



EHESP

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2014-2016**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**L'organisation de la sortie du patient :
Facteur d'amélioration de la qualité de
la prise en charge
et d'optimisation de la performance**

Véronique LEFEVRE

Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier Madame Dolorès TRUEBA DE LA PINTA, Directrice du Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise (GHPSO), de m'avoir accueillie comme stagiaire au sein de son établissement.

Je remercie également Nicolas STUDER, mon maître de stage, pour son aide précieuse lors de mon stage ainsi que pour sa relecture attentive du présent mémoire.

Je remercie surtout Sylvie JOINNEAU qui a accepté d'être mon référent mémoire. J'ai bénéficié de ses précieux conseils tant sur le fond que la forme. Elle m'a permis de réaliser ce travail avec les équipes en me laissant une autonomie qui a été très formatrice.

Et enfin, je tiens à remercier les cadres de santé du GHPSO ainsi que toutes les personnes qui se sont investies dans ce projet d'amélioration de l'organisation de la sortie du patient. Ils ont rendu possible mon souhait de rédiger un mémoire sur un sujet concret. J'espère pouvoir continuer à les accompagner sur les travaux initiés dans le cadre de ce projet jusqu'à la fin de mon stage et peut être au-delà.

Sommaire

Introduction	1
1 L'organisation de la sortie du patient, un moyen d'optimisation de la qualité et de la performance des établissements de santé	5
1.1 La sortie : de la fin d'une prise en charge hospitalière à une étape du parcours de soins du patient.....	5
1.1.1 L'évolution des besoins de la population	5
1.1.2 La nécessité d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population.....	6
1.1.3 La recherche de l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient7	
1.1.3.1 La certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé (HAS)	7
1.1.3.2 La semaine sécurité des patients	8
1.1.3.3 Les indicateurs qualité en lien avec la sortie	8
1.2 Les enjeux de l'optimisation de l'organisation de la sortie du patient pour le GHPSO.....	9
1.2.1 La sortie du patient au cœur des enjeux stratégiques du GHPSO.....	9
1.2.1.1 Les enjeux financiers	9
1.2.1.2 La durée moyenne de séjour.....	10
1.2.1.3 Le projet d'établissement du GHPSO.....	12
1.2.2 Les enjeux qualitatifs et organisationnels de la sortie du patient	13
1.2.2.1 Certification HAS v2014	13
1.2.2.2 Programme national d'amélioration de la gestion des lits	14
2 Propositions pour améliorer l'organisation de la sortie du patient au GHPSO.....	17
2.1 L'état des lieux de l'organisation de la sortie au GHPSO.....	17
2.1.1 Méthodologie de la démarche	17
2.1.2 L'état des lieux de l'organisation de la sortie du patient au GHPSO	18
2.1.2.1 La préparation de la sortie.....	18
2.1.2.2 La décision de sortie	19
2.1.2.3 Le jour de la sortie.....	20

2.1.2.4	Après la sortie.....	21
2.1.2.5	Personnels associés.....	21
2.1.2.6	Les outils	22
2.2	« Mieux communiquer avec le patient au moment de sa sortie »	23
2.2.1	Associer les équipes pour améliorer la sortie du patient.	23
2.2.1.1	La constitution d'un groupe de travail pluriprofessionnel.....	23
2.2.1.2	Le partage d'expériences pour constituer une base de travail commune	23
2.2.2	La mise en œuvre de l'action 10 du PNSP	25
2.2.2.1	La check-list dans le milieu sanitaire.....	25
2.2.2.2	Proposition d'une check-list de sortie propre au GHPSO.....	26
2.2.2.3	La plus-value de l'utilisation de la check-list.....	27
2.2.3	La mise en œuvre limitée de l'action 9 du PNSP	28
2.2.3.1	Les propositions pour améliorer le compte rendu d'hospitalisation et sa diffusion par le groupe de travail	28
2.2.3.2	Les limites de la transposition du document de sortie de la HAS au GHPSO	29
3	Le nécessaire questionnement des organisations actuelles.....	33
3.1	L'importance de coordonner les acteurs de la sortie du patient	33
3.1.1	Envisager le séjour du patient dans sa globalité afin d'anticiper la sortie du patient	33
3.1.1.1	Améliorer l'entrée du patient pour mieux anticiper sa sortie.....	33
3.1.1.2	Impliquer les médecins dans le processus de sortie	34
3.1.1.3	S'appuyer sur les cadres pour développer une réelle pluridisciplinarité de la décision de sortie.....	34
3.1.1.4	Le pôle, une structure à valoriser dans les démarches d'amélioration des organisations	35
3.1.2	La coordination du parcours avec les autres acteurs	36
3.1.2.1	Une évolution des outils permettant une meilleure communication	36
3.1.2.2	L'apparition de nouveaux métiers : l'exemple du coordonnateur de parcours	37
3.2	Propositions et innovations pour améliorer le processus de sortie du patient.....	38

3.2.1	La fonction d' « organisateur de sortie »	38
3.2.2	La Plateforme Parcours Patient du Centre Hospitalier Annecy Genevois ...	39
3.2.3	Les salons de sortie	40
	Conclusion	43
	Bibliographie	45
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

ALD : Affection de longue durée

ANAP : Agence d'appui à la performance

ARS : Agence régionale de santé

CH : Centre hospitalier

CME : Commission médicale d'établissement

COPERMO : Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins

COFIL : Comité de pilotage

CRH : Compte rendu d'hospitalisation

CRO : Compte rendu opératoire

CSIRMT : Commission de Soins infirmiers, de rééducation et médico-technique

CSP : Code de la santé publique

DGOS: Direction Générale de l'offre de soins

DGS : Direction générale de la santé

DMP: Dossier médical personnel

DMS : Durée moyenne de séjour

DQGRP : Direction de la qualité, gestion des risques et patientèle

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EPS : Etablissement public de santé

FAM : Foyer d'accueil médicalisé

GHPSO : Groupe hospitalier public du sud de l'Oise

GHS : Groupe homogène de séjour

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

IPAQSS : Indicateur pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

MAIA : Maison de l'autonomie et pour l'intégration des malades d'Alzheimer

MAS : Maison d'accueil spécialisée

MCO: Médecine Chirurgie Obstétrique

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNSP : Programme national pour la sécurité des patients

SSR: Soins de suite et de réadaptation

T2A : Tarification à l'activité

TO : Taux d'occupation

UHCD: Unité d'hospitalisation de courte durée

USC: Unité de soins continus

USIC: Unité de soins intensifs de cardiologie

PNSP: Programme national pour la sécurité des patients

SAU : Service d'accueil des urgences

SNS : Stratégie nationale de santé

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

URAD : Urgences, réanimation, anesthésie et douleur

Introduction

Le « comité des sages », présidé par Alain CORDIER, a émis dix-neuf recommandations dans le cadre d'un rapport relatif à un projet global pour la stratégie nationale de santé. Ce rapport a été remis au gouvernement le 21 juin 2013. Son objectif est de « construire la bonne synergie entre les différentes actions, et de créer une dynamique d'ensemble, en rendant lisible un changement de système bâti autour des patients et non autour des structures »¹. Lancée le 23 septembre 2013 par la Ministre des affaires sociales et de la santé et du droit des femmes, Marisol TOURRAINE, la Stratégie nationale de santé (SNS) s'appuie sur ces recommandations pour élaborer une feuille de route visant à améliorer le parcours de santé des patients et à favoriser la coordination entre les différents acteurs. Le but recherché est d'éviter les ruptures notamment entre la ville et l'hôpital ou entre l'hôpital et les structures d'aval.

Le rôle du médecin traitant a été renforcé ces dernières années. La loi sur le parcours de soins², le place comme pivot de la prise en charge. Une des motivations de cette réforme est financière, avec notamment, la minoration du remboursement des consultations chez un spécialiste sans orientation préalable du médecin traitant. Mais on peut aussi y voir la volonté du législateur de structurer le parcours de soins.

Néanmoins, l'hôpital reste encore un des piliers de la prise en charge sanitaire en France. L'hôpital reste un lieu de référence pour la prise en charge des pathologies lourdes mais aussi un lieu de premier recours par le biais du service des urgences notamment. Le service des urgences est un point d'entrée pour les hospitalisations d'urgences mais aussi pour les patients précaires. Le manque de coordination du parcours de soins oblige certaines catégories de la population à « passer » par les urgences pour être hospitalisées. C'est par exemple, souvent le cas pour les personnes âgées hébergées en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

Dans leur ouvrage Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social³, Marie-Aline BLOCH et Léonie HENAUT dénoncent le séjour hospitalier comme une rupture dans le parcours de soins. Outre les modalités d'entrée, la transition entre le séjour et la suite du parcours est parfois chaotique. La transmission des

¹ Source Rapport Cordier, Un projet global pour la stratégie nationale de santé 19 recommandation du comité des « sages », 21 juin 2013

² Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

³BLOCH M-A., HENAUT L., HAVIS D. 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod, 315 p.

informations est bien souvent difficile. La prise en charge reste cloisonnée alors que la typologie de la population nécessite une prise en charge plus globale. Le vieillissement de la population et le développement des pathologies chroniques rendent indispensable la coordination entre les professionnels.

Dès lors, on peut s'interroger sur l'optimisation de la transition entre le séjour hospitalier et la suite de la prise en charge quelles qu'en soient les modalités (retour à domicile, transfert en soins de suite, hospitalisation ou soins à domicile). L'étape de la sortie dans les établissements de santé est un enjeu qualitatif notamment pour le patient. Ainsi, l'enquête de satisfaction e-satis ou les questionnaires de sortie abordent la perception de la sortie par le patient et la qualité de celle-ci. Du point de vue de la sécurité des soins et de la qualité de la prise en charge, de nombreux indicateurs se calculent à la sortie du patient ou à sa périphérie. L'indicateur IPAQSS (Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins) relatif au délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation (CRH) et à sa complétude constitue un critère d'évaluation objectif de la qualité et de la performance de l'organisation de la sortie dans un établissement. L'envoi rapide du compte rendu d'hospitalisation au médecin traitant du patient permet une continuité dans la prise en charge du patient et assure la qualité des soins.

La bonne organisation de la sortie a aussi des conséquences financières pour l'établissement. En effet, comme la sortie est l'étape finale du séjour hospitalier, elle doit intervenir au bon moment pour correspondre à la réalité de la prise en charge de la pathologie du patient. Si elle intervient trop tôt ou trop tard, la valorisation du séjour ne sera pas optimale. Une bonne organisation de la sortie permet aux établissements publics de santé (EPS), une juste allocation des ressources tout en diminuant les coûts supplémentaires liés à des durées de séjours atypiques ou à d'éventuelles réhospitalisations. L'optimisation des DMS et son corollaire, l'optimisation des capacités, constituent un enjeu médico-économique majeur.

Alors que des exemples étrangers⁴ existent et que les premières propositions françaises ont été faites par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé⁵ au début des années 2000, l'organisation de la sortie du patient n'est toujours pas satisfaisante ni pour les patients ni pour les professionnels. Mais, comment faire de la sortie un moyen

⁴ Dans un article paru dans la revue « Soins cadres » en mai 2002, les auteurs, Geneviève PELLETIER et Geneviève PERENNOU, détaillent le « discharge care plan » ou plan de sortie mis en œuvre en Ecosse. Ce plan concerne les patients âgés de plus de 65 ans et permet de mobiliser tout au long du séjour hospitalier les différents acteurs qui interviendront dans la suite de la prise en charge.

⁵ Anaes, Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, préparation de la sortie du patient hospitalisé, novembre 2011, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/preparation_de_la_sortie_du_patient_hospitalise_guide_2001.pdf

d'amélioration de l'organisation de la prise en charge à la fois pour l'établissement (performance, recettes, optimisation des organisations internes) et pour la qualité de la prise en charge individuelle (parcours patient, lien ville-hôpital, communication avec le patient, sécurité des soins) ? A quel moment doit-elle être envisagée ? Qui doit intervenir ?

Si l'organisation de la sortie du patient est un moyen d'optimisation de la qualité et de la performance des établissements de santé (I), il est intéressant de regarder comment son optimisation peut être travaillée sur le terrain (II). Cependant, l'évolution des organisations reste nécessaire pour garantir un changement durable (III).

1 L'organisation de la sortie du patient, un moyen d'optimisation de la qualité et de la performance des établissements de santé

La fin du séjour hospitalier est un moment important pour le patient. Souvent perçu par les hospitaliers comme le point final de la prise en charge, la sortie traduit rarement, dans les faits, la fin de la prise en charge du patient. En effet, ce n'est pas parce que le patient sort de l'hôpital que celui-ci est « guéri ». Des soins complémentaires, des consultations de suivi ou un transfert vers une autre structure complètent le séjour hospitalier dans la plupart des cas. La sortie n'est donc qu'une étape dans le parcours de soins du patient. Par contre, la sortie du patient est pour le service de soins la fin, parfois provisoire, de son rôle dans ce parcours. Cette étape décisive pour l'établissement ne doit pas être négligée.

1.1 La sortie : de la fin d'une prise en charge hospitalière à une étape du parcours de soins du patient

1.1.1 L'évolution des besoins de la population

Depuis quelques dizaines d'années, on voit le profil sanitaire de la population évoluer. L'espérance de vie des Français a presque doublé au cours du XX^{ème} siècle pour atteindre 79,2 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes en 2014⁶. Le vieillissement de notre population nous force donc à faire face à de nouveaux enjeux sanitaires. L'apparition de nouvelles pathologies comme la maladie d'Alzheimer, a rendu nécessaire l'évolution de la prise en charge.

Les pathologies chroniques sont nombreuses et touchent une grande partie de la population. Quinze millions de Français souffrent d'une maladie chronique et neuf millions de personnes sont en affection de longue durée (ALD)⁷. Vingt-neuf pathologies chroniques sont recensées sur la liste des ALD. Le développement des pathologies chroniques dues à notre mode de vie s'accélère. La croissance annuelle du nombre d'inscrits est évaluée à 5%.

⁶Source : INSEE, Évolution de l'espérance de vie à divers âges

⁷ Source : Lettre d'information de la HAS n°33 octob re-novembre 2012

La particularité de ces pathologies est qu'elles ne peuvent pas être guéries ; le patient doit apprendre à vivre avec. Elles ne peuvent pas être traitées par une hospitalisation ou une intervention chirurgicale. L'hôpital n'est alors qu'un élément de la prise en charge. L'hospitalisation, ponctuelle ou récurrente, n'est qu'une étape dans le parcours de soins du patient et le recours à l'hospitalisation devient l'exception, voire parfois l'échec de la prise en charge.

Avec ce changement de paradigme, il est donc logique que la sortie du patient soit devenue une étape décisive dans la coordination de la prise en charge.

1.1.2 La nécessité d'adapter l'offre de soins aux besoins de la population

Face à l'évolution du profil sanitaire des patients, l'offre de soins a dû s'adapter. L'hôpital étant un des pivots du système sanitaire français, il est en premières lignes de la réorganisation de la prise en charge. Outre, l'évolution des techniques médicales qui tend depuis plusieurs années à réduire la durée des hospitalisations, les patients souhaitent pour la plupart d'entre eux, rester le moins longtemps possible à l'hôpital. Cette volonté est relayée par les pouvoirs publics qui encouragent les établissements à développer les alternatives à l'hospitalisation et la prise en charge ambulatoire. Depuis 2010, la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) met en œuvre un programme pluriannuel pour développer l'offre ambulatoire dans les établissements publics de santé⁸. Le ministre a d'ailleurs réaffirmé sa volonté d'atteindre le but de réaliser une opération sur deux en ambulatoire d'ici 2016. La revalorisation financière des séjours ambulatoires doit permettre d'engager les hôpitaux dans la dynamique.

Le levier financier est un outil important dans les politiques de santé actuelles. Ainsi, on peut citer l'exemple de l'expérimentation du financement au parcours⁹ qui encourage le développement d'une prise en charge coordonnée entre les différents acteurs. Le but de cette expérimentation est aussi de développer la qualité de la prise en charge.

⁸Instruction DGOS/R3 no 2010-457 du 27 décembre 2010 relative à la chirurgie ambulatoire : perspectives de développement et démarche de gestion du risque

⁹ Article 48 de la loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la Sécurité sociale pour 2013

1.1.3 La recherche de l'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient

1.1.3.1 La certification des établissements de santé par la Haute autorité de santé (HAS)
L'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 instaure une démarche d'accréditation (devenue depuis certification) des établissements de santé. Tous les établissements de santé visés à l'article L6111-1 du code de la santé public (CSP) sont soumis à une obligation de certification. Confiée à la HAS, cette certification a pour but de favoriser l'amélioration continue des conditions de prise en charge du patient. Elle permet d'évaluer la capacité de l'établissement à identifier et à maîtriser les risques liés à la prise en charge ainsi que sa capacité à mettre en œuvre les bonnes pratiques.

La v2014 innove dans son approche. En effet, même si le manuel reste celui de la v2010, la procédure de certification évolue. La particularité de cette nouvelle version repose sur une approche thématique. Cette démarche se retrouve dans l'élaboration du compte qualité que l'établissement doit compléter avant la visite de certification, mais aussi dans les audits de processus. Chaque établissement prépare la visite de certification au moyen d'un compte qualité. Ce document a vocation à recenser par thématique, les risques et à évaluer leur niveau de maîtrise au sein de l'établissement.

Ainsi, la thématique n°6 s'intitule « le parcours patient ». On y retrouve le critère 24a du manuel de certification concernant la sortie du patient. «L'établissement doit effectivement garantir la fiabilité de la communication des éléments d'information nécessaire à la continuité des soins»¹⁰. L'indicateur retenu pour évaluer ce critère est le «délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation». Les bonnes pratiques déterminent le délai maximum à 8 jours après la sortie du patient. Le critère 24a s'articule en trois parties: prévoir, mettre en œuvre et évaluer et améliorer. Les éléments constituant ces étapes se retrouvent également dans la grille utilisée par les experts visiteurs lors des entretiens patient traceur. Une des nouveautés de la v2014 est l'introduction de la démarche patient traceur. L'expert audite le parcours d'un patient en rencontrant les équipes ayant pris en charge le patient ainsi que le patient lui-même. Il confronte les pratiques de l'équipe à la perception du patient. Lors de l'entretien avec l'équipe soignante, des questions sont posées sur la sortie du patient afin d'évaluer la maturité de l'équipe sur cette étape.

Cette évolution est significative de la volonté des pouvoirs publics de faire de la sortie du patient un enjeu essentiel de la qualité de la prise en charge. En effet, le moment de la sortie est important. C'est le moment où les messages donnés par l'équipe soignante au patient et éventuellement à son entourage, doivent être entendus mais surtout compris.

¹⁰ Source : p 71 du manuel de certification de la HAS, janvier 2014

L'importance donnée au courrier de fin d'hospitalisation ou au compte rendu d'hospitalisation illustre la nécessité de diffuser l'information au patient ainsi qu'à son médecin traitant, ou à la structure d'aval, afin de permettre la continuité des soins et de la prise en charge dans des conditions optimales. La traçabilité de l'information donnée est également essentielle et doit donc être intégrée au dossier du patient.

1.1.3.2 La semaine sécurité des patients

La semaine de la sécurité des patients a été instaurée dans le programme national de la sécurité des patients (PNSP) et annoncée par Marisol TOURAINE, Ministre des affaires sociales et de la santé et du droit des femmes, le 14 février 2013. La 5^{ème} édition aura lieu du 23 au 27 novembre 2015. Cette manifestation nationale est l'occasion pour les professionnels du milieu sanitaire de communiquer autour de thématiques spécifiques et de valoriser les actions mises en œuvre auprès des patients. Cette démarche s'inscrit dans l'objectif du PNSP de faire du patient un co-acteur de sa prise en charge et de sa santé.

Le thème général retenu pour l'édition 2015 est la coordination des soins et plus particulièrement la sécurité des patients aux points de transition de leur parcours de soins¹¹. La sortie du patient étant une étape dans le parcours de soins du patient, une sous-thématique concerne plus spécifiquement la lettre de liaison.

1.1.3.3 Les indicateurs qualité en lien avec la sortie

Dans le cadre de la démarche qualité au sein des établissements de santé, plusieurs indicateurs nationaux ont été développés. Chaque établissement doit faire remonter annuellement un certain nombre d'indicateurs. Ces indicateurs concernent des thématiques générales et transversales ainsi que des thématiques de pratique clinique. Le délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation est un des indicateurs de la tenue du dossier patient (indicateur 2).

Dans les thèmes transversaux, on retrouve aussi des indicateurs en lien avec la sortie du patient. Cette année un nouvel indicateur est expérimenté : « la qualité du document de sortie ». Expérimenté auprès d'une cinquantaine établissements MCO volontaires, ce nouvel indicateur doit être obligatoirement renseigné. Il fera l'objet d'une diffusion publique pour la période 2016.

¹¹INSTRUCTION N° DGOS/PF2/2015/259 du 31 juillet 2015 relative à l'organisation de la semaine de la sécurité des patients 2015

La sortie du patient est aujourd'hui considérée comme une étape du parcours des patients à la fois par les patients eux-mêmes mais également par les pouvoirs publics qui encouragent les établissements de santé à se saisir du sujet. Dans le contexte concurrentiel qu'est devenue la santé, les EPS ne peuvent plus ignorer ce levier d'optimisation qu'est la sortie du patient et son organisation.

1.2 Les enjeux de l'optimisation de l'organisation de la sortie du patient pour le GHPSO

Le Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise (GHPSO) est le fruit de la fusion en 2012 du Centre hospitalier (CH) Laennec de Creil et du CH de Senlis. Ce regroupement avait pour but une meilleure lisibilité de l'offre de soins sur le territoire mais également une optimisation des moyens notamment financiers. Depuis la fusion, la direction du GHPSO a mis en œuvre différentes actions stratégiques et qualitatives pour améliorer les organisations et la prise en charge.

1.2.1 La sortie du patient au cœur des enjeux stratégiques du GHPSO

1.2.1.1 Les enjeux financiers

Le GHPSO cherche à améliorer sa situation financière depuis la fusion. Un contrat de retour à l'équilibre financier a été signé avec l'ARS en juillet 2012. Ce contrat fixait des objectifs chiffrés de gain en termes de marge brute à 3 et 5 ans. Un plan d'action chiffré et qualitatif a été détaillé et sa mise en œuvre a été salué par la tutelle. En effet, les efforts constants d'optimisation et de rationalisation ont été soulignés par le comité de suivi des risques financiers et par le Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). Dorénavant, la trajectoire financière du GHPSO repose sur le développement de son activité et donc de ses recettes.

Pour faire face à cet enjeu, le GHPSO est accompagné par deux cabinets d'audit. La mission d'audit, initiée fin 2014, s'est déroulée sur trois mois. De nombreux entretiens avec les différents acteurs ont été menés et deux séminaires ouverts à l'ensemble du personnel ont réuni plus d'une centaine de participants. Le diagnostic a permis d'identifier trois grandes orientations.

La première orientation consiste pour le GHPSO à mieux répondre aux besoins des patients du territoire du sud de l'Oise. Pour remplir sa mission d'hôpital pivot et pour garantir les ressources liées à son activité, trois leviers ont été identifiés : garantir l'accès aux filières des deux sites et favoriser un meilleur adressage entre les spécialités au sein de l'établissement, renforcer l'adressage par les professionnels de santé libéraux et les partenaires et maîtriser sa démographie médicale. On le voit ici clairement, la prise en charge des patients doit être structurée et faire le lien avec l'extérieur. Le deuxième enjeu est de rendre lisible et pérenne son offre de soins bi-site. Et enfin, le dernier axe vise à améliorer l'efficacité des fonctions supports.

Ces orientations ont été déclinées en pistes d'actions thématiques dans le cadre du projet performance du GHPSO. Plusieurs d'entre elles sont communes à la recherche de la performance des organisations et au renforcement des activités.

L'amélioration de l'organisation de la sortie peut donc être vue comme un élément participant à cette dynamique de performance des organisations et de développement de l'activité. Cette amélioration et l'harmonisation des pratiques entre les services du GHPSO est un moyen d'optimisation des ressources en plus d'être un moyen de développement de la qualité de la prise en charge. Enfin, une meilleure préparation de la sortie voire une meilleure anticipation de celle-ci, aura forcément des retombées financières. La diminution de la DMS permet d'avoir une meilleure allocation de ressources via la tarification à l'activité. L'augmentation du taux de rotation des patients dans les lits est un moyen d'optimiser les ressources. Si la file active des patients le permet de nouveaux séjours peuvent être réalisés et donc générer des recettes supplémentaires. Sinon, une adaptation des moyens et une réduction capacitaire doit permettre de réaliser des économies.

1.2.1.2 La durée moyenne de séjour

Depuis début 2014, le GHPSO a mis en place un contrôle de la DMS. La DMS est suivie par la cellule de contrôle de gestion de la Direction des Finances. Une comparaison entre la DMS des patients hospitalisés, donc encore présents, et la DMS moyenne nationale est réalisée par service et par patient. Ce suivi est transmis hebdomadairement aux cadres et aux responsables de structures. Le but de cette démarche est d'alerter les services lorsqu'une situation hors normes est détectée et ainsi de les encourager, lorsque cela est possible, à mettre en œuvre des actions correctives. Ce suivi permet aussi à la Direction d'être informée précocement d'une situation difficile. Les séjours affichant les écarts les plus importants concernent des situations sociales difficiles. L'exemple de patients ne relevant plus d'une hospitalisation mais jugés trop « lourds » pour des structures d'aval

classiques est récurrent sur certains services tels que la neurologie. Le peu de place et le faible taux de renouvellement des résidents en structures médico-sociales adaptées comme les foyers d'accueil médicalisés (FAM) ou les Maisons d'accueil spécialisées (MAS) prolongent bien souvent les séjours hospitaliers.

Néanmoins, la majeure partie des séjours dont la durée est supérieure à la DMS nationale, ne la dépasse que de quelques jours. Ces séjours sont bien souvent la conséquence d'une difficulté liée à l'organisation plus qu'à la pathologie du patient. C'est donc sur ces séjours les efforts doivent être portés afin de réduire significativement la DMS. Dans le cadre des actions du projet performance du GHPSO, un travail est dans cours dans le service de pneumologie dont la DMS dépasse de 2,5 jours la moyenne nationale. Une analyse sur un groupe homogène de malade (GHM) doit permettre d'identifier les raisons de l'allongement du séjour. Si des causes organisationnelles sont identifiées des propositions seront faites pour améliorer les organisations et réduire ainsi significativement la DMS du service et optimiser les capacités. Et contrairement aux vrais séjours atypiques, les solutions proposées seront transposables car concernant l'organisation du service et non pas un cas particulier propre à un patient.

Une DMS supérieure à la moyenne nationale a deux conséquences majeures. La première concerne le patient. La qualité de la prise en charge et des soins n'est alors plus optimale. En effet, les soins prodigués ne correspondent plus au besoin. Soit les soignants ne sont pas formés à ces soins spécifiques (soins palliatifs) soit l'équipe risque de s'épuiser du fait de la « lourdeur » du patient (soins de nursing dans des secteurs hautement spécialisés). Par exemple, le maintien d'un hémiplegique dans un service de médecine nécessite la mobilisation de nombreux soignants (aides-soignants et infirmiers) pour les soins de confort, les détournant ainsi de leur cœur de métier.

La seconde conséquence est une conséquence financière pour l'établissement. La tarification à l'activité (T2A) prévoit une valorisation moindre des journées d'hospitalisation dépassant la moyenne nationale. La tarification au-delà de la borne haute du tarif du groupe homogène de séjour (GHS) ne permet pas de couvrir les dépenses engendrées par la prise en charge du patient. De plus, l'occupation d'un lit par un patient ne relevant plus de la spécialité dans laquelle il reste néanmoins hospitalisé, empêche l'hospitalisation d'un autre patient. Cette situation entraîne une perte de recette nouvelle pour l'établissement. L'autre aléa est l'hébergement de patient dans une autre spécialité afin de ne pas refuser ou transférer des patients. Cette pratique doit cependant rester exceptionnelle car elle entraîne des risques dans la qualité de la prise en charge des patients.

1.2.1.3 Le projet d'établissement du GHPSO

Dans le cadre de la rédaction du projet d'établissement du GHPSO, un groupe de travail a été constitué pour travailler sur les relations de l'établissement avec la médecine de ville. Initié en janvier 2015, le groupe réunit des professionnels de santé du GHPSO mais également un médecin libéral siégeant au Conseil de surveillance.

Au cours des différentes réunions du groupe de travail, un manque de communication entre les médecins du GHPSO et les médecins traitants ou adresseurs de patients a été mis en évidence. En effet, un compte rendu d'hospitalisation est dicté pour chaque patient hospitalisé mais le délai d'envoi reste trop élevé. Ce délai est d'ailleurs un indicateur qualité obligatoire suivi par la Direction de la Qualité, Gestion des risques et Patientèle (DQGRP). Le délai doit être inférieur à 8 jours après la sortie du patient. Seules 26% des sorties de MCO du GHPSO respectaient ce délai en 2014.

Cet indicateur reflète la qualité et de la continuité de la prise en charge. Mais il est également révélateur du positionnement de l'établissement dans le paysage sanitaire. En effet, les médecins de ville attendent un retour lorsqu'ils orientent un de leur patient vers un confrère hospitalier. L'envoi rapide du compte rendu d'hospitalisation est un élément décisif dans la continuité de la prise en charge. De plus, il est perçu par les médecins libéraux comme une marque de reconnaissance de leur rôle. Il est indispensable de tisser des liens de confiance avec les médecins de villes qui sont les premiers adresseurs de patientèle et donc pourvoyeur d'activité. Il semble dorénavant nécessaire pour un établissement de santé de se positionner comme un prestataire et ainsi d'offrir un retour au médecin adresseur. En effet, le séjour hospitalier est aujourd'hui souvent une parenthèse dans la prise en charge notamment des patients chroniques et le médecin de ville reste leur principal interlocuteur.

Le GHPSO a fondé sa stratégie en grande partie sur un développement de son activité. Pour cela, il n'est pas envisageable de s'affranchir des médecins de ville. L'amélioration de la sortie et la fluidification de la prise en charge doivent être vues comme des moyens d'atteindre cet objectif.

1.2.2 Les enjeux qualitatifs et organisationnels de la sortie du patient

1.2.2.1 Certification HAS v2014

Le GHPSO a fait partie des premiers établissements de santé impliqués dans la certification v2014 de la HAS. La particularité de cette nouvelle version repose sur une approche thématique. Cette démarche se retrouve dans l'élaboration du compte qualité que l'établissement a complété avant la visite de certification. On retrouve aussi l'approche par thème dans les audits de processus.

La préparation de la certification au GHPSO a fait l'objet de groupes de travail par thématique afin de réaliser l'autodiagnostic. Celui-ci est formalisé dans le compte qualité et permet d'évaluer le niveau de maîtrise de la qualité et des risques au sein du GHPSO. Une fois les risques identifiés, leur niveau de maîtrise est coté de 1 (risque maîtrisé) à 5 (découverte du risque). Ces éléments ont été compulsés dans le compte qualité et transmis à la HAS début 2015 après validation par le Directoire, la Commission médicale d'établissement (CME), la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et le Comité de pilotage (COFIL) Qualité et sécurité des soins. Le Président de la CME est, dans les textes, chargé de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Son implication dans la certification est donc essentielle.

La thématique n°6 « parcours du patient » du manuel fait partie des thématiques obligatoires du compte qualité du GHPSO. On retrouve au critère 24a de la v2010 la thématique de la sortie. Des risques associés à la sortie du patient ont été identifiés par le groupe de travail du GHPSO et ont été cotés « niveau de maîtrise 4 ». Ce sont des risques de rupture dans la prise en charge dus à un manque de transmissions d'informations lors des transferts vers des structures d'aval et lors de la sortie du patient. En effet, même si quelques actions ou outils sont mis en place, ils sont insuffisants car appliqués de façon très hétérogène dans les services de soins.

Cet autodiagnostic réalisé dans le cadre de la préparation de la certification a mis en relief deux choses. La première, c'est l'existence d'un réel dysfonctionnement dans la transmission de l'information au moment de la sortie. Le délai moyen de transmission du compte rendu d'hospitalisation en est la traduction. L'autre élément est l'insuffisance des outils sensés permettre d'améliorer la situation. En effet, l'état des lieux réalisé dans les services met en exergue l'hétérogénéité des pratiques. Les outils "standardisés" tel que le compte rendu d'hospitalisation ou la fiche de liaison (outil interne) sont utilisés de manière variable.

La certification a donc permis de mettre en exergue les difficultés liées à la sortie du patient. Même si les conclusions des experts visiteurs ne sont pas encore connues actuellement, des actions correctrices ont d'ores et déjà été proposées dans le plan d'action du compte qualité.

1.2.2.2 Programme national d'amélioration de la gestion des lits

Une autre action menée au GHPSO concerne directement les conditions de sortie du patient. L'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) a initié en avril 2013 un programme national pour aider les établissements de santé à améliorer la gestion des lits. Le GHPSO s'est ainsi positionné parmi les 164 établissements volontaires. Ce programme a été amorcé en octobre 2013 par une présentation/formation de deux jours en lien avec l'ARS de Picardie. De novembre 2013 à mars 2014, les établissements pilotes ont établi un diagnostic de leur organisation grâce à l'outil Quick-scan mis à leur disposition. Un plan d'action a ensuite été élaboré. Le plan d'action du GHPSO s'est articulé autour de six grandes actions :

1. Favoriser les sorties en matinée
2. Réduire les délais d'attente
3. S'inscrire dans la continuité et la qualité de la prise en charge des patients hébergés
4. Prévenir les attentes d'admission des patients en provenance des Urgences
5. Formaliser les entrées programmées
6. Anticiper les entrées non programmées

La mise en œuvre de ce plan d'action de mars 2014 à avril 2015 a permis d'améliorer le flux des patients en provenance des Urgences en réduisant notamment le délai d'attente au sein du SAU (service d'accueil des urgences). Grâce à une implication des acteurs et à une meilleure collaboration, des lits dans les services d'hospitalisation doivent être disponibles en fin de matinée.

Lors de la session collective de clôture de juin 2015, le porteur du programme, M. DECOUDUN, cadre du pôle Urgences, réanimation, anesthésie et douleur (URAD), a souligné que dans le cadre de l'action 1, les sorties sont anticipées la veille. Les dossiers seraient préparés la veille et une check liste de sortie est utilisée. Or, il s'avère que très peu de services anticipent la sortie la veille ou utilisent une check-list pour l'organisation de la sortie. Il n'existe à ce jour, aucun document uniforme pour aider à préparer la sortie du patient.

Au regard de l'évolution des besoins de la population, il est évident que les établissements de santé doivent s'adapter. Le GHPSO a amorcé plusieurs actions pour développer son activité, sa performance et la satisfaction des patients et de ses partenaires. Il s'avère que l'étape de la sortie est un dénominateur commun à bon nombre de ces actions. Proposer l'amélioration de l'organisation de la sortie doit donc participer au développement de la performance du GHPSO sur son territoire.

2 Propositions pour améliorer l'organisation de la sortie du patient au GHPSO

Le GHPSO est dans une démarche d'amélioration de son organisation pour optimiser ses ressources mais également améliorer la qualité de la prise en charge des patients. De nombreuses actions sont mises en œuvre. Pour la plupart, on retrouve une attention particulière pour la sortie du patient qui effectivement est un moment clé de la prise en charge.

La mise en œuvre du PNSP au GHPSO a été l'occasion de faire un état des lieux de l'organisation de la sortie sur l'établissement et de vérifier l'effectivité des actions développées plus haut. A l'issue de cet état des lieux, un groupe de travail s'est constitué afin de proposer des actions concrètes pour améliorer et optimiser l'organisation de la sortie du patient.

2.1 L'état des lieux de l'organisation de la sortie au GHPSO

2.1.1 Méthodologie de la démarche

Il n'était pas concevable de travailler sur l'organisation de la sortie dans les services de soins sans y associer les équipes et les acteurs de terrain. Néanmoins, comme nous l'avons vu, le GHPSO connaît depuis la fusion des chantiers importants : construction d'un nouveau bâtiment, déménagements de services, réorganisation de l'offre de soins entre les deux sites, programme ANAP, certification HAS, projet performance... Ces projets ont fortement mobilisé les équipes et continuent à le faire. Il s'agissait donc de ne pas proposer une méthodologie trop lourde pour les participants.

La première étape de la démarche a été de rencontrer les cadres des services afin de réaliser un état des lieux de l'organisation actuelle des sorties des patients. Les services d'hospitalisation complète MCO ont été ciblés à l'exception de la réanimation, l'unité de soins continus et l'unité de soins intensifs de cardiologie. En effet, l'activité de ces services génère peu de sorties à domicile ou de transferts vers des structures d'aval. Les patients sont le plus souvent transférés vers un autre service de l'établissement ou vers une autre structure MCO. Cette spécificité ne semblait donc pas pertinente pour l'étude. De même, l'Unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du service des

Urgences a été écartée volontairement du champ de l'étude du fait de la très courte durée des séjours (inférieure à 48 heures).

Un questionnaire avec des questions ouvertes a été élaboré pour faciliter les entretiens semi dirigés avec les cadres. Ce questionnaire s'articule autour de quatre grands axes : la préparation de la sortie, la décision de sortie, le jour de la sortie et après la sortie. Le but était de voir si la procédure de sortie était anticipée mais aussi de vérifier les modalités d'association du patient ou de ses proches à la décision. Enfin, et surtout, ces questionnaires ont permis d'identifier les différents acteurs intervenant dans la procédure de sortie. En effet, même si la décision de sortie est une décision médicale d'autres professionnels y sont associés de manière plus ou moins efficace et surtout de manière différente en fonction des services.

Au cours des entretiens, l'hétérogénéité des fonctionnements est rapidement apparue.

2.1.2 L'état des lieux de l'organisation de la sortie du patient au GHPSO

2.1.2.1 La préparation de la sortie

Tout d'abord, il convient de distinguer les hospitalisations programmées et les hospitalisations non programmées. Lorsque l'hospitalisation est programmée, surtout s'il n'y a pas de complications durant le séjour, la date de sortie est déjà connue à l'avance par le médecin et l'équipe. Cette information est également bien souvent donnée au patient lors d'une consultation ou au plus tard au moment de son entrée. Cette organisation est d'autant plus vraie lorsque les hospitalisations sont courtes. Dans ce cadre-là, il est possible d'anticiper les besoins du patient en termes d'aval. Un patient à qui une prothèse d'épaule est posée aura besoin de rééducation. Il est donc possible de recueillir ses souhaits et ses besoins notamment pour la localisation de la structure de rééducation. Certains médecins abordent ces questions lors d'une consultation pré opératoire. Cette pratique n'est pas généralisée ce qui entraîne des disparités sur le traitement des demandes d'aval par les assistantes sociales. L'absence de formalisation de cette pratique entraîne également une perte d'information. Le service social n'est pas toujours informé des démarches effectuées par les médecins auprès des patients et les éléments collectés ne sont alors pas exploités, générant une perte d'information et un retard dans le traitement des cas.

Pour les hospitalisations non programmées, l'anticipation de la sortie ne peut s'initier qu'après l'entrée du patient. Les besoins de transfert vers une structure d'aval ne sont

bien souvent envisagés qu'au moment où la sortie du patient est imminente. Il en est de même pour les besoins en hospitalisation à domicile (HAD) ou les soins paramédicaux à domicile. Le médecin n'anticipe pas toujours ces besoins ou quand il le fait, l'information tarde à remonter aux bonnes personnes.

Or, tout retard dans l'anticipation de la sortie entraîne un allongement du séjour. Cela est encore plus vrai quand le patient doit être transféré dans une structure d'aval. La tâche de trouver une structure revient au service social. Chaque service a une assistante sociale référente. Elle doit prendre en compte les souhaits des patients dans ces recherches. Mais, moins le transfert est anticipé, plus il est difficile de les satisfaire. Ce dysfonctionnement a donc des conséquences sur la continuité des soins et la qualité de la prise en charge globale du patient.

2.1.2.2 La décision de sortie

La décision de sortie est une décision médicale. Seul un médecin est habilité à prononcer la sortie. Celle-ci est souvent conditionnée à un examen médical ou à la réception de résultats d'examens. Une des raisons de retarder une sortie pourrait donc être l'attente d'un retour de résultat d'examen. Néanmoins, cela ne semble pas être le cas au GHPSO. Lorsqu'un délai est trop long pour des examens complémentaires et quand l'état de santé du patient le permet, ceux-ci sont réalisés ultérieurement, en externe. Il ne semble donc pas y avoir de durée de séjour allongée du fait de retard de résultats d'examens.

Les dysfonctionnements rapportés ayant des conséquences sur la durée du séjour concernent plutôt l'organisation médicale interne au service. La sectorisation de certain service empêche une réelle continuité dans la prise en charge du patient. Ainsi, un médecin refusera de prononcer une sortie pour un patient qui n'est pas « le sien ». Cette organisation pose problème notamment le week-end. Il est donc possible qu'un patient reste le week-end hospitalisé car « son » médecin n'est pas de garde. Cette situation entraîne de facto une indisponibilité de lits dans certaines spécialités. Ce qui empêche l'hospitalisation de patients du SAU dans les bons services et engendre des hébergements dans d'autres services ou des hospitalisations en UHCD non nécessaires.

D'autres médecins préfèrent retarder une sortie afin d'afficher un bon taux d'occupation du service. Ce fonctionnement peut avoir deux explications. La première est d'afficher un taux d'occupation important afin de justifier du personnel attribué. La seconde est d'éviter d'avoir à accueillir des patients venants des urgences et de limiter la charge de travail importante générée par les entrées, surtout celles provenant des Urgences. Les effets pervers de ces pratiques sont l'allongement de la DMS et la minoration des recettes mais

également des difficultés dans la prise en charge lorsqu'un patient venant des urgences se retrouve hébergé dans une autre spécialité. En effet, afin de remplir la mission d'accueil propre à l'hôpital public et de limiter les transferts vers d'autres établissements, notamment pour les patients relevant de spécialité du GHPSO, la Direction encourage l'hébergement temporaire des patients dans d'autres services.

2.1.2.3 Le jour de la sortie

Malgré le travail réalisé dans le cadre du programme ANAP sur la gestion des lits, très peu de services font des sorties le matin. La plupart des sorties se fait en début d'après-midi. Cela est dû à la visite médicale qui débute rarement avant 10h et aux disponibilités des transporteurs ou des accompagnants. Dans le cas de transfert vers des structures d'aval, les patients sont le plus souvent attendus en début d'après-midi.

Le jour de la sortie, différents documents sont remis au patient. De manière générale, les ordonnances de sortie et les dates des éventuels rendez-vous sont remis au patient par la personne coordonnant la sortie. Ces éléments sont néanmoins rarement préparés la veille, alors que cela pourrait fluidifier la sortie. Le compte rendu d'hospitalisation est parfois remis au moment de la sortie mais il est plutôt envoyé par courrier ultérieurement. Quelques services ont mis en place un courrier de sortie synthétique remis à la sortie dans l'attente du compte rendu d'hospitalisation définitif. Pour les patients de chirurgie, le compte rendu opératoire est presque toujours disponible à la sortie. Cette absence de compte rendu d'hospitalisation ou de courrier au moment de la sortie constitue un risque de rupture dans la prise en charge. En effet, le médecin traitant ou le médecin adresseur n'est prévenu que plusieurs jours après la sortie. Et en cas de besoin, les éléments relatifs à l'hospitalisation ne sont pas disponibles. Par contre, lors d'un transfert, les services essaient de transmettre les éléments avec le patient ou rapidement après.

Le GHPSO a mis en place une fiche de liaison pour accompagner les patients transférés dans un autre établissement. Cette fiche permet la continuité de la prise en charge. Elle reprend les renseignements administratifs du patient ainsi que des précisions sur les soins et les cibles. Une évaluation globale du patient est également faite. Cette fiche reprend l'essentiel de la situation du patient. Une copie doit être conservée au dossier du patient, l'originale part avec lui.

La traçabilité des documents remis à la sortie du patient est un élément essentiel et fait d'ailleurs l'objet d'une attention particulière lors de la visite de certification.

2.1.2.4 Après la sortie

Les services d'hospitalisation complète n'encouragent pas les patients à les recontacter en cas de problèmes ou de questions. Le numéro mentionné sur les ordonnances semble suffire. Dans certains cas, les médecins laissent leur numéro de portable. Des services ont élaboré des documents spécifiques pour le suivi de certaines pathologies ou bien en cas de réhospitalisation prévue. Par contre, aucun contact n'est pris avec le médecin traitant à l'exception de l'envoi du compte rendu d'hospitalisation.

2.1.2.5 Personnels associés

De nombreuses catégories de personnel interviennent dans la prise en charge du patient et donc aussi logiquement au moment de sa sortie. Il n'existe pas d'organisation commune pour la sortie. Elle est variable d'un service à un autre et en fonction de la spécialité.

La coordination de la sortie est la plupart du temps assurée par un soignant. Le plus souvent, une infirmière du service s'occupe de compiler les documents nécessaires à la sortie. C'est également elle qui les remet au patient et qui les explique. Dans le service de chirurgie digestive cette tâche de coordination est confiée à une aide-soignante. Celle-ci fait la visite avec le médecin et recense ainsi les patients sortants. Elle s'occupe ensuite de réunir tous les documents nécessaires.

Les assistantes sociales sont quant à elles sollicitées pour un transfert vers une structure d'aval ou quand la situation sociale du patient le nécessite.

Les secrétaires médicales sont bien évidemment un maillon important dans la sortie car ce sont elles qui frappent le compte rendu d'hospitalisation. Elles sont aussi parfois chargées de prendre les rendez-vous pour les consultations futures ou bien appeler une ambulance. Mais ces tâches ne leur sont pas réservées car en fonction des services, elles peuvent être effectuées par un soignant.

Le cadre de santé a aussi un rôle important. Il fait le lien entre l'équipe soignante et les médecins. Les soignants étant au contact quotidien avec les patients et leurs proches, ils peuvent avoir des informations importantes qui sont à prendre en compte dans l'organisation de la sortie. Bien souvent, ce sont les soignants qui identifient et signalent les DMS atypiques ou les retards dans la décision de sortie. Ces situations sont rapportées au cadre et celui-ci interpelle les médecins.

2.1.2.6 Les outils

L'absence d'organisation commune de la sortie du patient entraîne une diversité des outils utilisés au GHPSO. En effet, à l'exception de la fiche de liaison qui est institutionnelle, tous les autres documents présentés sont spécifiques à un service.

Le service social s'est doté de différentes fiches. Ces documents reprennent la situation du patient au niveau médical, soignant et social. Ces éléments sont indispensables pour une demande d'admission en soins de suite. Ces fiches doivent être remplies par les personnes concernées c'est-à-dire le médecin et l'équipe soignante. La rapidité de leur retour ainsi que leur exhaustivité sont importantes pour ne pas prendre de retard dans la demande d'admission et donc dans la prise en charge. Plus ces éléments sont anticipés, plus le transfert peut se faire rapidement et garantir la continuité de la prise en charge. La transparence vis-à-vis des structures partenaires est essentielle. Une situation de confiance doit être établie. En effet, le risque en minimisant certains aspects est de voir ensuite cette structure refuser les futures demandes d'admission.

Le service de chirurgie digestive a développé un outil interne pour faciliter la procédure de sortie. Cette enveloppe de format A4 (annexe 2) permet de recenser les éléments nécessaires pour la sortie du patient et ainsi de vérifier que tous les éléments demandés sont rédigés. Les originaux sont remis au patient et les copies sont mises dans l'enveloppe. Cette dernière est ensuite ajoutée au dossier patient. Cette enveloppe comporte deux avantages : le premier est la fiabilité de la transmission de l'information par le biais de cette liste. Ainsi, si différentes personnes interviennent dans la sortie, elles peuvent se référer au même support. Elles ont ainsi la même information. Le second concerne la traçabilité des informations données au patient. Trop souvent, l'intégration au dossier patient des copies des documents est omise, fragilisant ainsi la qualité de la prise en charge.

A l'issue de cet état des lieux, même si les organisations sont différentes, des initiatives au sein des services existent. Pour proposer une amélioration générale de l'organisation de la sortie du patient, il convient de s'appuyer sur ces démarches.

2.2 « Mieux communiquer avec le patient au moment de sa sortie »

Le PNSP prévoit dans son axe 1 : « Information du patient – le patient co-acteur de sa sécurité »¹² des actions visant à améliorer la sortie du patient. Pour cela des documents ont été élaborés et diffusés par la HAS récemment. Afin de mettre en œuvre le PNSP et les actions concernant la sortie du patient au GHPSO, le choix a été fait de s'appuyer sur les équipes, pour des raisons managériales et d'acceptation.

2.2.1 Associer les équipes pour améliorer la sortie du patient.

2.2.1.1 La constitution d'un groupe de travail pluriprofessionnel

Afin de rester proche de la réalité des organisations des services du GHPSO, un groupe de travail a été constitué afin de proposer un outil adapté à la réalité de l'établissement.

Les différentes catégories de professionnels intervenant dans la sortie du patient ont été intégrées à ce groupe. Les membres sont volontaires. Le périmètre a été restreint aux pôles de médecine et de chirurgie pour faciliter le travail commun. Sa constitution est la suivante : quatre cadres de santé (deux de médecine, deux de chirurgie), un cadre paramédical de pôle, deux secrétaires médicales et deux assistantes sociales. Des médecins ont également été sollicités mais de manière infructueuse bien que la démarche ait été présentée aux deux chefs de pôle.

2.2.1.2 Le partage d'expériences pour constituer une base de travail commune

La première réunion a permis de vérifier que les dysfonctionnements observés lors de l'état des lieux étaient partagés.

Le premier concerne l'absence d'anticipation. Ce constat est partagé sur les deux champs d'investigation : médecine et chirurgie. Même si l'organisation diffère entre les types d'hospitalisation (programmée ou non programmée), un manque d'anticipation dans la préparation de la sortie est observé dans la plupart des services. Pour les hospitalisations programmées, il n'y a pas systématiquement d'évaluation des besoins du patient en

¹² Tableau récapitulatif des actions du PNSP, élaboré par la DGOS, la DGS et la HAS, février 2013 : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_pour_la_securite_des_patients_-_2013_-_2017_-_tableau_recapitulatif_action-2.pdf

termes d'aval au moment de la consultation. Les outils mis à disposition par le service social ne sont pas correctement utilisés. Un rappel aux équipes soignantes est à faire par les cadres. Concernant la sensibilisation des médecins, il convient de s'appuyer sur les chefs de pôle pour un rappel des bonnes pratiques.

D'autre part, le choix du mode de sortie n'est pas toujours conforme à la réalité de la prise en charge. L'Association de coordination sanitaire et sociale de l'Oise (ACSSO) qui organise l'HAD sur le territoire, rencontre des difficultés dans la prescription de l'HAD. La qualification du besoin en HAD n'est pas toujours le reflet de la réalité sanitaire du patient. La prescription papier peut aussi être mal rédigée ce qui ne permet pas la qualification de la prise en charge en HAD. Ces difficultés associées au manque d'anticipation de la sortie entraînent des retards dans la prise en charge des patients du GHPSO par l'ACSSO. Ces situations sont le plus souvent rectifiées au moment de l'évaluation du patient par une infirmière de l'ACSSO dans le service d'hospitalisation, mais la qualité de la prise en charge en pâtit et ce dysfonctionnement peut entraîner un maintien en hospitalisation complète non nécessaire. A l'inverse, il est arrivé qu'un patient retourne à domicile alors qu'il aurait nécessité la mise en place d'aides à domicile mais celles-ci n'ont pas été demandées lors de l'hospitalisation. Les assistantes sociales du GHPSO sont sollicitées alors que le patient est sorti.

Un autre dysfonctionnement majeur concerne la fragilité de la continuité des soins au moment de la sortie du fait de l'absence de certaines informations. Les comptes rendus d'hospitalisation sont rarement remis au patient à sa sortie. Les ordonnances sont parfois incomplètes ou absentes et génèrent des appels des patients ou des officines de ville pour connaître ou compléter un traitement.

Enfin, les informations et documents donnés au moment de la sortie ne font pas toujours l'objet d'une traçabilité dans le dossier du patient. Cette carence génère un risque pour la qualité de la prise en charge et la continuité des soins.

Pour répondre à ces dysfonctionnements partagés, les membres du groupe se sont accordés sur l'utilité d'un document permettant de faciliter la sortie du patient.

2.2.2 La mise en œuvre de l'action 10 du PNSP

La HAS a développé début 2015 un modèle de check-list de sortie (annexe 3) accompagné d'un guide d'utilisation et d'une note méthodologique¹³. Dans son guide, la HAS affirme que le document doit faire l'objet d'une appropriation par les équipes et d'une utilisation différenciée en fonction des établissements.

2.2.2.1 La check-list dans le milieu sanitaire

Cette check-list de sortie proposée par la HAS est dans la lignée du modèle élaboré en 2010 pour le bloc opératoire. La check-list opératoire s'inspire de la check-list développée dans l'aviation¹⁴. Suite à un incident survenu en 1935 lors d'un meeting aérien, un groupe de réflexion réunissant des pilotes expérimentés élaborèrent une check-list utilisable par tous les pilotes et permettant de vérifier les points indispensables situés aux étapes clés du processus (décollage, vol, atterrissage et garage). La check-list est depuis un outil récurrent dans l'industrie et l'aéronautique pour réduire le risque d'erreur.

Cet outil s'est étendu au domaine de la santé aux Etats – Unis au début des années 2000 dans les procédures à risque. Le premier champ d'utilisation fut celui des cathéters veineux centraux dans les services de réanimation dans le but de réduire les surinfections. Repris par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2008, la check-list a pour but de réduire le nombre de complications et de décès postopératoires.

En France, l'utilisation d'une check-list pour améliorer la sécurité des patients au bloc opératoire a été rendue obligatoire par la HAS en 2010. Cette check-list s'inscrit dans la procédure de certification v2010 et répond à l'exigence d'accréditation des médecins de spécialités à risque. La constitution de la check-list française s'est inspirée du modèle développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Mais c'est avant tout le fruit d'un travail interdisciplinaire. Le groupe de travail réunissait des chirurgiens, des anesthésistes, des infirmiers mais également des représentants des usagers. L'objectif de ce groupe était de produire un outil « utile, utilisable, utilisé »¹⁵. Le nombre d'item retenus est volontairement limité à dix afin de garantir son acceptabilité par les équipes. En effet, il est important que les équipes s'approprient l'outil et l'utilisent. Pour cela, il convient qu'il

¹³http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2035081/fr/check-list-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h

¹⁴CASASSUS P., AMALBERTI R., BALLY B., et al., Octobre 2011, « De l'avion au bloc opératoire : première introduction de la check-list en France. Analyse de son application par les médecins engagés dans l'accréditation des disciplines à risque », *Risques et qualité en milieu de soins*, vol.8, n°3, pp. 179-188

¹⁵CABARROT P., LE MOIGN R., décembre 2009, « Check-list. Sécurité du patient au bloc opératoire », *Risques et qualité en milieu de soins*, vol.6, n°4, pp. 211-216

soit simple d'utilisation et surtout que cela ne génère pas une charge de travail supplémentaire pour les professionnels.

Cette check-list est exigible depuis le 1^{er} janvier 2010 dans les blocs opératoires. L'extension de l'utilisation d'une check-list pour la sortie du patient se fait aussi dans un contexte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Mais à ce jour, l'utilisation d'une telle check-list, recommandée par la HAS, ne revêt pas de caractère obligatoire.

Outre la vérification ultime de points clés, la check-list est également un outil de communication entre les professionnels. La vérification est partagée par tous les professionnels intervenant au bloc opératoire. Elle doit être vérifiée oralement. Elle est accompagnée d'un mode d'emploi précisant « qui fait quoi et comment ».

Néanmoins, la check-list de sortie proposée dans le cadre du PNSP est moins normée car elle n'est pas liée à une pratique à risque ni à des actes techniques spécifiques. Pour qu'elle soit acceptable par les équipes et surtout utilisée, elle doit être adaptée et travaillée au niveau local en faisant participer les professionnels à son élaboration.

2.2.2.2 Proposition d'une check-list de sortie propre au GHPSO

La mise en place d'une check-list de sortie doit permettre de juguler les dysfonctionnements identifiés lors de l'état des lieux de l'organisation de la sortie au GHPSO. Celle développée par la HAS n'a pas fait l'unanimité au sein du groupe. Les items proposés sont trop complexes et trop éloignés de la réalité du terrain. Il semble en effet impossible de vérifier pour chaque sortie la disponibilité du traitement prescrit en officine de ville par exemple. C'est pourquoi une check-list propre au GHPSO semble préférable pour l'appropriation de l'outil. D'autant plus que des initiatives locales existent. Le service de Chirurgie digestive a développé une enveloppe sur laquelle les documents remis au patient sont listés. La Neurologie a également une check-list propre qui permet de s'assurer que tout a été remis au patient avant sa sortie y compris ses effets personnels avec lesquels il est venu.

La proposition du groupe de travail a plusieurs objectifs. Le plus évident est l'exhaustivité des éléments nécessaires à la suite de la prise en charge du patient après sa sortie. Le fait de lister les documents potentiellement nécessaires au patient au moment de sa sortie (comme le bon de transport) ou immédiatement après (comme l'ordonnance) évite d'omettre des pièces. Cette liste est destinée à tous les professionnels intervenant dans l'organisation de la sortie y compris les médecins. La visualisation de la liste des

documents potentiels doit amener les acteurs à s'interroger sur les besoins particuliers du patient.

La formalisation d'un document unique et utilisé par tous doit également favoriser le partage de l'information et la continuité de la prise en charge au moment de la sortie. Les intervenants potentiels au moment de la sortie étant multiples, l'harmonisation des pratiques et l'utilisation d'un seul support sont un gage de fiabilité dans la transmission de l'information. Ainsi, l'information relative aux besoins du patient pour finaliser sa sortie est formalisée et consultable par tous. Ce qui s'avère être un atout au moment du changement d'équipe.

Le choix a été fait d'une double validation des documents en scindant le processus en deux étapes : l'identification du besoin et l'effectivité du document. Le but recherché est ici de vérifier l'information. En effet, une des difficultés rencontrées était le suivi entre le besoin et la remise du document au patient, notamment en cas d'intervenants multiples dans le processus de sortie.

La maquette de la check-list réalisée par Mme TROUSSELLE, cadre de la Pneumologie, est jointe en annexe (annexe 4)

On est ici pleinement dans le rôle de la check-list qui consiste à éviter la survenue du dysfonctionnement ou de l'erreur.

2.2.2.3 La plus-value de l'utilisation de la check-list

L'instauration de cette check-list de sortie propre au GHPSO est aussi un moyen d'encourager les professionnels et notamment les médecins, à anticiper la sortie. Pour être efficace cette fiche doit être préparée au moment de l'arrivée du patient dans le service. Cela doit sensibiliser les professionnels au devenir du patient après l'hospitalisation dès l'admission dans le service. Cette prise de conscience doit encourager le dialogue pluridisciplinaire sur le devenir du patient. L'anticipation de la sortie est effectivement le meilleur moyen de garantir la qualité et la continuité de la prise en charge. Anticiper la sortie permet également de satisfaire au mieux les attentes du patient. Dans le cas d'un besoin en rééducation par exemple, les souhaits du patient sont recueillis mais ils ne peuvent pas toujours être satisfaits, d'autant plus lorsque la demande d'admission se fait « en urgences ». Ne pas répondre aux souhaits du patient peut avoir des conséquences sur son implication dans le reste de la prise en charge pouvant aller jusqu'au refus des soins complémentaires proposés.

Les pouvoirs publics, au moyen du PNSP entre autre, cherchent à impulser une logique d' « empowerment » de la part du patient, c'est-à-dire l'investissement par le patient lui-même, des conditions de sa prise en charge et de sa santé. La recherche d'une plus grande fluidité du parcours patient au travers l'amélioration de l'organisation du séjour et de la sortie participe à cette démarche d'association du patient à sa prise en charge.

Au GHPSO, la généralisation de cette check-list est envisagée après un période de test. Elle doit être perçue comme un élément de l'amélioration du séjour patient et donc un moyen d'optimiser l'activité. Pour cela, son élaboration est faite de manière progressive en recherchant le consensus entre les membres du groupe de travail. Sa présentation lors d'une réunion de cadres est souhaitée par le Directeur des soins.

2.2.3 La mise en œuvre limitée de l'action 9 du PNSP

Comme pour l'action 10, la HAS a proposé un document de sortie d'hospitalisation¹⁶. Cette fiche s'accompagne d'une fiche d'utilisation.

2.2.3.1 Les propositions pour améliorer le compte rendu d'hospitalisation et sa diffusion par le groupe de travail

Une des propositions du groupe de travail concerne l'amélioration du compte rendu d'hospitalisation et son délai de réalisation et d'envoi. Cet élément est un point bloquant pour la qualité de la sortie et il regroupe plusieurs aspects.

Tout d'abord, un élément important concerne la transmission des informations nécessaires à la réalisation du compte rendu d'hospitalisation. La tendance générale est d'attendre la fin de l'hospitalisation pour transmettre les informations relatives à la prise en charge médicale. Or, un bon nombre d'éléments pourrait être renseigné au cours de l'hospitalisation, notamment toute la partie relative aux antécédents et diagnostic initial. Le contenu d'un compte rendu d'hospitalisation peut se détailler de manière consensuelle, en trois parties : les renseignements administratifs, les renseignements cliniques et les renseignements concernant la sortie. Les deux premières parties peuvent être anticipées et doivent même être alimentées tout au long du séjour. Pour cela, le médecin doit faire régulièrement des synthèses médicales et les transmettre aux secrétaires. En respectant ces règles, il ne reste plus que la partie relative à la sortie à renseigner à l'issue du séjour.

¹⁶http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1777678/fr/document-de-sortie-d-hospitalisation-superieure-a-24h

Cette partie peut même être anticipée en partie la veille de la sortie. Cette organisation doit permettre une meilleure fluidité dans la frappe des comptes rendus d'hospitalisation et rendre possible la remise du document définitif au moment de la sortie.

La saisie du compte rendu d'hospitalisation peut aussi être améliorée grâce à l'outil informatique. En effet, les logiciels de dossier patient informatisé proposent des aides à l'élaboration du compte rendu, voire la possibilité d'éditer directement un document d'après les éléments saisis au dossier. Mais cette solution a un coût important pour un établissement de santé. Une solution intermédiaire évoquée par le Chef de pôle de Chirurgie est de travailler à l'élaboration de « compte rendu d'hospitalisation type » pour certaines interventions chirurgicales. Cette solution a l'avantage de faire gagner du temps à la frappe puisque seules les parties spécifiques au patient et à sa situation particulière sont à renseigner.

2.2.3.2 Les limites de la transposition du document de sortie de la HAS au GHPSO

Si les propositions évoquées plus haut concernent directement le compte rendu d'hospitalisation, la proposition de la HAS consiste en un nouvel outil qui viendrait se substituer au modèle actuel de compte rendu d'hospitalisation utilisé au GHPSO. Actuellement, le celui-ci est saisi dans le module « bureautique » du logiciel de gestion administrative du patient. Saisi dans un document Word, il comporte des items obligatoires prédéfinis et communs à toutes les hospitalisations :

- motif de l'hospitalisation
- antécédents
- histoire de la maladie
- évolution au cours du séjour
- conclusion

Ces étapes doivent être renseignées par le médecin et guider la secrétaire médicale dans la frappe de son compte rendu.

Le document de sortie d'hospitalisation proposé par la HAS comporte également des rubriques obligatoires :

- motif d'hospitalisation
- synthèse médicale du séjour
- actes techniques, examens complémentaires et biologiques
- traitement médicamenteux
- suite à donner

On voit donc que les éléments compris dans le compte rendu d'hospitalisation du GHPSO correspondent dans les grandes lignes aux exigences de la HAS même si les appellations diffèrent un peu. Cette concordance est d'autant plus souhaitable que l'indicateur qualité (IPAQSS) relatif au compte rendu d'hospitalisation va évoluer pour prendre en compte les rubriques obligatoires. Ainsi, l'indicateur du délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation va être progressivement remplacé. Dans un premier temps, seul le délai de mise à disposition le jour de la sortie sera pris en compte puis l'évolution du contenu exigé sera évaluée.

L'outil utilisé au GHPSO prend donc en compte ces exigences. Néanmoins, la difficulté est que ces items obligatoires soient correctement renseignés et surtout le soient dans un délai raisonnable. L'obstacle principal évoqué est le retard des médecins pour dicter les éléments nécessaires à la réalisation du compte rendu d'hospitalisation. De plus, même si les rubriques obligatoires sont renseignées, rien ne garantit leur exhaustivité. Cela est d'autant plus dommageable que le codage des séjours est fait au vue du compte rendu d'hospitalisation. Le retard dans son élaboration entraîne un retard dans le codage et donc dans la facturation avec des répercussions sur la trésorerie de l'établissement.

Impliquer les médecins dans des démarches d'amélioration des organisations n'est pas toujours chose aisée. La constitution du groupe de travail sur l'amélioration de la sortie du patient évoqué plus haut en est un exemple. Bien que certains aient été sollicités et invités à participer, aucun médecin n'a pu se libérer. Il semblait donc stérile de travailler sur l'organisation de production du compte rendu d'hospitalisation en l'absence des principaux acteurs. De même, les secrétaires médicales ont également un rôle à jouer dans l'amélioration de la production de ce document de fin d'hospitalisation. Mais cet aspect a été volontairement écarté du champ d'action du groupe de travail. Une action spécifique à la réorganisation des secrétariats médicaux est en cours en lien avec le projet performance de l'établissement. Il doit aborder le sujet du compte rendu d'hospitalisation.

La mise en œuvre du PNSP au GHPSO a permis d'initier un travail sur l'amélioration de l'organisation de la sortie du patient. L'implication des différents acteurs est réelle et doit

être soulignée. D'autres actions peuvent encore être menées afin d'optimiser les organisations.

3 Le nécessaire questionnement des organisations actuelles

3.1 L'importance de coordonner les acteurs de la sortie du patient

Plusieurs acteurs interviennent lors de l'organisation de la sortie. Chacun a un rôle propre et indispensable. Même si les organisations peuvent varier et qu'il n'existe pas un seul modèle, tous les professionnels doivent être associés.

3.1.1 Envisager le séjour du patient dans sa globalité afin d'anticiper la sortie du patient

3.1.1.1 Améliorer l'entrée du patient pour mieux anticiper sa sortie

Pour anticiper au mieux la sortie du patient, celle-ci doit être envisagée au plus tard au moment de l'admission du patient dans le service. Améliorer l'organisation de l'arrivée du patient dans le service est aussi un moyen d'agir sur l'ensemble du séjour du patient y compris sur sa sortie.

Pour les patients programmés, nous avons convenu que les besoins du patient devaient être évalués au moment de la consultation précédant l'hospitalisation. C'est à ce moment que le médecin doit questionner le patient sur ses besoins et transmettre les informations aux personnes compétentes, notamment le service social pour les prévisions de soins de suite. On pourrait envisager une évaluation sociale systématique du patient avant son hospitalisation pour les patients programmés ou le jour de l'admission pour les patients non programmés. Cette évaluation permettrait, comme pour l'évaluation paramédicale, d'anticiper les besoins du patient et ainsi préparer au mieux et le plus en amont possible la sortie du patient. Ainsi, au moment de l'admission du patient dans le service de soins, la personne qui accueille le patient doit s'assurer de l'effectivité de l'évaluation préalable ainsi que de la transmission des informations récoltées. La préparation de la check-list de sortie du patient doit se faire au moment de l'entrée. Les informations relatives aux modalités de sortie déjà connues par le service (soins à domicile) ou demandées par le patient (bon de transport, arrêt de travail) peuvent, d'ores et déjà, être mentionnées sur la fiche et anticipées.

3.1.1.2 Impliquer les médecins dans le processus de sortie

Comme nous l'avons vu, la sortie du patient est une décision médicale. Le médecin a donc un rôle primordial dans cette étape du parcours du patient. Néanmoins, leur implication et les échanges avec les autres professionnels sont variables.

Un des principaux enjeux, notamment pour les médecins spécialistes est de les faire sortir de la logique de « prise en charge d'organe » pour une prise en charge plus globale du patient. Un patient peut être considéré comme pouvant sortir sans aides complémentaires pour la pathologie pour laquelle il est hospitalisé, mais nécessiter de l'aide pour d'autres raisons. Cette prise de conscience par le médecin permet d'anticiper les besoins du patient en amont de sa sortie. Il arrive que le médecin déclare le patient sortant mais que l'équipe paramédicale ou sociale s'oppose à la sortie car le contexte social ou psychologique du patient n'est pas compatible avec un retour à domicile. Le patient est alors maintenu en hospitalisation. Or, il ne relève plus de ce type de prise en charge et cela peut avoir des conséquences non négligeables pour le patient, le service et l'établissement. La sensibilisation des médecins est primordiale pour anticiper au mieux la suite du parcours de soins du patient.

L'outil informatique Via Trajectoire est de nature à favoriser cette implication médicale pour les services utilisateurs. Déployé sur vingt et une régions, ce logiciel de demande d'admission, via internet sécurisé, s'adresse aux différents professionnels intervenant dans la prise en charge mais également aux usagers. Il concerne la recherche de structures d'aval sanitaire (HAD, soins de suite) ou médico-social (EHPAD, FAM, MAS...). Cet outil interactif permet de mettre en relation prescripteur et receveur et ainsi de proposer la meilleure prise en charge pour le patient. L'utilisation de ce logiciel par les médecins hospitaliers leur permet de prendre en compte la globalité du patient, ses besoins et ses souhaits. Il est actuellement en cours de déploiement au GHPSO. Il a été noté une meilleure implication dans le devenir des patients, par les médecins utilisant Via Trajectoire.

3.1.1.3 S'appuyer sur les cadres pour développer une réelle pluridisciplinarité de la décision de sortie

Un des acteurs importants dans l'amélioration de l'organisation de la sortie du patient est le cadre de santé. Le cadre est le garant de la bonne organisation du service de soins. Il fait le lien entre l'équipe soignante, les médecins et la Direction. C'est bien souvent au cadre que remonte le signalement d'une difficulté rencontrée et ayant des conséquences pour la continuité de la prise en charge d'un patient après la sortie. Le cadre a aussi un

rôle important dans le suivi de la disponibilité des lits de son service. Ainsi, il est tout à fait légitime pour suivre les DMS et alerter sur les atypies. Un travail conjoint avec le chef de service sur ce sujet est indispensable.

L'organisation de staffs pluridisciplinaires dans les services de soins permet à tous les acteurs de la prise en charge hospitalière de se réunir et d'échanger sur la situation des patients. Le cadre est légitime à proposer ce type de réunion qui permet de faire prendre conscience l'ensemble des acteurs des différentes problématiques d'un patient. Cette prise de conscience et cet échange pluridisciplinaire est profitable aux patients mais également aux équipes. Une situation difficile peut parfois être rapportée par un aide-soignant car ses relations avec le patient ne sont pas les mêmes que le médecin. Ces staffs pluridisciplinaires sont aussi un moyen managérial de valoriser les personnels dans leurs fonctions et dans leurs responsabilités. En effet, chaque professionnel est légitime et participe à la bonne prise en charge du patient.

3.1.1.4 Le pôle, une structure à valoriser dans les démarches d'amélioration des organisations

Des actions au niveau des pôles peuvent être envisagées en s'appuyant sur le cadre paramédical de pôle et le chef de pôle. Les bureaux de pôles sont des moments où sont abordées les difficultés liées à l'organisation d'un service ou plus globalement celles liées à la prise en charge. Ces réunions sont des lieux à privilégier pour faire passer des messages aux médecins chefs de structures sur les dysfonctionnements observés ou les évolutions d'organisation proposées. Ces réunions sont encore peu développées au GHPSO mais doivent s'intensifier notamment dans le cadre du projet performance. La négociation des contrats de pôles est aussi un moyen de mettre en place des actions correctives sur certains sujets. L'amélioration de l'organisation de la sortie du patient peut être un des éléments présent au contrat de pôle et ainsi impulser une dynamique plus globale.

La coordination interne du service hospitalier est donc un élément central de la qualité de la prise en charge du patient mais cette coordination doit également être étendue aux partenaires extérieurs.

3.1.2 La coordination du parcours avec les autres acteurs

Le parcours de soins du patient n'étant pas limité à la prise en charge hospitalière, une coordination avec les acteurs extérieurs doit être développée.

3.1.2.1 Une évolution des outils permettant une meilleure communication

Le partage d'information est un des éléments décisifs de la continuité de la prise en charge. Cependant, la communication reste parfois difficile entre les différents intervenants, surtout ceux n'appartenant pas à la même structure. Le délai et les modalités d'envoi de compte rendu d'hospitalisation en sont un exemple.

Hormis le retard que peut prendre un médecin et/ou la secrétaire dans l'élaboration du compte rendu d'hospitalisation, la transmission des informations pose également des difficultés. Le développement des messageries sécurisées et leur généralisation devraient faciliter les échanges entre les différents professionnels intervenant dans la prise en charge et plus particulièrement entre le médecin hospitalier et le médecin traitant. Cette modalité de partage est également encouragée par la HAS dans la fiche d'utilisation du document de sortie d'hospitalisation. L'envoi des comptes rendus d'hospitalisation par messagerie plutôt que courrier raccourcit les délais. Mais parallèlement, un effort important doit être réalisé par les établissements de santé pour améliorer la production du compte rendu d'hospitalisation conformément aux exigences de qualité de la HAS.

La généralisation et l'utilisation du dossier médical personnel (DMP) pourrait également être un élément facilitateur de communication entre les différents professionnels de santé. De plus, cet outil informatique partagé est aussi accessible au patient. Son utilisation et son exhaustivité permettent de remplir l'exigence d'information avec le patient. Les documents remis lors de l'hospitalisation doivent aussi être intégrés au DMP ce qui facilite les échanges entre les professionnels et garantit la continuité de la prise en charge. Cependant, son déploiement reste très limité. Malgré l'annonce en 2013 du DMP 2^{ème} génération et la création de 556 539 DMP au 30 septembre 2015¹⁷, son utilisation et son alimentation posent question. En effet, bon nombre d'établissements de santé ne sont pas équipés de système d'information hospitalier (SIH) interopérable avec le DMP. Un investissement est alors nécessaire.

Tous ces outils techniques sont bien évidemment une amélioration pour la prise en charge et la continuité des soins. Cependant, leur déploiement dans les établissements

¹⁷ Source : <http://www.dmp.gouv.fr/>

de santé a un coût important mais aussi des conséquences organisationnelles non négligeables. Dans le contexte financier actuel de nombreux établissements limitent leurs investissements. L'émargement au programme « hôpital numérique » visant à accompagner les établissements de santé dans la modernisation de leur système d'information apporte des solutions mais cela reste un investissement important que tous les établissements de santé ne peuvent pas initier aujourd'hui.

3.1.2.2 L'apparition de nouveaux métiers : l'exemple du coordonnateur de parcours

Pour faire face à la complexité des parcours et la multiplicité des modes de prises en charge, de nouvelles professions sont apparues ces dernières années. Les coordonnateurs de soins ou de parcours en sont un exemple.

De formation paramédicale, infirmière le plus souvent, le coordonnateur a la charge d'organiser la prise en charge et de coordonner les différents acteurs intervenant dans la prise en charge à domicile. Il n'a pas de fonction soignante auprès du patient mais seulement un rôle de facilitateur. Cette mission complexe et chronophage semble difficilement possible pour le médecin traitant. Cette démarche est initiée par le médecin traitant ou le patient. Après avoir évalué les besoins du patient, le coordonnateur propose une organisation et une planification de la prise en charge à domicile en prenant en compte les offreurs de soins déjà connus du patient. Le coordonnateur n'impose pas des professionnels au patient, mais l'aide dans ses choix. Il apporte également une aide matérielle. Il peut former les professionnels intervenant au domicile à certaines techniques ou à l'utilisation de matériel particulier. Il met aussi à disposition des supports pour faciliter la prise en charge comme la préparation d'ordonnance par exemple pour le renouvellement des fournitures de pansement afin que rien ne soit oublié. Cette démarche facilite le travail du médecin traitant mais aussi de l'infirmière libérale. Le coordonnateur s'assure également de la disponibilité du matériel nécessaire à l'installation du patient au domicile. Il entretient des liens avec tous les maillons de la chaîne de prise en charge dans le but de favoriser les démarches du patient.

Différents éléments existent pour faciliter la coordination des professionnels de santé intervenant dans le parcours de soins des patients. Des initiatives locales sont aussi développées.

3.2 Propositions et innovations pour améliorer le processus de sortie du patient

La coordination est un élément décisif dans l'organisation de la sortie. Certaines initiatives ou propositions existent. Une réflexion sur leur transposition ou leur généralisation doit être menée.

3.2.1 La fonction d' « organisateur de sortie »

Comme nous l'avons vu, l'organisation de la sortie mobilise différents professionnels. Afin d'améliorer son efficacité, l'idée d'un coordonnateur interne à l'établissement ou d'un organisateur de sortie pourrait être envisagée.

Dans leur ouvrage traitant de la coordination dans le parcours de soins¹⁸, Marie-Aline BLOCH et Léonie HENAUT dressent un portrait des différents profils de coordonnateurs. Le gestionnaire de cas est apparu au début des années 1980 dans les pays anglo-saxons et au Japon. Ces professionnels permettent de fluidifier le parcours des personnes âgées. Ce modèle a été repris en France à partir de 2009 dans le cadre de la coordination des patients Alzheimer, conformément au plan Alzheimer. Ces professionnels ont un rôle d'évaluation de la personne et de son environnement. Elles accompagnent les personnes en perte d'autonomie et facilitent leur orientation au sein de leur parcours de prise en charge. Réservée au cas complexes, cette fonction pourrait être transposée, à un niveau moindre, en milieu hospitalier.

A mi-chemin entre le « gestionnaire de cas » des Maisons de l'autonomie et pour l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA) et du « bed manager » à l'hôpital, une fonction d' « organisateur de sortie » au niveau d'un établissement pourrait être envisagée. La principale difficulté observée dans l'organisation de la sortie concerne la coordination entre les acteurs internes (médecins, service social, soignants) mais également avec les partenaires externes à l'établissement (HAD, structures d'aval, SSIAD...). La désignation d'une personne référente au niveau de l'établissement ou du pôle d'activité peut alors être pertinente surtout pour les situations les plus complexes. En effet, certains cas peuvent mobiliser différents acteurs sur des temps plus ou moins longs. Cette fonction pourrait être remplie par un soignant ou bien un administratif et éventuellement être proposée à un agent nécessitant un reclassement.

¹⁸BLOCH M-A., HENAUT L., HAVIS D. 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod, 315 p.

La désignation d'un gestionnaire de sortie permettrait aux professionnels de se recentrer sur leurs missions au sein des services et de rendre plus efficaces, car centralisées, les démarches visant à régler ces situations complexes. De plus, la désignation d'un référent faciliterait les échanges avec les partenaires de l'établissement. En effet, les structures d'aval rencontrent souvent des difficultés pour communiquer avec les services ayant pris en charge les patients dont ils s'occupent. Le gestionnaire de sortie serait alors le contact de ces structures facilitant ainsi la communication et garantissant l'efficacité de la prise en charge, en améliorant simultanément la satisfaction des partenaires, la qualité et la continuité de la prise en charge des patients.

Enfin, cette fluidification du parcours du patient hospitalisé, permet une possibilité de développement de l'activité en optimisant les capacités des services et ainsi les recettes pour l'établissement.

Cette solution nécessite d'affecter du personnel à cette tâche ou alors de revoir l'organisation des services pour dégager suffisamment de temps agents pour cette mission. En contrepartie, les services doivent s'engager à faciliter la tâche du gestionnaire de sortie mais surtout à développer leur activité à capacité égale ou bien à réduire leur nombre de lits et ainsi réduire les effectifs et les dépenses.

Les modifications des organisations internes sont donc un levier d'amélioration de l'organisation de la sortie.

3.2.2 La Plateforme Parcours Patient du Centre Hospitalier Annecy Genevois

Pour réussir à améliorer la sortie du patient, plusieurs éléments sont nécessaires. L'ensemble des professionnels doivent être mobilisés et travailler ensemble pour l'intérêt du patient. De plus, il est nécessaire pour les équipes hospitalières de s'ouvrir aux partenaires extérieurs pour garantir la continuité de la prise en charge. Le Centre Hospitalier Annecy Genevois (CHANGE) a réuni tous ces éléments au sein d'une même organisation.

La « plateforme parcours patient » est un dispositif intervenant dans l'organisation des sorties complexes, c'est-à-dire celles concernant les patients ayant une durée de séjour atypique. Elle se substitue aux services lorsque l'organisation de la sortie, basée sur l'anticipation et le repérage des situations complexes, n'est pas suffisante. L'équipe intervenant sur cette plateforme est pluridisciplinaire. Elle réunit un médecin gériatre, pour les patients âgés, un médecin polyvalent, pour les autres catégories de patients, des assistantes sociales et une infirmière.

Cette cellule autonome prend en charge les patients des différents services. Elle leur propose un accompagnement personnalisé en fonction de leur profil, pathologique ou social. La prise en charge est volontairement tournée vers l'extérieur. Les professionnels sont chargés d'activer tous les relais voire de créer des prises en charge innovantes dans un but de continuité de la prise en charge du patient au-delà de l'hôpital et permettre ainsi une sortie effective. Pour cela, des liens sont créés avec les structures d'aval partenaires. Ces relations ne sont pas formalisées ni matérialisées par des conventions, mais un réel travail de coordination et de communication est fait par l'équipe. Les échanges entre professionnels sont basés sur la confiance. Cette cellule a pour but de décloisonner le CHANGE et de développer le lien ville hôpital indispensable à une prise en charge de qualité.

Cette ouverture se traduit par des visites des membres de la plateforme dans les structures d'aval. Les professionnels vont jusqu'à accompagner l'installation de matériel au domicile du patient pour garantir la qualité du retour à domicile de ces patients complexes. Les médecins de la plateforme parcours patient participent également à des actions en lien avec les collectivités.

La mise en place de cette plateforme doit permettre d'améliorer la qualité et la continuité de la prise en charge mais également d'optimiser les ressources des services et de développer l'activité. Le dispositif est évalué grâce au suivi du taux de réhospitalisation mais également de la DMS des séjours dépassant la borne haute.

Cette proposition innovante touche les organisations. D'autres améliorations sont aussi possibles d'un point de vu matériel.

3.2.3 Les salons de sortie

Le programme de gestion des lits de l'ANAP ambitionnait de généraliser la sortie le matin. Or, il s'avère que cette organisation est difficile à mettre en œuvre même si tous les services anticipent correctement leurs sorties. En effet, une partie de l'organisation de la sortie échappe aux services hospitaliers. L'intervention des autres acteurs de la prise en charge (structures d'aval, transporteurs) est parfois nécessaire et peut modifier l'organisation de la sortie, propre au service.

Il est rare qu'un patient effectue sa sortie seule. Du fait de son état de santé ou pour de raisons logistiques, le patient sortant a souvent besoin d'une tierce personne pour quitter effectivement l'établissement. Ces patients bloquent les lits d'hospitalisation alors qu'ils

sont sortis administrativement et médicalement pour le service. Il n'est pas possible de préparer le lit pour le patient suivant et cela empêche une prise en charge rapide des patients venant des Urgences. Pour permettre de préparer la chambre, ces patients « sortis mais encore présents » ne doivent pas être maintenus dans leur lit d'hospitalisation. Pour cela, des salons de sortie pourraient être proposés dans les établissements.

Une pièce dédiée aux patients sortis mais attendant l'ambulance ou un proche pour retourner à domicile pourrait être aménagée sur le modèle de la salle d'attente. Ces salons de sortie existent souvent dans les structures d'hospitalisation ambulatoire, ils pourraient être étendus aux hospitalisations complètes.

Ce type d'aménagement nécessite principalement un investissement matériel. Les patients étant sortis, ils ne sont plus sous la responsabilité du service. Leur état de santé ne nécessite donc plus la surveillance d'un professionnel. La mise en œuvre d'un salon de sortie ne nécessite pas d'y affecter du personnel. Il peut ainsi être envisagé de mutualiser le salon de sortie entre différents services en fonction de l'architecture du bâtiment. Rien n'oblige à en constituer un par service. Dans le cas où l'on désignerait un gestionnaire de sortie par pôle, on pourrait envisager un salon de sortie supervisé par celui-ci pour chacun des pôles. Les lits dans les services pourraient être libérés plus tôt et le nettoyage des chambres possible dès le matin afin d'accueillir les patients entrants, programmés ou venant des urgences, plus tôt dans la journée. La rotation des lits sera alors plus efficace. La qualité de la prise en charge en sera également améliorée.

En fonction de l'architecture de l'établissement le salon peut être localisé à proximité de l'entrée de l'hôpital afin de faciliter le départ effectif du patient. Il convient néanmoins de surveiller ce local pour éviter toute dégradation ou détournement de son utilisation. Un recours au personnel nécessitant un reclassement est à privilégier. La responsabilité étant limitée, on pourrait même envisager de faire appel à des personnes recrutées en contrat aidé ou bien à des engagés du service civique.

Un salon de sortie a été ouvert dans le service de Médecine de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne-Billancourt. Une ancienne salle d'attente a été aménagée avec des fauteuils et des tables pour accueillir les patients sortis et ainsi fluidifier le renouvellement des patients dans le service. A la suite d'une étude menée dans les services, les raisons principales de la sortie dans l'après-midi étaient des raisons de confort (repas) ou d'attente de la personne devant ramener le patient chez lui. Ce salon a donc été aménagé pour permettre aux patients d'attendre en tout confort et même d'y prendre leur repas.

Même si l'aménagement de salons de sortie nécessite un minimum d'investissement, le gain attendu en termes de satisfaction du patient (sortant et entrant) et du taux d'occupation des services devrait l'emporter et ainsi permettre de financer le coût supplémentaire occasionné. Une étude plus approfondie est à mener notamment pour définir le nombre de salons et/ou leur dimensionnement.

De nombreuses actions peuvent donc être envisagées pour améliorer l'organisation de la sortie. Des propositions innovantes existent, d'autres sont à développer. Il n'y a pas de solutions universelles à imposer mais plutôt des réflexions collectives à mener pour proposer des solutions adaptées à la réalité du terrain, propre à chaque établissement. En effet, l'adaptabilité doit être au centre des propositions de réorganisation.

Conclusion

La sortie du patient a toujours été un moment important du séjour hospitalier. Cette étape est d'autant plus décisive aujourd'hui qu'elle ne marque plus seulement la fin de la prise en charge hospitalière mais également le point de départ du reste du parcours de soin du patient. Cette évolution rend nécessaire l'adaptation et l'optimisation de son organisation. Cette optimisation a pour but de fluidifier le parcours mais également de répondre aux exigences qualitatives et financières imposées aux établissements publics de santé.

L'exigence de qualité au sein des établissements de santé s'est accentuée ces dernières années. La recherche de la sécurité des soins et la fiabilisation des parcours est une démarche continue. Les établissements de santé doivent aujourd'hui intégrer la démarche qualité dans leur fonctionnement. Des méthodes et des outils, comme le PNSP, sont proposés voire imposés par les pouvoirs publics et ils doivent être intégrés dans le fonctionnement régulier des établissements. Cependant, ces outils ne sont pas toujours adaptés aux organisations. C'est pourquoi il semble préférable pour leur acceptabilité, que ceux-ci soient travaillés avec les équipes. Cela permet également de remettre en question les organisations et les pratiques et de faire des équipes des acteurs du changement.

La mise en œuvre du PNSP au GHPSO a été l'occasion de proposer un travail pluridisciplinaire visant à améliorer la qualité de la prise en charge en répondant aux exigences de traçabilité de l'information mais également de réfléchir aux organisations. La généralisation de la check-list de sortie propre à l'établissement est donc une première étape. A terme, le parcours patient doit devenir plus fluide et surtout plus harmonisé entre les différents services de l'établissement. Cette harmonisation des pratiques est un gage d'amélioration de la qualité et d'optimisation des organisations.

Enfin, l'ouverture vers la ville reste un enjeu primordial pour l'avenir des établissements de santé. La fin du séjour hospitalier est donc une articulation à ne pas rater pour conforter la place de l'hôpital public dans le paysage sanitaire et ainsi conforter sa place dans les nouvelles modalités de prise en charge. L'hôpital doit faire preuve d'adaptabilité et de capacité à se réformer de lui-même. L'anticipation doit plus que jamais être un élément central dans la prise de décisions.

Bibliographie

Textes réglementaires:

Code de la santé publique

INSTRUCTION DGOS/PF2/2013/298 du 12 juillet 2013 relative au Programme national pour la sécurité des patients

INSTRUCTION N°DGOS/PF2/2015/259 du 31 juillet 2015 relative à l'organisation de la semaine de la sécurité des patients 2015

Ouvrage:

BLOCH M-A., HENAUT L., HAVIS D. 2014, *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, Paris : Dunod, 315 p.

Rapports:

CORDIER A., CHENE G., DUHAMEL G., et al., *Un projet global pour la stratégie nationale de santé 19 recommandation du comité des « sages »*, Juin 2013

Articles :

CABARROT P., LE MOIGN R., Décembre 2009, « Check-list. Sécurité du patient au bloc opératoire », *Risques et qualité en milieu de soins*, vol.6, n°4, pp. 211-216

CASASSUS P., AMALBERTI R., BALLY B., et al., Octobre 2011, « De l'avion au bloc opératoire : première introduction de la check-list en France. Analyse de son application par les médecins engagés dans l'accréditation des disciplines à risque », *Risques et qualité en milieu de soins*, vol.8, n°3, pp. 179-188

LEBAS T., Mai 2006, « Audit clinique ciblé sur la préparation de la sortie du patient hospitalisé », *Soins cadres*, n°58, pp 41-48

PAIN A, Septembre 2012, « La DMS, c'est l'affaire de tous », *Finances hospitalières*, n°61, pp 17-21

PELLETIER G., PERENNOU G., Mai 2002, « La préparation de la sortie du patient en Ecosse », *Soins cadres*, n°42, pp 48-50

MASCHEREK A., KOBLEK I., BEZZOLA P., Juin 2014, « La sécurité passe par une bonne communication ! », *Krankenpflege. Soins Infirmiers. Cure infirmieristique*, n°6, pp 68-70

Sites consultés

Programme national de gestion des lits de l'ANAP [visité le 8 septembre 2015], disponible sur internet : <http://www.anap.fr/l-anap/programme-de-travail/detail/actualites/programme-national-de-gestion-des-lits/>

HAS, Accréditation et certification [visité le 8 septembre 2015], disponible sur internet : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1495044/fr/la-v2014

La semaine de la sécurité des patients [visité le 13 septembre 2015], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/la-semaine-de-la-securite-des-patients-ameliorer-la-communication-entre-soignes-et-soignants.html>

Via trajectoire [visité le 27 septembre 2015], disponible sur internet : <https://trajectoire.sante-ra.fr/trajectoire/>

Programme national pour la sécurité des patients [visité le 16 mars 2015], disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_pour_la_securite_des_patients_2013-2017-2.pdf

Plan national pour la sécurité des patients [visité le 16 mars 2015], disponible sur internet : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_national_pour_la_securite_des_patients_-_2013_-_2017_-_tableau_recapitulatif_action-2.pdf

Guides

HAS DAQQS, Document de sortie d'hospitalisation, validation par le collège de la HAS : 14 octobre 2014, téléchargeable sur www.has-sante.fr

HAS, Organisation des Parcours, Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures, Guide d'utilisation, Février 2015, téléchargeable sur www.has-sante.fr

Liste des annexes

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées et interrogées

Annexe 2 : Enveloppe de sortie du service de Chirurgie Digestive du GHPSO

Annexe 3 : Check-list de sortie d'hospitalisation supérieure à 24 heures de la HAS

Annexe 4 : Maquette de check-list du GHPSO (version du 7 octobre 2015)

ANNEXE 1

Liste des personnes rencontrées et interrogées

Personnels du GHPSO :

ARRANZ Irène, Cadre du service ORL et Urologie (site de Creil)

BECQUEREL Valérie, Cadre du service de Gynécologie-Obstétrique (site Senlis)

BELFERKOUS Calima, Cadre du service de Chirurgie digestive (site de Creil)

BIEN Christine, Cadre du service de Neurologie et d'Hépatogastroentérologie

FRULEUX Nathalie, Cadre du service de Cardiologie et de Médecine Polyvalente (site de Senlis)

DE GRAEVE Valérie, Référente des Secrétariats médicaux du site de Creil

DEGRAVE Stéphanie, Cadre paramédicale du pôle Chirurgie

GAUTIER Bruno, Cadre du service Médecine polyvalente et d'Oncologie (site de Creil)

GLEVAREC Myriam, Cadre du service d'Oncologie et des Soins Palliatifs (site de Senlis)

HARROUET Sylvie, Cadre du service de Pédiatrie (site de Creil)

KADDOURI Laziza, Cadre du service d'Hémodialyse (site de Creil)

LECA Brigitte, Cadre du service de Cardiologie (site de Senlis)

MUTREL Françoise, Cadre du service de Diabétologie et de Médecine Interne et Pathologies Infectieuses (site de Creil)

PIQUET VERCOUTERE Aude, Cadre du service de Gériatrie (site de Senlis)

SARRAZIN Sylvie, Cadre du service de Gynécologie-Obstétrique

TROUSSELLE Gabrielle, Cadre du service de Pneumologie (site de Creil)

Equipe du service social

Partenaires Extérieurs :

BANNEEL Catherine, Responsable des soins à L'Association de Coordination Sanitaire et Sociale de l'Oise

CANCEL Frédéric, Directeur à Studio Santé, Coordinateur de soins Ville/Hôpital

CARPENTIER Rolande, Directrice Adjointe aux Droits des patients, Hôpital Ambroise Paré, Boulogne Billancourt

CATEAU Valérie, Infirmière coordinatrice à Studio Santé, Coordinateur de soins Ville/Hôpital

Mme ROUSSILLON, Cadre Supérieur de Santé au Centre Hospitalier Annecy Genevois (entretien téléphonique)

ORGANISATION DES PARCOURS

CHECK-LIST DE SORTIE D'HOSPITALISATION SUPÉRIEURE À 24 HEURES

Date : / /

Service : _____

Patient : _____

Responsable de la check-list : _____

Repérage et évaluation de la complexité	Oui	Non	N/A
1. Le repérage du risque de réhospitalisation a été réalisé.			
2. Une évaluation sociale a été réalisée afin de proposer au patient le mode de sortie.			

Information du patient	Oui	Non	N/A
3. Le patient ⁽¹⁾ a été associé au projet de sortie.			
4. Les ordonnances de sortie ont été remises et expliquées au patient ⁽²⁾ .			
5. Le patient ⁽¹⁾ a reçu une information ou une éducation afin de lui permettre d'assurer ses soins, sa surveillance et de contacter la personne appropriée en cas de problème. La compréhension par le patient ⁽¹⁾ de ses traitements a été vérifiée.			
6. Les rendez-vous ultérieurs sont communiqués au patient ⁽¹⁾ , en précisant s'ils sont pris ou à prendre par le patient ⁽¹⁾ .			
7. Si la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance ont été jugées nécessaires, cette information est transmise au médecin traitant.			

1. Patient, ou le cas échéant son entourage (père/mère...) ou son représentant légal.

2. Le terme « professionnels de santé » regroupe les professions médicales réglementées par le Code de la santé : médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes, et les professions paramédicales : auxiliaire médical ou autre professionnel de santé désigné par le patient.

Validée par le Collège de la Haute Autorité de Santé en février 2015.

Contacts et continuité	Oui	Non	N/A
8. Dès l'entrée du patient, le médecin traitant et les autres professionnels de santé ⁽²⁾ du domicile ou du service d'amont ont été contactés.			
9. Le médecin traitant et les autres professionnels de santé ⁽²⁾ du domicile ou du service d'aval ont été prévenus de la sortie du patient.			
10. Le pharmacien d'officine ou du service d'aval a été contacté avant la sortie, afin d'assurer la disponibilité des traitements et dispositifs médicaux.			
11. Les services d'aide à la personne utiles au patient ont été contactés.			
12. Un document de sortie est remis au patient ⁽¹⁾ le jour de la sortie et adressé au médecin traitant et aux autres professionnels de santé ⁽²⁾ du domicile ou de la structure d'aval.			
13. Une alerte a été programmée pour assurer la transmission au médecin traitant des résultats des examens en attente au moment de la sortie.			
14. Une fiche de liaison paramédicale est transmise aux professionnels de santé ⁽²⁾ concernés par des soins spécifiques.			
15. Un « assistant parcours », coordinateur d'un réseau de santé ou d'une plate-forme d'appui, a été contacté pour assurer la transition.			
16. Une visite ou une consultation du médecin traitant a été organisée après la sortie (selon le besoin).			

Logistique	Oui	Non	N/A
17. Les documents et traitements médicaux ainsi que les objets personnels sont restitués au patient ⁽¹⁾ .			
18. La date et l'heure de sortie sont compatibles avec l'accueil du patient à domicile ou en structure de suite. Le transport adapté a été prévu.			

Annexe 4 :



Etiquette du patient

UF :

CHECK-LIST

SORTIE DU PATIENT PREVUE LE:

➤ A restituer au patient :

Non concerné	Remis

- Traitement personnel rangé dans la pharmacie centrale.
- Radio et dossier médical personnel.
- Carte de groupe et suivi transfusionnel.
- Dépôt au coffre - Prévenir le 69 14.
- Questionnaire de satisfaction du GHPSO.
- Autres :

➤ Pour la sortie prévoir:

Non concerné	Remis

- Bon de transport
- Fiche de liaison IDE (copie à conserver)
- Arrêt de travail /bulletin de situation
- Lettre au médecin traitant/CRH (copie à conserver)
- Prescription(s) médicale(s) (copie à conserver)
- Nouveau(x) RDV en consultation pour le suivi si besoin
- Autres :

Copie des documents dans le dossier

Signature :

LEFEVRE

Véronique

Décembre 2015

DIRECTEUR D'HÔPITAL

Promotion 2014-2016

L'organisation de la sortie du patient : Facteur d'amélioration de la qualité de la prise en charge et d'optimisation de la performance

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Non concerné

Résumé :

Les modalités de prise en charge évoluent. L'hôpital doit aujourd'hui s'intégrer dans un paysage sanitaire plus complexe et trouver sa place dans le parcours de soins du patient. Les liens entre la ville et l'hôpital se développent. Pour cela, l'organisation de la sortie du patient doit être optimisée. Les enjeux de l'amélioration de l'organisation de la sortie du patient sont en partie financiers, en lien avec la durée moyenne de séjour et la juste adéquation des moyens, mais surtout qualitatifs. Dans le cadre du Programme national pour la sécurité des patients, la Haute autorité de santé met à la disposition des établissements de santé des outils qui doivent être adaptés pour être efficaces et acceptés par les équipes. Enfin, pour améliorer de manière durable l'organisation de la sortie du patient et en faire une étape du parcours de soins, les organisations doivent être questionnées.

Mots clés :

Sortie du patient – parcours de soins – ville hôpital – organisations – hôpital – qualité – prise en charge

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.