacien - Interne	Fiche de fabrication
	23	Préparation sous isolateur	PPH	Fiche de fabrication
	24	Préparation du container de livraison	PPH	Fiche de traçabilité de la livraison
	25	Contrôle final de la préparation et libération	Pharmacien - Interne	Fiche de fabrication
	26	Appel du coursier	Pharmacien - Interne	/
	27	Livraison dans le service avec vérification de la poche selon la prescription, émargement de la feuille et stockage si besoin par l'IDE	OPPH / IDE	Fiche de traçabilité de la livraison
Prise en charge dans le service	28	Pré-médication et hydratation	IDE de secteur	Module plan de soins, CRISTALNET®
	29	Consultation d'Accompagnement Soignant (CAS) avec remise du livret d'accueil et présentation des soins de support	IDE de secteur	Dossier patient papier, suivi paramédical, fiche de liaison
	30	Administration des cytotoxiques et surveillance	IDE de secteur	Module plan de soins de CRISTALNET®
	31	Intervention des soins de support si besoin	Equipe soins de support	Dossier patient papier, transmissions ciblées
Sortie	32	Examen médical - Remise des prescriptions (thérapeutiques et biologiques) + courrier post cure	Onco-pneumologue	Dossier patient papier : suivi médical
	33	Contact de la pharmacie de ville pour informer des médicaments de sortie	IDE de secteur	Dossier patient papier, transmissions ciblées
	34	Sortie de l'HDJ	IDE de secteur	Dossier patient papier : Macrocible de sortie Validation de la sortie sur PASTEL®
Après la sortie	35	Réfection de la chambre avec bio-nettoyage	Aide Soignant - Agent de bio-nettoyage	/
	36	Programmation de la cure suivante +/- pose de CCI	Secrétaire HDJ	Programmation de la cure +/- pose de CCI sur ZENIDOC®
	37	Pré-admission du patient	Agent Médico Administratif	PASTEL®

Annexe 4 : GRILLE réunion pluriprofessionnelle

Admission et accueil du patient et de son entourage						
Sous-étapes	Éléments objectifs		oui	non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
Admission programmée	La pré-admission de ce patient a été organisée.	E/P				
	Sa prise en charge est pré-organisée : planification des examens et des consultations.	E				
	Le bilan sanguin a été contrôlé par l'IDE avec appel du médecin si bilan perturbé	E				
	L'HDJ a été confirmée au patient	E/P				
	La chambre et le matériel ont été préparés (hydratation)	E/P				
	L'IDE a pris connaissance du dossier médical	E				
Admission	Le dossier permet de retrouver les modalités d'entrée : provenance du patient (domicile, institution, transfert d'un autre établissement), date, heure d'entrée, mode d'admission (programmé, non programmé).	E				
	Son admission a été réalisée par une personne désignée.	E				
	Une vérification de l'identité du patient a été réalisée (pièce d'identité).	E/P				
	La confidentialité de l'entretien avec le patient à l'admission a été respectée.	E/P				
	Son délai d'attente est compatible avec sa prise en charge. <i>(La durée d'attente est évaluée par le délai de prise de poids)</i>	E/P				
Admission par les urgences	Son délai d'attente est adapté/compatible avec sa prise en charge.	E/P				
Accueil patient	Son accueil a été réalisé par une personne désignée.	E				
	Le bracelet d'identité a été proposé	E/P				
	Une vérification de l'identité du patient a été réalisée en lien avec les documents administratifs (exemple : étiquettes, etc.).	E/P				
	Ses conditions d'accueil (lieu et durée d'attente) ont été satisfaisantes. <i>(La durée d'attente est évaluée par le délai de prise de poids)</i>	E/P				
	Si le patient appartient à une population spécifique, ses conditions d'accueil sont adaptées.	E				
	Le livret d'accueil a été remis au patient avec, lorsque présent, le livret spécifique du service.	E/P				
	Le patient a reçu une information concernant les conditions de sa prise en charge, le déroulement de l'HDJ	E/P				
Accueil entourage	Les conditions d'accès de son entourage sont adaptées : horaires de visite, possibilités d'hébergement, possibilité d'accès permanent des parents auprès de l'enfant (hormis prescription particulière dans l'intérêt de l'enfant), possibilité de présence en continu des accompagnants des personnes handicapées, adaptation à la situation du patient (contrainte), etc.	E/P				
	En cas de situation grave, un accueil spécifique (espace d'information, d'écoute, et de soutien pour l'entourage) a été organisé.	E/P				

Évaluation initiale médicale					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
Les éléments suivants sont retrouvés dans le dossier médical :					
1) les coordonnées du médecin désigné par le patient (il s'agit du médecin référent) ;	E				
2) les coordonnées du médecin qui a adressé le patient, si différent du médecin référent ;	E				
3) les coordonnées du médecin responsable du patient au cours de sa prise en charge hospitalière ;	E				
4) le document médical à l'origine de la prise en charge : lettre du médecin qui a adressé le patient, lettre de mutation interservices, fiche des urgences, lettre de consultation hospitalière ;	E				
5) le bilan fait en amont de l'HDJ comprend, si applicable :					
- Radiographie du thorax	E				
- Scanner thoracique	E				
- Anatomopathologie	E				
- Bilan d'extension	E				
- Compte rendu de la consultation d'annonce du diagnostic	E				
- Compte rendu de la consultation d'annonce du projet thérapeutique	E				
- CR autres consultations	E				
- Fiche RCP (avec discussion B/R)	E				
- PPS	E				
6) les ordonnances du patient (<i>On considérera qu'il s'agit du traitement chronique du patient</i>)	E				
7) le pharmacien d'officine ;	E				
8) le motif d'hospitalisation, les antécédents et les facteurs de risques du patient : médicaux, chirurgicaux, allergiques, et notamment relevé des allergies médicamenteuses ;	E				
9) le repérage des troubles suicidaires ;	E				
10) le repérage des troubles nutritionnels : poids, taille, IMC					
11) les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;	E				
12) la dimension somatique en santé mentale.	E				
Le projet personnalisé de soins prend en compte la réflexion bénéfique/risque.	E				
Le projet personnalisé de soins est remis au patient par le médecin.	E/P				
Les prescriptions d'examen complémentaires ou demandes d'avis complémentaires sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées et conformes aux bonnes pratiques.	E				
Si endoscopie, le risque infectieux est tracé et la traçabilité du traitement de l'endoscope est effective.	E				
Les délais d'obtention de RDV et délais de retour des résultats d'examen (biologie - imagerie) sont compatibles avec la prise en charge du patient.	E				

Le traitement personnel du patient à l'admission est pris en compte.	E/P			
Les prescriptions ou les modifications de prescription sont effectuées après examen clinique du patient	E			
Si les prescriptions sont manuscrites, elles sont lisibles et sans abréviations (IPAQSS)	E			
Sur les prescriptions de chimiothérapie, concernant le patient :				
1) le nom, prénom, qualité	E			
2) le sexe	E			
3) l'âge ou la DDN	E			
4) Le poids, réactualisé si besoin	E			
5) La taille, réactualisée si besoin	E			
Pour les chimiothérapies :				
6) la surface corporelle, réactualisée si besoin	E			
7) La clairance, réactualisée si besoin (carboplatine)	E			
Sur les prescriptions de chimiothérapie, concernant le prescripteur :				
1) le nom et le prénom	E			
2) La signature	E			
3) Pour les chimiothérapies, le feu vert est donné	E			
Sur les prescriptions de chimiothérapie, concernant les médicaments :				
1) nom (spécialités ou DCI)	E			
2) posologie	E			
3) voie	E			
4) rythme d'administration	E			
5) Si perfusion, modalités de dilution	E			
6) Si perfusion, vitesse et durée de l'administration	E			
7) Indication si produit hors GHS	E			
Sur les prescriptions de chimiothérapie, concernant la cure :				
1) Le nom du protocole	E			
2) L'ordre chronologique d'administration des produits	E			
3) Le temps de passage de chacun des produits	E			
4) La date du premier jour de la cure	E			
5) La durée de la cure	E			
6) Les produits adjuvants éventuels	E			
Sur les prescriptions de chimiothérapie, on trouve :				
1) UF de prise en charge	E			
2) Date et pour les chimiothérapies : l'heure (permet d'estimer le délai de l'évaluation initiale)	E			
Les ordonnances pour les médicaments à risques et les médicaments à dispensation contrôlée sont préétablies	E			
La prescription est soumise à l'analyse pharmaceutique avec signature manuscrite ou informatique du pharmacien.	E			
L'heure de validation pharmaceutique est tracée, en particulier pour les chimiothérapies	E			
Les intervention pharmaceutiques à la suite de l'identification d'une anomalie dans la prescription sont tracées dans le dossier.	E			
En cas de restriction de liberté, la décision de mise en œuvre des mesures de limitation de liberté est motivée (réflexion bénéfice-risque), réévaluée et tracée dans le dossier du patient (prescription médicale), et l'information du patient (et/ou entourage) et la recherche de son consentement sont tracées.	E			
Les prescriptions de surveillance sont tracées.	E			
Les besoins en termes d'actions éducatives sont évalués.	E/P			
Si un besoin d'actions éducatives a été identifié :				
- soit le patient participe à un programme d'ETP autorisé avec mise en place d'un projet d'ETP personnalisé	E			
- soit le patient est la cible d'activités d'éducation ciblée, en l'absence de suivi éducatif structuré (apprentissage d'un geste / d'une technique de soin / d'une autosurveillance de symptômes)				
Si pas de programme dans l'établissement mais dans l'environnement, une organisation est mise en oeuvre pour permettre au patient d'entrer dans ce programme.	E			
Le patient et son entourage sont impliqués dans la construction du projet de soins personnalisé.	E/P			
Le projet de soins personnalisé est élaboré avec l'ensemble des professionnels concernés.	E			
L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	E/P			

Evaluation RCP					
Questions		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
La fiche RCP répond aux exigences minimales de la fiche RCP INCA :					
1) Date	E				
2) Spécialité médicale	E				
3) Motif de la présentation en RCP	E				
4) Rechute ou non	E				
5) Circonstances de découverte	E				
6) Capacité de vie OMS	E				
7) Siège de la tumeur primaire	E				
8) Classification TNM	E				
9) Descriptif anatomopathologique	E				
10) Date du prélèvement	E				
11) Sur la fiche apparait si le dossier a été discuté	E				
12) Sur la fiche apparait la nature et le type de la proposition avec le nom du protocole	E				
La fiche RCP contient en plus					
1) Identité du patient (nom, prénom, DDN)	E				
2) Identité du médecin référent	E				
3) Identité du responsable de la RCP	E				
4) Si traitement débuté ou non au jour de la RCP	E				

5) S'il s'agit d'une discussion ou d'un simple enregistrement	E				
6) Les noms et qualifications des participants	E				
- Le quorum minimal de 3 médecins adaptés à la RCP est atteint (oncologue / chirurgien / radiothérapeute)	E				
7) Les référentiels sur lesquels la RCP a fondé son avis.	E				
Les soins de support et soins palliatifs ont été discutés en RCP avec le cas échéant les spécialistes adaptés à ces situations (soins palliatifs, douleur, nutrition, professionnels paramédicaux)	E				
Si le protocole contient des médicaments hors GHS, le RBU a été respecté.	E				
Le protocole validé en RCP a été suivi	E				
Sinon les raisons figurent dans le dossier	E				
Dans ce cas, l'information au patient est tracée	E				

Évaluation initiale paramédicale					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
Sont tracés dans le dossier infirmier, dans une fiche de recueil des données ou une macro-cible :	E/P				
1) les éléments de connaissance du patient (exemples : son mode de vie, ses besoins et ses attentes) ;	E/P				
2) l'identité de la personne de confiance (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec le patient) ;	E/P				
3) l'identité de la personne à prévenir (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec le patient) ;	E/P				
4) ses souhaits (exemple : chambre individuelle) ;	E/P				
5) son traitement personnel, si applicable ;	E/P				
6) la traçabilité du retrait de ses médicaments personnels à l'admission, sauf avis du médecin et/ou du pharmacien ;	E				
7) si applicable, le repérage de ses troubles éventuels de la déglutition et son profil gériatrique justifiant une aide à l'administration, les informations nécessaires à la prise en charge des personnes handicapées (mode de communication, d'alimentation, troubles neuromoteurs, etc.) ;	E				
8) si applicable, une fiche de liaison pour les personnes handicapées provenant de structure médico-sociale ;	E				
9) ses constantes à l'arrivée :					
- TA	E/P				
- Pulsations	E				
- Saturation	E				
- Température	E/P				
- Poids	E/P				
- Taille	E/P				
10) l'évaluation de sa douleur ;	E/P				
11) les besoins d'éducation thérapeutique sur sa prise en charge de la douleur ;	E				
12) la planification du projet de soins.	E				
13) La (les) consultation(s) d'accompagnement soignant	E				
Une consultation d'accompagnement soignant a été proposée après chaque consultation médicale clé (annonce du diagnostic, annonce du traitement)	E/P				
Sinon, une CAS a été faite lors de la première cure de chimiothérapie	E/P				

Préparation et transport					
Questions		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
La cure du patient est prévue en pharmacie suivant le planning transmis par l'HDJ	E				
On trouve sur la fiche de fabrication :					
1) le numéro d'ordonnancier	E				
2) Identité du patient	E				
3) Date de naissance du patient	E				
4) N° de la cure et J	E				
5) Nom du protocole	E				
6) la date de préparation	E				
7) la date d'administration	E				
8) le nom du produit	E				
9) le dosage	E				
10) le numéro de lot des flacons utilisés	E				
11) le type de solvant de reconstitution et le volume*	E				
12) le volume de médicament à prélever après reconstitution*	E				
13) le type de solvant de dilution et le volume*	E				
14) la date et l'heure de péremption	E				
15) Les modalités de conservation	E				
16) la traçabilité par l'aide manipulateur des éléments marqués par *	E				
17) La signature du pharmacien (ou de l'interne)	E				
17) L'heure de signature par le pharmacien	E				
18) L'heure de préparation	E				
19) Les signatures du manipulateur et de l'aide	E				
Concernant la libération, sur la fiche de fabrication on trouve :					
1) La signature de l'interne / du pharmacien	E				
2) L'heure de libération	E				
Concernant la prescription :					
1) Elle est imprimée par le préparateur après validation	E				
2) Les numéros des préparations y sont reportés	E				

Concernant le document de livraison :					
1) Il a été complété par l'aide manipulateur	E				
2) Il est signé par une IDE afin d'assurer la traçabilité	E				
3) L'horaire de réception est indiqué par l'IDE	E				

Suivi autres intervenants					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
Les autres éléments du dossier sont tracés. Ils concernent :	E				
1) la fiche inventaire ;					
2) les soins réalisés par les aides-soignantes : toilettes, environnement, prise des repas, etc.	E				
L'intervention des autres intervenants est tracée :					
1) kinésithérapeute	E				
2) diététicienne	E				
3) assistance sociale	E				
4) ergothérapeute	E				
5) psychologue	E				
6) EMDSP	E				
7) tabacologue	E				
8) socio-esthéticienne	E				
Le délai d'intervention des autres intervenants est adapté à la prise en charge du patient	E				

Suivi médical sous traitement					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
Les informations médicales relatives à l'évolution de sa prise en charge durant son hospitalisation sont actualisées : les correspondances échangées entre les professionnels de santé, les nouvelle(s) prescription(s), les résultats des examens et des consultations sont retrouvés dans le dossier.	E				
Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage et la traçabilité du suivi régulier du projet personnalisé de soins réalisée.	E				
Les décisions sont prises au cours de réunions multiprofessionnelles et/ou multidisciplinaires et sont tracées.	E				
Le consentement du patient en cas d'examen complémentaire biologique le nécessitant est tracé.	E/P				
L'efficacité du traitement est évaluée avec modification du PPS si besoin	E				
D'éventuels effets secondaires sont recherchés	E				
Les modifications éventuelles des prescriptions sont réalisées de manière conforme aux bonnes pratiques (datées, signées, lisibles), après examen clinique du patient	E				
L'évaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures est tracée.	E				
L'information donnée au patient et à ses proches est tracée.					
- sur son état de santé	E/P				
- sur ses examens	E/P				
- sur son traitement	E/P				
L'information du patient sur les modifications apportées à son traitement est réalisée et tracée.	E/P				
La traçabilité de la vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription est effective.	E				
La prescription de la contention est réévaluée toutes les 24 heures et une surveillance de la contention est programmée.	E				
Si un risque suicidaire est identifié pour ce patient, la coordination de la prise en charge est tracée.	E				
Si applicable, la prescription pour la prise en charge de la douleur (ou le suivi du protocole antalgique) est effective.	E				
Si applicable, l'éducation du patient à la prise de son traitement médicamenteux (type de médicament, utilité et intérêt, administration et surveillance) est tracée.	E				
Les réunions de synthèse (staff, RCP) et les interventions d'autres intervenants sont tracées.	E				
Si le patient est en santé mentale, on retrouve dans son dossier une évaluation régulière de son état somatique tout au long de l'hospitalisation.	E				

Administration du traitement et suivi paramédical					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
Le support de traçabilité de l'administration est adapté. Le support est identique à celui de la prescription	E				
La prise médicamenteuse est enregistrée en temps réel avec :					
1) L'identification de l'administrateur	E				
2) La date,	E				
3) La dénomination du médicament	E				
4) La voie d'administration	E				
5) La posologie	E				
6) Heure de première administration pour chimio	E				
7) Heure de dernière administration (permet d'évaluer l'heure de sortie) pour chimio	E				
L'aide à l'administration est tracée (si applicable).	E				
En cas de non-administration, le motif et l'information du médecin sont tracés. (et du pharmacien dans le cas d'une chimiothérapie)	E				
Pour toute prescription, la vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription est tracée.	E/P				

Les informations paramédicales, relatives à l'évolution et à la prise en charge en cours d'hospitalisation (transmissions entre les équipes ; nuit/jour), sont actualisées.	E				
L'information donnée au patient et à ses proches est tracée.	E				
Les actions d'éducation thérapeutique ciblées sont tracées.	E				
Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en œuvre auprès du patient et de son entourage.	E/P				
L'éducation du patient à la prise de son traitement est tracée.	E				
L'évaluation et la réévaluation de la douleur sont réalisées et tracées.	E/P				
L'évaluation de la douleur lors des ponctions à travers La CCI est réalisée	E/P				
Une grille d'évaluation de la douleur spécifique est utilisée si besoin.	E				
Le besoin d'une éducation thérapeutique à la douleur est recherché et tracé.	E				
La mise en place de l'éducation thérapeutique à la PEC de la douleur, si ce besoin est identifié, est tracée.	E				

Bloc opératoire					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
Les éléments suivants sont tracés dans le dossier médical (DM), le dossier infirmier (DI) et le dossier chirurgical :					
1) les informations médicales issues de la consultation externe ou lors du passage aux urgences (identification fiche de liaison, fiche de suivi, etc.), les risques spécifiques à ce patient	E				
2) la fiche de liaison secteur/BO : modalités de préparation du patient dans le service (respect du jeune, hygiène, préparations spécifiques) et délivrance du traitement <i>per os</i> (prémédication)	E				
3) le consentement éclairé	E				
4) l'information sur le bénéfice/risque chirurgical et anesthésique	E				
5) le dossier d'anesthésie complet : consultation, visite pré-anesthésique (prémédication), suivi (antibioprophylaxie <i>per opératoire</i>), phase postopératoire avec des prescriptions médicamenteuses conformes	E				
6) la surveillance en salle de réveil, les événements indésirables (si applicable), les conditions de sortie de salle de réveil	E				
7) les évaluations régulières de la douleur et les traitements antalgiques ;	E				
9) le compte-rendu opératoire et le CR d'anesthésie	E				
10) les DMI implantés et les actes ;	E				
11) L'ordonnance DMI pour traçabilité, avec :					
- L'identité du patient (nom, prénom, DDN)	E				
- La date de pose	E				
- La traçabilité du ou des DMI (identification, lot et référence)	E				
- Le nom du praticien implantateur	E				
- La signature du praticien implantateur	E				
- Si DMI hors GHS, l'indication T2A	E				
12) la <i>check-list</i> sécurité patient ;	E				
13) la fiche de liaison postopératoire ;	E				
14) les résultats des examens biologiques, radiologiques ou anapath (extemporanés).	E				
Vérifier avec les professionnels :	E				
- les modalités d'organisation entre le bloc et les secteurs cliniques : avant et après l'intervention. L'intervention a-t-elle été programmée ?	E				
- le suivi de l'information des familles pendant la phase opératoire ;	E				
- l'existence de réunions communes entre secteurs cliniques et bloc opératoire ;	E				
- l'analyse et le traitement des EI entre le secteur et le bloc (RMM communes).	E				

Transfusion					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
L'information pré-transfusionnelle donnée au patient est tracée. Le consentement est tracé.	E				
Les examens sérologiques pré-transfusionnels ont été réalisés.	E				
On retrouve la prescription dans le dossier transfusionnel.	E				
La réalisation du contrôle ultime est tracée.	E				
Le suivi post-transfusionnel est tracé.	E				

Populations spécifiques					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
Suivant la population à laquelle appartient le patient, une réflexion et un projet spécifique connus des professionnels sont mis en œuvre.	E				
Une formation/sensibilisation des professionnels a été réalisée en direction des professionnels en lien avec la population à laquelle appartient ce patient.	E				
Concernant ce patient : exemples d'actions menées en direction de la population à laquelle appartient ce patient.	E				

Sortie du patient					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
La sortie ou le transfert sont planifiés et organisés dès l'admission.	E/P				
Le projet de sortie associe le patient et son entourage, et tient compte du point de vue du patient et/ou de son entourage.	E/P				
Pour permettre la prise en charge après la sortie, les coordonnées de professionnels d'aval sont remises au patient.	E/P				
En cas de maladie chronique, de cancer, d'une appartenance à une population vulnérable, et lorsque le suivi est complexe, l'organisation de la sortie (ou du transfert) est réalisée en lien	E/P				

avec le médecin traitant, le pharmacien d'officine, l'assistante sociale et les autres professionnels d'aval (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.)					
L'organisation de la sortie tient compte de la prise en charge à domicile	E/P				
Si applicable, l'évaluation régulière du patient somatique, psychique et thymique, cognitive, sociale, des handicaps et de la dépendance est réalisée. Si besoin, consultation assistante sociale.	E				
Le médecin traitant est informé pendant l'hospitalisation de la sortie du patient.	E				
Le médecin traitant est informé sur le plan de soins prévus pour la poursuite du traitement en ambulatoire.	E				
Le CRH pour le médecin généraliste est adressé au plus tard dans les huit jours.	E				
Le médecin traitant est informé ou est destinataire des éléments suivants :	E				
1) Information du passage en RCP et bilan de celle-ci	E				
2) PPS	E				
3) CR des RDV et consultations	E				
4) CR et résultats des examens	E				
Le délai d'information ou d'envoi au médecin traitant de ces éléments est compatible avec la prise en charge du patient	E				
La demande de prise en charge en ALD s'est faite dans les plus brefs délais	E				
La disponibilité des traitements nécessaires au retour à domicile a été anticipée et vue avec le pharmacien d'officine	E				
La disponibilité des dispositifs médicaux nécessaires au retour à domicile a été anticipée et vue avec le pharmacien d'officine	E				
L'information donnée au patient et/ou son entourage sur les éléments à surveiller de retour à domicile et la surveillance (consultation de suivi, soins paramédicaux) est tracée.	E				
Le jour de la sortie, une synthèse du séjour, destiné aux professionnels est disponible, dans le but d'assurer la continuité de la prise en charge avec : indications thérapeutiques, régime, contre-indications de style de vie, ordonnance de sortie, consignes pour le patient sur la surveillance.	E				
Ce document est lisible par le patient et lui est remis.	E/P				
Les consignes données au patient sont tracées (information du patient sur son traitement de sortie, consultation de suivi, soins paramédicaux, régime, etc.)	E/P				
Les ordonnances sont remises au patient (biologiques, thérapeutiques, soins paramédicaux)	E/P				
Les prescriptions sont conformes, datées, signées et lisibles	E				
Les prescriptions prennent en compte le traitement personnel du patient.	E				
En cas d'hospitalisations itératives (maladie chronique, cancer, etc.), les CR d'hospitalisation sont présents dans le dossier.	E				
Le patient est stable au moment de sa sortie et son plan de soins permet son retour à domicile ou son transfert.	E				
Un questionnaire de sortie est remis au patient.	E/P				
La macro cible de sortie est réalisée	E				
La sortie du patient est validée administrativement avec l'heure de sortie	E				

Droits du patient					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
Les besoins et attentes du patient et de son entourage ont été recherchés et pris en compte ; l'expression du patient et de ses proches a été favorisée.	E/P				
Des actions spécifiques pour ce patient visant la promotion de la bientraitance (respect de ses convictions religieuses, prise en compte du handicap, groupe de parole et de soutien, etc.) sont mises en place.	E/P				
Les conditions de réalisation des soins respectent la dignité et l'intimité du patient (rideaux, paravents, etc.).	E/P				
Les conditions d'hébergement respectent la dignité et l'intimité du patient.	E/P				
La confidentialité des informations relatives au patient (échange d'informations concernant le patient, etc.) est assurée.	E/P				
Si hospitalisation sans consentement, la recherche de l'adhésion du patient tout au long de son hospitalisation est tracée.	E				

Fin de vie					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
Le patient est informé de ses droits et de sa maladie.	E/P				
Les volontés du patient ont été tracées (le cas échéant, conservation des directives anticipées).	E/P				
Des réunions de discussion pour ce patient sont mises en œuvre. Elles permettent la réflexion sur le bien-fondé de certains traitements au regard du bénéfice pour le patient.	E				
Le projet pour le patient et ses proches est défini et tracé dans le dossier.	E				
L'accès aux associations et bénévoles a été facilité.	E/P				
Une aide aux soignants du patient est proposée.	E				

Continuité et coordination des soins					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
L'information présente dans le dossier du patient permet la continuité des soins (coordination de la PEC et relais entre équipes).	E				
La réflexion multidisciplinaire autour de la prise en charge du patient est tracée dans son dossier.	E				
En cas de transfert d'un service à un autre, en cas d'admission directe ou de transfert d'un	E				

autre établissement : toutes les données permettant la continuité des soins sont retrouvées dans le dossier du patient.					
Il existe un ou plusieurs professionnels référents pour ce patient.	E				
Toutes les ressources/compétences sont disponibles 24h/24.	E				
Les professionnels ont pu avoir accès à des avis compétents dans l'établissement ou à l'extérieur si nécessaire.	E				

Urgence vitale					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
Dans le cas où le patient aurait été concerné par une urgence vitale :	E				
-le matériel était disponible et opérationnel ;	E				
-les N° appels sont disponibles dans tous les secteurs.	E				
Les professionnels ont été formés à la prise en charge des urgences vitales.	E				

Gestion des données du patient					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
Le patient et l'épisode de soins sont identifiés complètement pour chaque composante du dossier.	E				
Tous les éléments écrits comportent l'identification du rédacteur, la date et l'heure de rédaction, lisibles et indélébiles.	E				
Le classement du dossier, le rangement et l'ergonomie du dossier sont satisfaisants.	E				
Les dossiers sont facilement accessibles à tous les acteurs de soins pendant le séjour.	E				
Les données issues des hospitalisations antérieures ou des consultations sont aisément accessibles.	E				
La communication du dossier entre professionnels se fait en temps utile.	E				
L'accès à l'information est aisé, notamment en cas de double support informatique et papier.	E				
Le patient a été informé sur ses droits d'accès à son dossier.	E/P				

Gestion des événements indésirables, environnement, EPP					
Éléments objectifs		Oui	Non	NA	Axes d'amélioration Commentaires
Si un EI a concerné ce patient :					
1) Cet événement a été signalé.	E				
2) Une analyse de cet événement a été réalisée.	E				
3) Une action d'amélioration a été mise en place.	E				
4) Le patient a été informé en cas de dommage sur le patient et l'information donnée au patient et/ou à ses proches a été tracée.	E/P				
L'information donnée au patient et à l'entourage en cas d'isolement (risque infectieux) est réalisée et tracée.	E/P				
Les procédures et protocoles sont appliquées.	E				
Les professionnels sont impliqués dans des démarches d'EPP.	E				

Annexe 5 : GRILLE patient

GRILLE PATIENT						
Etapes	Questions		Oui	Non	NA	Comme naires
Avant l'admission	Votre hospitalisation a-t-elle été pré-organisée ?	E/P				
	Vous a-t-on confirmé votre HDJ ?	E/P				
Admission	A votre arrivée, avez-vous trouvé votre chambre préparée, le matériel nécessaire aux premières perfusions (hydratation) était-il déjà présent ?	E/P				
	A votre arrivée, a-t-on vérifié votre identité ?	E/P				
	A votre arrivée, l'entretien que vous avez eu avec l'IDE était-il selon vous suffisamment confidentiel ?	E/P				
	A votre arrivée, le délai avant votre prise en charge était-il convenable ?	E/P				
Accueil du patient et de son entourage	Après votre installation dans votre chambre le délai avant votre prise en charge était-il convenable ?	E/P				
	Les conditions d'accueil étaient-elles satisfaisantes ?	E/P				
	Vous a-t-on remis le livret d'accueil et le livret spécifique du service ?	E/P				
	L'infirmière vous a-t-elle informé sur le déroulement de votre journée , les conditions de votre prise en charge ?	E/P				
	L'IDE a-t-elle vérifié votre identité dans la chambre ?	E/P				
	Vous a-t-on proposer le bracelet d'identification ?	E/P				
	Votre traitement personnel vous a-t-il été retiré ?	E/P				
	Vos proches ont-ils suffisamment accès à vous ?	E/P				
Évaluation initiale médicale	Votre projet personnalisé de soins vous a-t-il été remis par un médecin ?	E/P				
	Le médecin a-t-il pris en compte (vérifié + poursuivi) votre traitement personnel à votre arrivée ?	E/P				
	Vous a-t-on proposé des séances d'éducation thérapeutique ? Avez-vous eu des moments d'échange pour mieux comprendre la maladie et les traitements ? <i>Certaines informations ont-elles étaient approfondies (comme par ex, concernant la gestion de la douleur, les effets indésirables des traitements, le comportement à adopter au retour à domicile et dans le service, la connaissance des traitements (type, utilité, mode d'administration))</i>	E/P				
	Dans l'élaboration de votre projet de soins, a-t-on pris en compte vos attentes et besoins ? (implication du patient) <i>Avez-vous pu participer aux décisions qui ont été prises concernant votre prise en charge ?</i>	E/P				
	Le délai avant votre évaluation par le médecin était-il convenable ?	E/P				
	Évaluation initiale paramédical	Une infirmière a recherché: 1) les informations qui vous caractérisent (ex. mode de vie, besoins, attentes)	E/P			
2) l'identité de la personne de confiance (nom, adresse, numéro de téléphone, lien)		E/P				
3) l'identité de la personne à prévenir (nom, adresse, numéro de téléphone, lien)		E/P				
4) vos souhaits (exemple : chambre individuelle)		E/P				
5) votre traitement personnel		E/P				
L'infirmière a recherché vos constantes :		E/P				
- Pression artérielle		E/P				
- Température		E/P				
- Poids		E/P				
- Taille		E/P				
Votre douleur a-t-elle été évaluée ?		E/P				
Avez-vous pu bénéficier d'une (ou plusieurs) consultation d'accompagnement soignant quand vous en aviez besoin ? (par ex, après l'annonce de la maladie ou l'annonce du traitement)		E/P				
Avez-vous eu une CAS lors de votre 1ère cure de chimiothérapie ?		E/P				
Suivi médical sous traitement	A-t-on recherché votre consentement si des examens biologiques complémentaires ont été réalisés ?	E/P				
	Le médecin vous a-t-il donné toute l'information dont vous aviez besoin concernant :	E/P				
	Votre maladie ?	E/P				
	Vos examens ?	E/P				
	Vos traitements (schéma thérapeutique, bénéfices et risques des traitements, effets indésirables, mode d'administration, type de médicament) ?	E/P				
	Si des modifications ont été apportées à votre traitement, avez-vous été informé ?	E/P				
	Pensez vous que les professionnels de santé qui s'occupent de vous sont	P				

	correctement coordonnés ?					
Administration du traitement et suivi paramédical	Votre identité a-t-elle été vérifiée avant chaque administration	E/P				
	Vous a-t-on donné un information approfondie dans le domaine nutritionnel ?	E/P				
	Votre douleur a-t-elle été ré-évaluée ? (Toujours prise en charge jour et nuit)	E/P				
	L'infirmière a-t-elle recherché si vous aviez mal lors des ponctions, administration à travers la CCI ?	E/P				
Bloc opératoire Pose de CCI	Avant votre pose de CCI, avez vous eu une information précise (notamment le bénéfice / risque) et a-t-on recherché votre consentement ?	P				
	Les conditions de préparation avant l'opération vous ont satisfait (identification, intimité) ?	P				
	Les conditions de brancardage (intimité, sécurité, confidentialité) vous ont satisfaites ?	P				
	Le délai de prise en charge au bloc vous a-t-il satisfait ? (conditions d'accueil au bloc)	P				
	A-t-on recherché votre identité au bloc ?	P				
	Pensez-vous que la surveillance était optimale au bloc ?	P				
	- les conditions de prise en charge en salle de réveil (intimité, confidentialité, douleur, confort).	P				
Sortie du patient	Votre sortie a-t-elle été organisée dès l'admission (avec ambulancier, accompagnant) ?	E/P				
	La sortie prend en compte votre point de vue ?	E/P				
	Vous a-t-on donné les coordonnées d'un professionnel pour poursuivre votre prise en charge après la sortie notamment	E/P				
	Pensez-vous que la coopération entre les professionnels à l'hôpital et en ville est suffisante et permet de répondre à toutes les situations ?	E/P				
	A-t-on pris en considération votre prise en charge à domicile ? (en respectant le point de vue patient/entourage)	E/P				
	Vous a-t-on remis une synthèse à la fin de chacun de vos séjours ?	E/P				
	Vous a-t-on donné des consignes précises concernant la conduite à tenir après la sortie : consultations de suivi, soins paramédicaux etc...	E/P				
	Vous a-t-on remis systématiquement les prescriptions de sortie (biologie, thérapeutiques, soins paramédicaux)	E/P				
	Vous a-t-on remis un questionnaire de sortie ?	E/P				
Droits du patient	Pensez vous que vous avez facilement pu vous exprimer ?	P				
	Saviez-vous à qui poser vos questions ?	P				
	Les explications obtenues ont-elles toujours étaient claires ?	P				
	A-t-on recherché vos besoins et attentes et ceux de votre entourage? Les a-t-on pris en compte ?	E/P				
	Votre ressenti concernant l'écoute, la considération, la disponibilité des professionnels et de l'information est-il positif ?	P				
	A-t-on respecté vos convictions religieuses, pris en compte votre handicap, favorisé votre participation à des groupes de parole et de soutien (bientraitance) ?	E/P				
	Pensez vous que les conditions de réalisation des soins respectent votre dignité et votre intimité (rideaux, paravents, etc.) ?	E/P				
	Pensez vous que les conditions d'hébergement respectent votre dignité et votre intimité ?	E/P				
	Pensez-vous que les informations qui vous concernent sont échangés avec une confidentialité suffisante ?	E/P				
Gestion des données du patient	Avez-vous été informé de vos droits d'accès à votre dossier ?	E/P				
Evènements indésirables et environnement	Avez-vous eu une information en cas de dommage lié aux soins	E/P				
	Avez-vous eu une information en cas d'isolement (risque infectieux) ?	E/P				

Annexe 6 : Information au patient et consentement éclairé



INFORMATION AUX PATIENTS EVALUATION DE VOTRE PARCOURS DE SOINS PAR LA METHODE DU PATIENT TRACEUR EXEMPLAIRE PATIENT



Pour améliorer continuellement la prise en charge des patients, nous vous proposons de répondre à quelques questions portant sur votre séjour et vos soins. Cet entretien durera environ 20 à 30 minutes.

La méthode du patient traceur

Les équipes qui vous soignent évaluent régulièrement leurs pratiques et l'organisation mise en place pour améliorer la prise en charge des patients.

La méthode du patient traceur consiste à sélectionner un patient qui est actuellement hospitalisé, à évaluer sa prise en charge depuis son entrée à l'hôpital ou à la clinique jusqu'au jour présent, en prenant en compte sa propre expérience de l'hospitalisation.

Nous vous proposons d'être ce patient.

Cette évaluation se fait entre professionnels de l'établissement en discutant de votre dossier, en recueillant votre ressenti et la réponse à des questions portant sur votre prise en charge. L'objectif est d'identifier des situations qui pourraient justifier que des actions d'amélioration soient conduites pour une meilleure prise en charge des patients.

Si vous en êtes d'accord, un professionnel de l'établissement va vous rencontrer pour vous écouter et vous poser quelques questions. Avec votre accord, il peut également rencontrer vos proches.

Quel type de questions peut-on me poser ?

Il vous sera demandé par exemple si vous avez été informé du déroulement de votre séjour et de vos soins, des examens que vous alliez avoir, des résultats de vos examens. On vous demandera si on s'est préoccupé de l'existence de douleurs, si on a pris en compte vos préférences alimentaires, si vous avez été associé à toutes les décisions vous concernant, etc.

Puis-je vraiment parler librement ?

Il est important de pouvoir donner votre opinion en tant que patient, de pouvoir vous exprimer. Votre opinion sur ces différents sujets est un élément d'information qui vient s'ajouter à d'autres informations recueillies au travers de l'échange au sein de l'équipe, de données issues de l'observation, notamment du dossier médical. Toutes ces données seront confidentielles.

Puis-je refuser de répondre aux questions ?

Vous avez la liberté d'accepter ou non de réaliser cet entretien : vous pouvez refuser à tout moment d'y participer bien qu'ayant donné votre consentement. Vous pouvez souhaiter ne pas répondre à certaines questions. Les informations recueillies feront l'objet d'échanges uniquement dans le cadre de la mise en œuvre de la méthode du patient-traceur.

Nous vous remercions de votre contribution à l'amélioration de la qualité des soins.

Je confirme avoir reçu une information claire concernant la méthode du « patient traceur ». Je m'estime désormais suffisamment informé pour prendre une décision en toute connaissance de cause et j'accepte que mon parcours de soins soit l'objet de cette analyse.

Date et signature du patient :

Annexe 7 : Courrier d'invitation des professionnels de santé



SECRETARIAT DE LA
PRÉSIDENCE DE CME

Tel : 03 27 94 7620
Fax : 03 27 94 7624

Objet : Invitation à l'analyse « patient traceur » concernant le parcours de soins : patient traité par chimiothérapie pour cancer broncho-pulmonaire en hôpital de jour.

Docteur, Madame, Monsieur,

Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, le centre hospitalier de Douai, souhaite mener l'expérimentation de l'analyse « patient traceur » définie dans la nouvelle procédure HAS de certification des établissements de santé (V2014).

Cette analyse permet d'évaluer le processus de prise en charge du patient, les interfaces entre les secteurs et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire. Elle se déroule en 2 temps :

- La rencontre entre un professionnel de santé et le patient permet d'aborder avec lui certaines questions et de recueillir son ressenti sur les soins qu'il a reçus.
- La réunion des professionnels de santé directement impliqués dans la prise en charge du patient, permet d'analyser le parcours de soins, sur la base d'une grille préalablement établie, à l'aide du dossier du patient. L'objectif étant de faire ressortir les points de faiblesse de ce parcours. Les réponses du patient sont également discutées.

De plus, la participation à cette analyse permet aux professionnels qui y participent de valider une démarche de développement professionnel continu.

Le parcours du patient atteint d'un cancer broncho-pulmonaire traité par chimiothérapie en hôpital de jour a été retenu pour expérimenter cette nouvelle méthodologie.

Dans ce contexte, nous avons rencontré pour lui expliquer notre démarche et recueillir son consentement à l'utilisation de sa situation personnelle.

La rencontre avec _____ aura lieu, le vendredi 6 juin, en hôpital de jour, au cours de l'administration de sa 2^{ème} cure de chimiothérapie.

L'étude de son dossier montre que vous êtes intervenu au cours de son parcours de soins. C'est pourquoi, nous vous invitons à la réunion des professionnels de santé que nous organisons le mardi 10 juin 2014 à 14h00, en salle Hémiéra.

Nous restons à votre entière disposition pour tout complément d'information au 03.27.94.76.20 (secrétariat de la pharmacie).

En espérant que vous répondrez favorablement à notre invitation, veuillez croire, Docteur, Madame, Monsieur, en nos salutations les plus respectueuses.

Madame le Docteur P. GUILLAIN
Présidente de la CME

Monsieur A. PÉQUIN
Intime en Pharmacie

Annexe 8 : Questionnaire de satisfaction



ORGANISATION DE LA REUNION PLURIPROFESSIONNELLE

OUI NON

COMMENTAIRES

Le courrier d'information et d'invitation que vous avez reçu avant la réunion vous a-t-il permis de comprendre la méthodologie et l'objectif du travail ?			
Ce courrier était-il complet ?			
Sinon, quelles informations n'aviez-vous pas ?			
Auriez-vous souhaité recevoir une information sur la méthodologie d'une autre manière ?			
Si oui, laquelle ?			
Le délai entre l'invitation que vous avez reçue et la réunion, était-il suffisant pour vous permettre d'organiser votre présence ?			
Ce délai aurait-il pu être plus court ?			

LA REUNION PLURIPROFESSIONNELLE

OUI NON

COMMENTAIRES

La durée de la réunion vous a-t-elle semblé adaptée ?			
Les horaires vous ont-ils semblé adaptés (14h-17h30) ?			
Sinon, quelle durée maximale et quels horaires auriez-vous trouvé plus appropriés ?			
Avez-vous pu prendre facilement la parole ?			
Sinon pourquoi ?			
La grille de travail était-elle selon vous :			
1) adaptée (organisation, taille) ?			
2) pertinente ?			
Sinon pourquoi ?			
Pensez-vous que le travail réalisé en groupe :			
1) a permis de balayer l'ensemble du parcours du patient ?			
2) a permis de mettre en évidence tous les points de faiblesses du parcours ?			
Sinon, quelles étapes, selon vous, n'ont pas été étudiées ou auraient du être plus approfondies ?			
Pensez-vous que votre présence a été utile à la bonne réalisation de cette démarche ?			
Sinon, pourquoi ?			
De manière générale, pensez-vous que ce type de méthodologie est efficace pour mettre en évidence les points de faiblesses du parcours d'un patient ?			
Sinon, pourquoi ?			
Auriez-vous une suggestion pour l'améliorer ?			
Votre participation à cette analyse "patient traceur" vous a-t-elle apporté quelque chose ?			
Si oui, pouvez-vous l'expliquer ?			
Seriez-vous d'accord pour participer à une nouvelle analyse « patient traceur » ?			

Autres commentaires :



DECISION D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : POUVIN ALBÉRIC

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 26 09 2014 à 16.h.00 Amphithéâtre ou salle : Pauling

Avis du conseiller de thèse:

Nom : GUILLAIN

Prénom : OSCAR

favorable

défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 14/8/2014
Signature: [Signature]

Mme GUILLAIN-HEUGU
Pharmacies, Chef de Service
N° 79570 D
Centre Hospitalier de Douai
Route de Cambrai - BP. 740
59507 DOUAI CEDEX

Avis du Président de Jury

Nom : POUV

Prénom : Pascal

favorable

défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 25/09/2014
Signature: [Signature]

Décision de Monsieur le Doyen:

favorable

défavorable

Le Doyen
[Signature]
L. DUBREUIL
Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques
Université Lille 2

NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
MEMOIRE de DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
(Tenant lieu de Thèse en vue du Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie)
Année Universitaire 2013/2014

Nom : PODVIN

Prénom : Albéric

Titre du mémoire / thèse : Apport du pharmacien dans la mise en œuvre d'une nouvelle méthode de certification dite « du patient traceur » : Application au patient atteint d'un cancer broncho-pulmonaire, traité par chimiothérapie en hôpital de jour.

Mots-clés : qualité et sécurité des soins, certification des établissements de santé, parcours patient, patient traceur.

Résumé :

La 4^{ème} procédure de certification des établissements de santé qui débute en 2014, sous l'égide de la Haute Autorité de Santé, se complète d'une nouvelle méthode d'évaluation des pratiques. Cette méthode, dite du « patient traceur », se caractérise par la prise en compte de l'expérience du patient et l'analyse complète de son parcours de soins. Au Centre Hospitalier de Douai, l'expérimentation concrète a rapidement suivi la validation institutionnelle. La première analyse, s'est concentrée sur le parcours du patient, suivi en hôpital de jour pour traitement d'un cancer broncho-pulmonaire par chimiothérapie.

Une grille de travail a été élaborée. Pour cela, l'étude des référentiels en lien avec la prise en charge du patient en oncologie, a permis de compléter le support proposé par la HAS. L'implication de la compétence qualité pharmaceutique a été déterminante pour l'appropriation de la méthode, et son application au parcours choisi, en lien avec les exigences actuelles de qualité et de sécurité des soins, en particulier concernant la prise en charge thérapeutique du patient cancéreux. Nous avons mis l'accent sur la prise en charge globale mais aussi sur des thèmes plus ciblés tels que la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire et la reconstitution des cytotoxiques.

L'analyse s'est déroulée en 2 temps. La rencontre des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient a suivi la rencontre du patient proprement dite.

Cet outil nécessite des améliorations avant de pouvoir être utilisé plus simplement par les équipes de soins. Avec une organisation, trop complexe et un champ d'application, trop vaste, il nécessite qu'on lui définisse un cadre plus strict.

La réalisation de ce « patient traceur » a permis de mettre en évidence des non-conformités. En fonction du taux de non-conformité par étape du parcours, un plan d'action a été élaboré avec mise en place d'actions correctives.

Membres du jury :

Président :

Pr. Pascal ODOU

Professeur des Universités en pharmacie galénique, Faculté de Pharmacie de Lille 2
Pharmacien, Praticien Hospitalier, CHRU de Lille

Assesseur(s) :

Mme le Docteur Pascale GUILLAIN

Pharmacien, Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de Douai

M. le Professeur Jean-Marc CHILLON

Professeur des Universités en pharmacologie clinique, Faculté de Pharmacie d'Amiens
Pharmacien, Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens

Mme le Docteur Sylvie RACOUSSOT

Médecin, Praticien Hospitalier, Centre Hospitalier de Douai