



Directeur d'hôpital

Promotion : **2015-2016**

Date du Jury : **Octobre 2016**

L'amélioration continue des parcours des patients

Analyse *in itinere* d'un projet mené aux
Hôpitaux Universitaires Paris Ile-de-France
Ouest (AP-HP)

Lionel DA CRUZ

« The ultimate arrogance is to change the way people work, but not to change the way we manage »

(L'arrogance ultime est de demander aux personnels de changer leur façon de travailler sans changer la façon de gérer)

John TOUSSAINT et Roger A. GERARD, *On the mend: revolutionizing healthcare to save lives and transform the industry*, 2010.

« Le moyen fait partie de la recherche de la vérité, aussi bien que le résultat. Il faut que la recherche de la vérité soit elle-même vraie ; la recherche vraie, c'est la vérité déployée, dont les membres épars se réunissent dans le résultat »

Karl MARX, *Remarques à propos de la récente instruction prussienne sur la censure*, 1843.

Remerciements

C'est un grand plaisir pour moi d'exprimer ici ma reconnaissance à toutes les personnes qui ont par leur soutien contribué à l'élaboration de ce mémoire.

Je souhaiterais avant tout exprimer ma gratitude à Patrick POURIAS, directeur de la qualité, de la gestion des risques et des droits du patient (DQGR) des Hôpitaux Universitaires Paris Ile-de-France Ouest (HUPIFO) et Nicolas VILLEMMAIN, conseiller en organisation de la DQGR des HUPIFO. Patrick m'a encouragé à travailler sur le management de la qualité et m'a donné de fructueux conseils. Des remerciements spéciaux vont à Nicolas pour sa rigueur et son enthousiasme.

Je tiens à remercier le Professeur Etienne MINVIELLE, titulaire de la Chaire de Management des établissements de santé de l'EHESP, qui me fait l'honneur d'être encadrant de ce mémoire avec Nicolas VILLEMMAIN.

Je remercie Sylvain DUCROZ, directeur général des HUPIFO, et Françoise SABOTIER-GRENON, directrice générale adjointe des HUPIFO, pour m'avoir accueilli dans leur groupe hospitalier, accompagné et encouragé. Tous deux m'ont fait profiter de leur savoir et m'ont fait progresser dans ma maîtrise du métier de directeur d'hôpital : qu'ils trouvent ici l'expression de ma reconnaissance.

Je remercie également Elisabeth CALMON, directrice du site de Sainte-Périne, Jérôme PIEUCHARD, directeur du site de Raymond-Poincaré, Astrid BEUDET, directrice adjointe des affaires financières du groupe hospitalier ainsi que l'ensemble des membres de l'équipe de direction des HUPIFO pour avoir facilité mon intégration et pour leurs remarques rigoureuses que ce soit sur les missions qui m'ont été confiées au cours de mon stage ou sur la rédaction de mon mémoire.

Mes remerciements vont aux personnes rencontrées dans le cadre de ce mémoire pour leur disponibilité, leurs retours d'expérience et leurs conseils avisés.

Au cours de ces huit derniers mois, les HUPIFO ont été pour moi un lieu de travail particulièrement agréable et convivial. Mes remerciements chaleureux vont aux professionnels médicaux, soignants, administratifs, techniques et aux patients que j'y ai rencontrés.

Sommaire

Introduction	1
1 La structuration des parcours des patients mise en œuvre aux HUPIFO et l'amélioration continue de leur qualité par les professionnels.....	13
1.1 L'identification au sein des parcours des problèmes de coordination aux interfaces des services.....	14
1.2 L'amélioration continue et incrémentale des parcours par les professionnels eux-mêmes.....	24
2 Discussion sur les conditions de réussite du projet d'amélioration continue des parcours patients des HUPIFO et sur les enrichissements possibles de cette démarche.....	32
2.1 Les conditions de réussite du projet d'amélioration continue des parcours patients mené aux HUPIFO	33
2.2 Des enrichissements possibles et complémentaires au projet d'amélioration continue des parcours mené aux HUPIFO	41
Conclusion.....	47
Sources et bibliographie	49
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

A

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
APM	Amélioration des processus métiers
ARS	Agence régionale de santé
ARS IDF	Agence régionale de santé d'Ile-de-France

C

CC	Chemin clinique
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIC	Centres locaux d'information et de coordination gérontologiques
CMEL	Commission médicale d'établissement locale

D

DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DOMU	Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités
DOP	Direction des opérations
DQGR	Direction de la qualité, de la gestion des risques et des droits du patient

E

EHPA	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIG	Evénements indésirables graves
EIO	Eléments d'investigation obligatoires

F

FOR	Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild
-----	-------------------------------------------------

G

GHT	Groupements hospitaliers de territoire
-----	----------------------------------------

H

HAS	Haute Autorité de Santé
HUPIFO	Hôpitaux universitaires Paris Ile-de-France Ouest
HUPS	Hôpitaux universitaires Paris-Sud

I

IDEC	Infirmière de coordination
IMVP	International Motor Vehicle Program

M

MAIA	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDPH	Maisons départementales pour l'autonomie des personnes handicapées
MIT	Massachusetts Institute of Technology

N

NHS	National Health Service
-----	-------------------------

O

OPL	One Point Lesson
-----	------------------

P

PAERPA	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
PAQSS	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

R

RCP	Raisonnement clinique partagé
-----	-------------------------------

S

SAU	Service d'accueil des urgences
SSPI	Salle de surveillance post-interventionnelle
SSR	Soins de suite et de réadaptation

T

TPS	Toyota Production System
-----	--------------------------

U

UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
USLD	Unités de soins de longue durée

V

VSM	Value Stream Mapping
-----	----------------------

Liste des figures

Figure 1. Les catégories de parcours	2
Figure 2. Parcours de soins du patient dans un établissement de santé	4
Figure 3. Interfaces des services le long du parcours de soins du patient dans un établissement de santé	5
Figure 4. Dysfonctionnements dans la prise en charge de Madame Dupont aux HUPIFO	14
Figure 5. Circuit du patient en chirurgie ambulatoire orthopédique à l'hôpital Ambroise Paré.....	16
Figure 6. Prise en main des dysfonctionnements aux interfaces des services et dans les services par le pilote du parcours et son équipe aux HUPIFO	20
Figure 7. Diagramme de la structuration des parcours patients des HUPIFO	21
Figure 8. Description d'un segment de parcours aux HUPIFO	22
Figure 9. Identification des causes et des conséquences des dysfonctionnements sur un segment de parcours et propositions d'actions d'amélioration par les professionnels des HUPIFO	24
Figure 10. Les étapes de la méthode du patient-traceur	27
Figure 11. Les principes de la structuration des parcours patients aux HUPIFO.....	29
Figure 12. Schéma du réseau d'actants du projet d'amélioration continue des parcours patients des HUPIFO	36
Figure 13. Méthodes d'investigation du BEEP des HUPS	42
Figure 14. Exemple d'action à conduire aux HUPS suite à l'analyse d'un parcours mené par le BEEP du groupe hospitalier.....	43
Figure 15. Du paternalisme au partenariat patient (FLORA, 2016)	44
Figure 16. La méthode du KATA retenue par les HUPS.....	44

Introduction

1. Mise en contexte

La « nécessité » des parcours

Depuis une vingtaine d'années¹, et en réponse notamment aux évolutions épidémiologiques (augmentation de la prévalence des maladies chroniques), démographiques (augmentation de l'espérance de vie et vieillissement de la population), médicales (spécialisation croissante des professionnels de santé et accroissement du nombre des intervenants), technologiques (développement de l'innovation en santé), économiques (dégradation des finances sociales et pression pour une gestion efficiente des lits) et socioculturelles, la notion de « parcours » s'est imposée en France comme un concept « fondamental »², « un maître mot »³, voire « une nécessité »⁴ : « développer des parcours de santé est devenue une priorité nationale. Il faut développer des parcours de santé coordonnés entre l'hôpital, la médecine de ville, le médico-social et le social. Il faut aussi par son intermédiaire assurer un meilleur suivi des patients »⁵.

Si la notion de « parcours » peut sembler flottante et ambiguë (« parcours de soin, parcours de santé, parcours de vie, parcours du combattant... »⁶), elle est désormais largement utilisée par les acteurs de l'écosystème de la santé⁷. L'amélioration des parcours constitue en outre une priorité constante des politiques sanitaires et sociales eu égard aux bénéfices espérés en termes de qualité de prise en charge des patients, d'efficacité des soins et de satisfaction des personnels⁸.

¹ La notion de « parcours » est popularisée en France notamment suite à la promulgation de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 qui prévoit le développement de parcours de soins coordonnés autour d'un médecin traitant (article 7). Source : MONNET E., septembre 2014, « Les parcours de santé : enjeux et mise en œuvre », *ADSP*, n° 88, p. 2.

² AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A., 2016, *Structurer les parcours de soins et de santé. Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé*, p. 43.

³ « Les maîtres mots doivent être parcours, filière, coordination ». GEINDRE C., « Construire un système de santé de proximité, dans un parcours territorial spécifique » in GRANT THORNTON, *La santé en 2050. Quelle médecine, quel hôpital, quels territoires, quelle gestion ?*, 4 novembre 2015,

⁴ FERY-LEMONNIER E., septembre 2014, « Les parcours, une nécessité », *ADSP*, n° 88, p. 12.

⁵ MINVIELLE E., septembre 2014, « Pour une évaluation des parcours de santé », *ADSP*, n° 88, p. 51.

⁶ CHAMBAUD L., 2016, « Le système de santé français à l'épreuve des transitions », *Socio*, 6, pp. 157-170.

⁷ FERY-LEMONNIER E., op. cit., p. 12.

⁸ Sources : MINVIELLE E., septembre 2014, op. cit., p. 51 et HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM », avis du 22 mars 2012, p. 15.

On distingue habituellement dans les documents institutionnels⁹ et la littérature portant sur la coordination des soins en France¹⁰, le « parcours de soins », le « parcours de santé » et le « parcours de vie » (figure 1).



Figure 1. Les catégories de parcours (adapté de FERY-LEMONNIER, 2014)

Selon cette typologie, le « parcours de soins » correspond au parcours du patient dans le système sanitaire. Il intègre les soins ambulatoires et hospitaliers (soins de premier recours, hospitalisation, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée). Le « parcours de santé » correspond au parcours de soins en relation avec les actions de prévention primaire, l'accompagnement médico-social et social ainsi que le maintien et le retour à domicile. Enfin, le « parcours de vie » inclut le parcours de santé ainsi que le vécu de la personne dans son environnement (éducation, insertion professionnelle, entourage familiale notamment).

Si la définition d'une approche française de la coordination des soins formulée en termes de « parcours » ne fait pas consensus¹¹, les objectifs assignés à cette approche pour les établissements de santé sont connus. Il s'agit notamment de lutter contre l'« hospitalo-centrisme » en dépassant le clivage entre le « cure » et le « care », entre le soin et l'accompagnement. Désormais, les établissements de santé « ne sont plus le centre du

⁹ Sources : voir notamment le site Internet du ministère des affaires sociales et de la santé (<http://social-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>), celui de la Haute Autorité de Santé (http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-05/quest_rep_parcours_de_soins.pdf) ou encore le portail des agences régionales de santé (<http://www.ars.sante.fr/Parcours-de-soins-parcours-de.148927.0.html>).

¹⁰ CATILLON M., 2013, *Les enseignements de l'expérience américaine en matière de coordination des soins. Définition, évaluation, déterminants, incitations, conduite de projets sur le terrain*, Thèse professionnelle EHESP - Institut Pasteur - CNAM, pp. 69-70.

¹¹ Ibidem, pp. 68-71.

système sanitaire »¹² mais un acteur parmi d'autres de la coordination des soins, en relation étroite avec les « membres des professions de santé exerçant en pratique de ville » et les « établissements et services médico-sociaux »¹³. De cette meilleure articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social doit alors découler « une organisation des soins pertinente et adaptée au parcours des patients »¹⁴.

A ce titre, plusieurs dispositifs et structures ont d'ores et déjà été mis en place afin d'assurer une meilleure coordination des parcours (parmi lesquels les réseaux de santé, les groupements de coopérations, les filières gériatriques, le parcours de soins coordonnés, les centres locaux d'information et de coordination gérontologiques -CLIC, les méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie -MAIA- ou encore les maisons départementales pour l'autonomie des personnes handicapées -MDPH) mais leurs bilans sont très « mitigés »¹⁵ (hors appréciation du dispositif « parcours de soins des aînés » -PAERPA- dont une évaluation rigoureuse des projets pilotes est en cours¹⁶ ainsi que de l'effet du déploiement des groupements hospitaliers de territoire -GHT- sur les parcours de soins¹⁷).

Penser le parcours patient de demain : l'objectif ambitieux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris

Dans ce contexte, et dans le cadre de son plan stratégique 2015-2019, l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) s'est fixée comme objectif de « penser le parcours patient de demain »¹⁸ : « [c]'est une période au cours de laquelle le système de santé lui-même peut connaître une évolution à laquelle ses acteurs aspirent depuis longtemps. Une offre de soins qui soit davantage organisée autour de la prise en charge des malades, autour de leur parcours, et non pas en fonction des structures, des institutions »¹⁹.

¹² Coordinatrice du secteur qualité, évaluation des pratiques professionnelles, certification, démarches qualité sectorielles à la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, entretien du 19/08/2016.

¹³ 3° de l'article L. 6111-1 du Code de la santé publique.

¹⁴ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2012, « L'hôpital », p. 28.

¹⁵ BLANCHARD P., ESLOUS L., YENI I., et al., décembre 2014, « Evaluation de la coordination d'appui aux soins », rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, n° 2014-010R, pp. 27-30.

¹⁶ Voir notamment : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2.fiche_d_evaluation-2.pdf

¹⁷ « Les parcours intra-hospitaliers ont vocation à devenir des parcours intra-GHT permettant une prise en charge graduée des patients ». Conseiller médical « GHT » de la direction générale de l'offre de soins du ministère des affaires sociales et de la santé, entretien du 23/08/2016.

¹⁸ Il s'agit de l'un des quatre axes stratégiques définis par l'AP-HP dans son projet d'établissement 2015-2019 avec celui de « faire de l'AP-HP un acteur des révolutions médicales et numériques, partenaire des universités », celui d'« améliorer la performance sociale et managériale » et celui de « construire un projet financièrement responsable ». Source : ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, 2014, Projet d'établissement 2015-2019, p. 11.

Le terme de « parcours patient » équivaut ici au « parcours de santé » décrit précédemment.

¹⁹ Ibidem, p. 13.

L'objectif de l'AP-HP, décliné dans le projet médical²⁰ du groupe hospitalier des Hôpitaux Universitaires Paris Ile-de-France Ouest (HUFIPO²¹) peut sembler toutefois ambitieux lorsque l'on observe l'organisation concrète actuelle des parcours de soins des patients dans les établissements de santé.

La difficile mise en œuvre de parcours de soins fluides à l'échelle des établissements de santé : la problématique des interfaces entre services

Alors qu'une meilleure coordination des soins (des « parcours » dans une approche française²²), constitue un enjeu majeur pour la maîtrise des dépenses de santé, l'amélioration de la qualité des soins et la satisfaction des personnels, l'organisation des parcours de soins à l'échelle des établissements de santé reste encore « difficile à mettre en œuvre »²³ et « constitue en soi un défi »²⁴.

La prise en charge des patients aux HUFIPO, comme dans la plupart des établissements de santé en France, est ainsi toujours réalisée à l'échelle du service. Un patient admis transite de service en service selon son état de santé, sa pathologie à soigner et ses évolutions. Il trace un parcours, depuis son entrée jusqu'à sa sortie de l'établissement de santé (figure 2)²⁵.

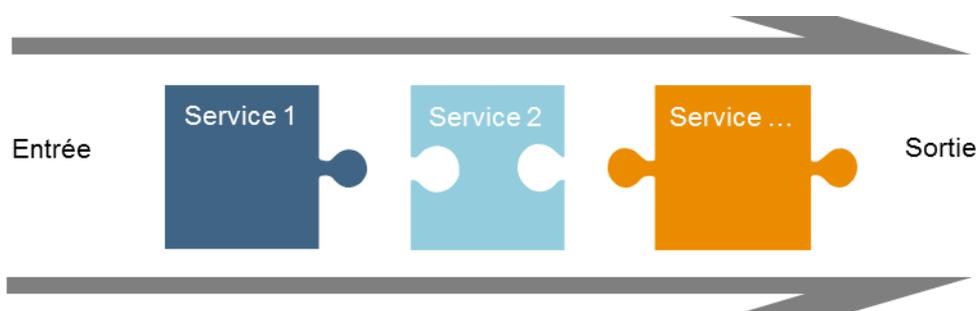


Figure 2. Parcours de soins du patient dans un établissement de santé (DA CRUZ, 2016)

²⁰ « Penser autrement le parcours patient dans le territoire ». ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUFIPO, 2015, « Projet médical du groupe hospitalier 2015-2019 », p. 22.

²¹ Les HUFIPO constituent l'un des douze groupes hospitaliers de l'AP-HP ; l'AP-HP étant le centre hospitalier universitaire (CHU) de la région Ile-de-France. Quatre sites composent les HUFIPO : l'hôpital Ambroise-Paré à Boulogne-Billancourt (92), l'hôpital maritime de Berck (62), l'hôpital Raymond-Poincaré à Garches (92) et l'hôpital Sainte-Périne (16^{ème} arrondissement de Paris).

²² CATILLON M., 2013, op. cit., pp. 67-82.

²³ GARNIER Q., « Aspects organisationnels : l'hôpital comme système encapsulé dans la société » in LES RENCONTRES DU CHANGEMENT A L'HOPITAL, *Programme agilité : management des pratiques à l'hôpital*, 22 juin 2016, Paris.

²⁴ Senior manager chez OpusLine (cabinet de conseil en stratégie et management dédié au secteur de la santé et du vieillissement), entretien du 19/07/2016.

²⁵ Cette présentation linéaire et séquentielle du parcours de soins du patient dans un établissement de santé correspond ici à un « idéal-type » dans une perspective webérienne. La complexité des prises en charge n'est donc pas ignorée. « Méthodologiquement, on n'a très souvent que le choix entre des termes confus et des termes clairs, ceux-ci étant alors [...] « idéaltypiques ». Dans ce cas il faut, du point de vue de la science, donner la préférence à ces derniers ». WEBER M., 1971, *Economie et société*, tome 1, Les catégories de la sociologie, Plon, p. 57.

A cet égard, la généralisation de l'organisation polaire dans les hôpitaux²⁶ n'a pas remis en cause la place des services : « [l]es services (ou autres structures similaires organisées autour des disciplines) ont généralement été maintenus : cette organisation concerne ainsi 90 % des [centres hospitaliers] moyens ou importants, près de 100 % des [centres hospitaliers universitaires]. Ils constituent la base de l'organisation en pôles et l'unité de proximité pour la prise en charge des patients »²⁷.

Dans cette configuration, les professionnels de santé ont une logique de soins à l'échelle de leur service (organisation « fonctionnelle » ou « systémique », par « silos »), alors que le patient a une vision dynamique à l'échelle de son parcours (organisation « transversale »)²⁸. Les professionnels n'ont donc pas la possibilité de résoudre efficacement les dysfonctionnements transversaux des parcours de soins des patients. En particulier, les interfaces des services n'étant pas, le plus souvent, sous la responsabilité d'une personne désignée en interne, la gestion des dysfonctionnements induits n'en est pas facilitée (figure 3).

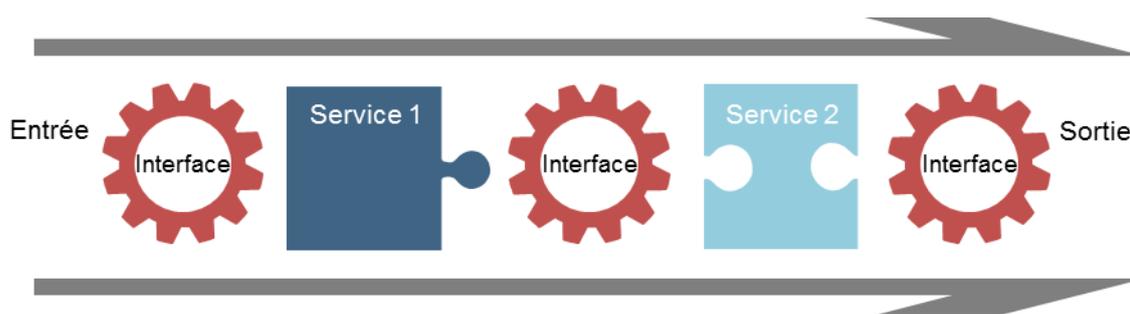


Figure 3. Interfaces des services le long du parcours de soins du patient dans un établissement de santé (DA CRUZ, 2016)

En l'absence de professionnels dédiés au « case » management au sein des établissements de santé²⁹, une coordination des services en tant que maillons de la chaîne du parcours du patient peut toutefois émerger spontanément mais cette dernière

²⁶ « [L']ensemble des établissements d'un budget supérieur à 15 à 20 millions d'euros a aujourd'hui adopté ce type d'organisation ». DOMY P., MOULIN G., FRECHOU D., et al., mars 2014, « Rapport des Conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé », p. 8.

²⁷ Ibidem, p. 10.

²⁸ Sources : ORVAIN J., 2016, *Systèmes et structures*, Cours EHESP et ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUPIFO, Direction de la qualité et de la gestion des risques, VILLEMANN N., 6 mai 2016, « Structuration des parcours patient du groupe HUPIFO ».

²⁹ Le « case » management est, selon la Haute Autorité de Santé (HAS), une démarche d'évaluation des besoins et de planification de la coordination des soins. A ce titre, le « case » manager a pour rôle de définir et de veiller à ce que les patients soient pris en charge « globalement » et non de manière cloisonnée (par services, par types de soins ou par intervenants). Très répandus dans les pays anglo-saxons, et ce depuis plusieurs décennies, les « case » managers sont encore rares en France. Toutefois, ce métier devrait se diffuser plus largement dans les établissements de santé en France d'ici cinq à dix ans. Sources : HAUTE AUTORITE DE SANTE, septembre 2014, « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? », p. 20 ; et AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, juin 2016, « Des métiers innovants en établissements de santé. Une vision prospective du management ? », pp. 10-11.

reste fragile. Elle repose en effet très souvent sur la seule bonne volonté d'acteurs particulièrement impliqués.

L'amélioration des parcours des patients dans les établissements de santé : une thématique centrale de la nouvelle procédure de certification V2014 de la Haute Autorité de Santé

L'évaluation de la thématique des « parcours du patient »³⁰ dans les établissements de santé constitue dans le cadre de la certification V2014 (V4) de la Haute Autorité de Santé (HAS) un élément d'investigation obligatoire (EIO³¹), preuve de son importance. Il s'agit non seulement d'« un objectif incontournable de la certification »³² mais d'une « priorité stratégique pour la HAS »³³.

Pour la HAS, « si le parcours de santé d'un patient ne se résume pas à sa prise en charge hospitalière, la qualité des établissements de santé contribue à la qualité du parcours de patient. Cette qualité concerne à la fois les étapes de la prise en charge hospitalière et la qualité des interfaces [...] de l'établissement de santé »³⁴. L'évaluation de la thématique des « parcours du patient » vise ainsi à promouvoir et organiser les parcours du patient en se centrant notamment sur l'amélioration de l'organisation des parcours intra-hospitaliers³⁵.

Pour évaluer la qualité des parcours des patients dans les établissements de santé lors des visites de certification, les experts-visiteurs de la HAS ont dorénavant recours à une méthode d'investigation par processus (« audit de processus ») qui permet de décloisonner l'approche antérieure que nous appelons « par critères ». L'audit de processus de la thématique du « parcours du patient », via le recours à une pluralité de méthodes (traceur système, patient-traceur, entretiens, observations directes, visite de locaux et vérification des interfaces), conduit ainsi à donner une place centrale au

³⁰ Il s'agit de la thématique n° 6 de la procédure de certification V2014 de la HAS correspondant aux critères 16a (dispositif d'accueil du patient), 17a (évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé), 17b (prise en charge somatique des patients), 18b (continuité et coordination de la prise en charge des patients), 19a (prise en charge des patients appartenant à une population spécifique), 19c (risque suicidaire), 23a (éducation thérapeutique du patient), 24a (sortie) et 27a (activités de soins de suite et de réadaptation) du manuel de certification V2010 (V3). Voir la table de correspondance de la HAS entre les 20 thématiques retenues pour la V2014 et le manuel de certification V2010 (la nouvelle procédure correspondant à une évolution de la certification à manuel inchangé) : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-9/20130926_liste_20_thematiques_v2014.pdf

³¹ HAUTE AUTORITE DE SANTE, septembre 2015, « Eléments d'investigation obligatoire (EIO) et situations à risques. V2014 », p. 15.

La thématique des « parcours du patient » est par ailleurs obligatoire dans le compte qualité qui est un outil de suivi longitudinal du dispositif de gestion des risques mis en place dans le cadre de la nouvelle procédure de certification des établissements de santé V2014. Source : HAUTE AUTORITE DE SANTE, mars 2016, « Guide méthodologique à destination des établissements de santé - Certification V2014 », p. 30.

³² Source : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014

³³ Ibidem.

³⁴ Source : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2006552/fr/certification-v2014-parcours-du-patient-en-v2014

³⁵ HAUTE AUTORITE DE SANTE, mars 2016, op. cit., p. 64.

management du processus en lui-même pour en déduire son niveau de maîtrise³⁶. Cette « analyse globale et systémique » des parcours permet d' « évaluer la structuration et l'organisation des parcours patients par la collaboration du management de l'établissement et des secteurs d'activité » et d' « évaluer la prise en charge intra hospitalière centrée sur le patient et l'entourage par les équipes en prenant particulièrement en compte les zones de transition amont-aval, la collaboration inter-secteurs et interprofessionnelle »³⁷.

2. Problématique

Si les enjeux de la coordination des professionnels de santé et les conditions d'évaluation de la thématique des « parcours des patients » par la HAS sont connus, comment un groupe hospitalier comme les HUPIFO peut-il alors améliorer concrètement ses parcours ?

Comment, et par quels moyens, un établissement de santé peut-il identifier de manière efficace ses problèmes de coordination aux interfaces des services et améliorer en continu ses parcours en termes de qualité, d'efficacité et de satisfaction des professionnels et des patients ?

Le projet des HUPIFO d'amélioration continue des parcours patients par les professionnels eux-mêmes : du management de la qualité au management par la qualité

Afin de répondre notamment aux objectifs de la HAS sur la thématique relative au « parcours des patients », les HUPIFO pour lesquels la prochaine visite du certificateur est prévue en octobre 2017, ont constitué un groupe de travail propre aux parcours à la fin de l'année 2015. L'équipe chargée de formaliser et d'optimiser les parcours des patients aux HUPIFO s'est fixée ainsi comme objectif de structurer trente-cinq parcours d'ici à octobre 2017 identifiés selon des critères d'activité et de gestion des risques. Cette démarche qui vise à répondre à une contrainte exogène devenue un objectif institutionnel, à savoir la certification de la HAS, est mise en œuvre de manière innovante aux HUPIFO. L'objectif est en effet de maîtriser les interfaces en mettant les professionnels dans une démarche d'apprentissage à la résolution des problèmes et à l'amélioration continue de leurs processus métiers (APM)³⁸.

³⁶ HAUTE AUTORITE DE SANTE, août 2014, « L'audit de processus. Une méthode d'évaluation de la réalité de l'activité des établissements de santé ».

³⁷ HAUTE AUTORITE DE SANTE, mars 2016, op.cit., p. 65.

³⁸ L'APM correspond ici à « une démarche [d']amélioration continue et incrémentale » (Kaizen) et non à de « la réingénierie radicale visant à améliorer un processus métier » (Kaikaku). Pour une revue de littérature concernant l'APM, voir CURATOLO N., 2014, *Proposition d'une méthode Lean pour l'amélioration des processus métiers en milieu hospitalier : application au processus de prise en charge médicamenteuse à l'hôpital*, Arts et Métiers ParisTech, p. 27.

La participation directe à la formalisation de ces parcours, d'avril à septembre 2016, avec N. VILLEMANN, un ingénieur diplômé de génie industriel spécialisé dans le secteur hospitalier, conseiller en organisation de la direction qualité, de la gestion des risques et des droits du patient (DQGR) des HUPIFO, au cours du stage direction, a permis d'appréhender l'intérêt du recours à une approche de « Lean en milieu hospitalier ».

Pour rappel, le « Lean »³⁹ a été formalisé au début des années 1980 par des chercheurs du Massachusetts Institute of Technology (MIT)⁴⁰ à partir du modèle « Toyota Production System » (TPS). Développé à l'origine dans l'industrie automobile, le Lean s'est depuis diffusé dans d'autres industries, et plus récemment à l'hôpital⁴¹. Le « Lean en milieu hospitalier » (ou « Lean à l'hôpital »⁴²) consiste ainsi à « optimiser la valeur pour le client (patient) tout en minimisant les gaspillages et en recherchant l'excellence opérationnelle à travers l'amélioration continue⁴³ »⁴⁴. Il ne s'agit pas d'une « boîte à outils »⁴⁵ mais bien d'une « stratégie de management »⁴⁶ globale, voire même d'une « philosophie de gestion »⁴⁷, à l'opposé des modèles d'organisation du travail tayloriste ou fordiste qui ne mettent pas l'humain au cœur du système⁴⁸.

Son application dans le cadre de l'amélioration des parcours patients aux HUPIFO peut être considéré en l'espèce comme tout à fait originale. En effet, il n'existe, dans la littérature portant sur le Lean en milieu hospitalier, que peu d'études sur l'analyse des interfaces des services d'un établissement de santé⁴⁹.

³⁹ Le terme « Lean » a été utilisé la première fois en 1988 par un étudiant du professeur James P. WOMACK au Massachusetts Institute of Technology dans le cadre de l'International Motor Vehicle Program (IMVP). L'IMVP était un programme développé aux Etats-Unis et dont l'objet était d'identifier les raisons qui pouvaient expliquer les meilleures performances de l'industrie japonaise en termes de qualité par rapport au secteur industriel occidental. Le terme « Lean » a ensuite été utilisé par James P. WOMACK et Daniel T. JONES pour décrire le système de production mis au point dans les années 1950 par l'ingénieur T. OHNO, l'« homme qui pensait à l'envers ». Source : CURATOLO N., op. cit., p. 31.

⁴⁰ WOMACK J.P et JONES D.T., 2010, *Lean Thinking : Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*, Simon & Schuster, 396 p.

⁴¹ Si le Virginia Mason Medical Center, établissement de santé basé à Seattle, fait figure de précurseur puisque ses dirigeants commencent à réfléchir à l'adaptation du Lean à l'hôpital dès les années 1990, les premières applications remontent au début des années 2000 aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne. Sources : MARVANNE P., 2014, *Le Lean à l'hôpital. Améliorer la qualité des soins, freiner l'augmentation des coûts et développer les talents*, Les Etudes Hospitalières, p. 27 ; FORTINEAU V., LAMOURI S., ECKERLEIN G., mars 2015, « Analyse des potentialités et des limites du Lean à l'hôpital : vers une démarche d'excellence hospitalière », p. 1 ; et conseiller technique de la HAS, entretien du 25/07/2016.

⁴² MARVANNE P., 2014, op. cit., p. 1.

⁴³ Preuve de son importance, l'amélioration continue (ou « méthode des petits pas » ou encore Kaizen) se situe au centre de la « Maison Toyota » qui constitue une synthèse des principales caractéristiques du TPS élaborée par FUJIO CHO, un des plus proches collaborateurs de T. OHNO.

⁴⁴ CURATOLO N., op. cit., p. 1.

⁴⁵ « Si l'on associe bien souvent le Lean à des nombreux outils, ces derniers ne représentent en réalité que 20 % du système, les 80 % restant qui sont les moins visibles représentent la façon de penser et d'agir systématiquement pour faire face aux divers défis ». MARVANNE P., 2014, op. cit., p. 14.

⁴⁶ MARVANNE P., 2014, op. cit., p. 11.

⁴⁷ TOUSSAINT J., in BARNAS K., 2014, *Beyond Heroes. A Lean Management System for Healthcare*, The Center for Healthcare Value, p. 3.

⁴⁸ MARVANNE P., 2014, op. cit., p. 11.

⁴⁹ RYMER R., « De la théorie à l'expérience en santé. Contexte, enjeux et pratiques dans la mise en place des approches de type Lean Healthcare : leçons tirées des réalisations conduites en France, dans les pays nordiques et au-delà » in UNIVERSITE PARIS DAUPHINE, *Cachez ce Lean que je ne saurais voir ! Expériences croisées sur le Lean management en santé*, 28 juin 2016, Paris.

Le recours à une approche Lean amène à s'interroger par ailleurs sur la manière de conduire le changement culturel permettant aux professionnels de résoudre eux-mêmes leurs problèmes et d'explorer de nouvelles façons de faire, y compris pour les cadres dirigeants.

Une analyse d'un projet « en action »

Pour éclairer notre problématique, nous présentons dans une première partie le projet innovant mis en œuvre aux HUPIFO qui vise, non seulement à répondre aux objectifs de la certification V2014 de la HAS concernant la thématique du « parcours des patients », mais à utiliser cette contrainte exogène pour diffuser en interne une démarche d'amélioration en continu de la qualité par les professionnels eux-mêmes. L'approche de « Lean management » utilisée se révèle ainsi à la fois modeste (améliorer « à petits pas » la qualité de prise en charge des patients) et ambitieuse (changer de paradigme et mettre en avant de nouveaux principes de management).

Dans une deuxième partie, nous discutons des conditions de réussite de ce projet « en action »⁵⁰ ainsi que des approfondissements possibles de l'expérience menée aux HUPIFO dans une perspective comparative.

3. Méthodologie retenue

Méthodologiquement, les deux parties s'appuient sur des données de la littérature concernant les thèmes de la coordination des soins et du Lean management. Cette revue a été complétée au fil des échanges avec les encadrants du mémoire et des professionnels rencontrés.

La première partie est enrichie plus particulièrement par les données recueillies sur le terrain, et notamment par la participation directe, dans le cadre du stage direction, à la formalisation de parcours patients au sein des HUPIFO en appui à N. VILLEMMAIN. Ce procédé de « participation observante », emprunté à la démarche sociologique, permet d'une part de mieux comprendre le phénomène étudié et d'autre part de collecter des informations qui seraient rendues inaccessibles à un observateur extérieur. Cette forte implication sur le terrain et auprès de la DQGR a conduit à adopter parallèlement une posture réflexive⁵¹ pour éviter les biais méthodologiques dans l'étude du projet mené par les HUPIFO.

⁵⁰ Pour B. LATOUR, « il faut analyser [les innovations] en train de se faire, plutôt qu'une fois faites ». LATOUR B., 1987, éd. 2005, *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*, La Découverte, p. 627.

⁵¹ Pour P. BOURDIEU, la réflexivité est une posture qui permet l'« objectivation de celui qui objective ». BOURDIEU P., 1978, « Sur l'objectivation participante. Réponses à quelques objections », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 23, p. 68.

Des entretiens avec des professionnels en charge de problématiques de coordination des soins, et sensibilisés pour certains à l'approche du Lean management, à l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), à la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités de l'AP-HP (DOMU), à la direction générale de l'offre de soins (DGOS), à la HAS et dans un cabinet de conseil ont été menés⁵².

En outre, les formations suivies dans le cadre du stage direction sur la nouvelle procédure de certification des établissements de santé V2014 de la HAS⁵³, sur la méthode du patient-traceur⁵⁴ et sur le Lean en milieu hospitalier⁵⁵ ont permis d'enrichir la réflexion.

Un éclairage comparatif sur l'amélioration continue des parcours patients a été recherché notamment pour la deuxième partie avec un autre groupe hospitalier de l'AP-HP (Hôpitaux universitaires Paris-Sud) et d'autres établissements de santé choisis pour leurs projets innovants (Fondation Ophtalmologique Adolphe de Rothschild, Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph, Gustave-Roussy)⁵⁶. Dans chacun de ces établissements, des entretiens ont été conduits⁵⁷. Ils ont permis notamment de se prémunir contre le risque de donner « une image exagérément favorable du milieu d'observation »⁵⁸ de départ.

Au total, dix-neuf entretiens formels ont été réalisés, six entretiens aux HUPIFO, douze entretiens dans huit autres structures et un entretien avec une doctorante dont la recherche porte sur les conditions d'implémentation du Lean management à l'hôpital. Il s'agit dans les dix-neuf cas d'entretiens intensifs (centrés sur la personne), uniques (durée comprise entre quarante-cinq minutes et deux heures) et semi-directifs. Des échanges informels avec des professionnels médicaux, soignants et administratifs des HUPIFO ont par ailleurs été conduits au cours de la mission de formalisation des parcours lors du stage direction.

⁵² Voir annexe 1, pp.II-III.

⁵³ ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, 9 février 2016, « Enjeux et nouvelles méthodes de la certification V2014 », Boulogne-Billancourt (Une journée).

⁵⁴ ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, 18 février 2016, « Patient-traceur », Boulogne-Billancourt (Une journée).

⁵⁵ INSTITUT LEAN FRANCE, 6 juillet 2016, « Lean en milieu hospitalier. Masterclass animée par Benjamin GAREL », Paris (Une journée).

⁵⁶ La construction de cet échantillon s'est faite notamment à partir d'entretiens avec les encadrants du mémoire, le directeur de la qualité et de la gestion des risques des HUPIFO (03/05/2016) et une chargée de projets de l'ANAP (07/07/2016).

⁵⁷ Voir annexe 1, pp. II-III.

⁵⁸ LOUBET DEL BAYLE J.L., 2000, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, L'harmattan, p. 45.

Le choix d'une méthode de recherche est inséparable d'une construction théorique. Si « le point de vue crée l'objet »⁵⁹ et si « tout point de vue [est pris] à partir d'un point particulier de l'espace social »⁶⁰, le seul parti pris de ce travail de recherche est celui de combiner plusieurs méthodes (données de la littérature, données recueillies sur le terrain, données issues d'entretiens, données recueillies au cours de formations) afin d'analyser *in itinere*⁶¹ un projet d'amélioration continue des parcours des patients par les professionnels eux-mêmes. Il s'agit d'opérer un croisement critique des références, des théories, des données et des questionnements, donc de privilégier la mise en perspective qu'apportent les différents éclairages possibles d'une même réalité.

4. Les apports professionnels du travail de recherche mené : des méthodes pragmatiques, une stratégie de management et du sens pour un futur directeur d'hôpital

Les enjeux actuels de performance et d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements publics de santé rendent indispensables pour un futur directeur d'hôpital l'appropriation de méthodes pragmatiques.

Les problématiques des professionnels de terrain nécessitent un changement de paradigme et de nouveaux principes de management pour prendre de meilleures décisions et mieux piloter l'hôpital. L'objectif pour un futur directeur d'hôpital est de développer ainsi le capital humain de ses équipes en leur permettant de s'approprier elles-mêmes leurs organisations et technologies pour mieux s'en servir, les améliorer et, par là-même, atteindre une performance supérieure⁶². Cette approche innovante de l'amélioration et du management vise une transformation pérenne et efficiente des modes de raisonnement des acteurs⁶³ permettant un véritable décroisement des organisations hospitalières et le développement effectif de la transversalité.

Par ailleurs, la réflexion conduite sur les parcours des patients a permis d'appréhender le fonctionnement global de l'hôpital, « lieu particulièrement complexe »⁶⁴, de ne pas traiter

⁵⁹ SAUSSURE F., 1916, éd. 1972, *Cours de linguistique générale*, Payot, p. 23.

⁶⁰ BOURDIEU P., 1987, *Choses dites*, Les Editions de Minuit, p. 153.

⁶¹ L'évaluation ou l'analyse *in itinere*, consiste à apprécier la cohérence et la pertinence d'un projet (d'une activité, d'une politique) pendant sa mise en œuvre, « chemin faisant », alors que les effets ne sont pas encore aboutis.

⁶² BALLE M., avril 2016, « Le Lean est une démarche d'éducation, pas d'organisation », Institut Lean France.

⁶³ BALLE M., juillet 2016, « En quoi le Lean est-il différent des autres méthodes d'amélioration continue ? », *Institut Lean France*.

⁶⁴ HERVE C., in MARVANNE P., 2014, op. cit., p. 9.

des dossiers seulement à partir d'un bureau mais d'aller sur le terrain, « là où ça se passe »⁶⁵, et de donner ainsi du sens à l'action future d'un directeur d'hôpital⁶⁶.

⁶⁵ Le « Genba » qui signifie en japonais « là où ça se passe » (ou « l'endroit réel ») consiste à aller sur terrain pour observer directement un processus et échanger avec les acteurs de ce processus.

⁶⁶ « Si le directeur d'hôpital n'a pas de temps à consacrer au terrain, là où se passe l'action, c'est qu'il y a un problème ». DE COSTER P. et BOUZETTE A., « Des exploits héroïques du pompier solitaire à la performance de l'équipe au service du patient » in UNIVERSITE PARIS DAUPHINE, op. cit.
« Ne pas vérifier sur le terrain expose au risque de soigner des conséquences sans traiter les causes ». HOHMANN C., 2012, *Lean management*, Eyrolles, p. 74.

1 La structuration des parcours des patients mise en œuvre aux HUFIPO et l'amélioration continue de leur qualité par les professionnels

La nouvelle procédure de certification V2014 de la HAS entend répondre aux limites et points faibles des procédures antérieures (approche par critères)⁶⁷ en vérifiant notamment la capacité des établissements de santé à structurer une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité dans les établissements de santé⁶⁸. Cependant, la mise en œuvre d'une telle démarche ne se décrète pas : « il est désormais acquis [en effet] que la prescription de règles et la mise en place de systèmes de sanction/incitation par les autorités régulatrices ne suffisent pas à lancer la dynamique de la qualité dans le système de soins »⁶⁹. De fait, « l'introduction d'un management par la qualité [...] mobilise beaucoup de temps, de moyens et d'énergie »⁷⁰.

S'agissant de la thématique des « parcours des patients », la démarche d'amélioration opérationnelle menée aux HUFIPO entend répondre aux attentes du certificateur en la matière, notamment en termes de maîtrise des étapes des prises en charge des patients. L'objectif est ainsi, dans un premier temps, d'identifier les problèmes existants de coordination aux interfaces des services (1.1). Mais l'approche de Lean management retenue vise surtout une amélioration continue des parcours des patients. Il s'agit ainsi rendre ces parcours plus fluides en donnant aux professionnels eux-mêmes la maîtrise et la responsabilité de l'amélioration de la qualité qu'ils produisent au quotidien (1.2).

⁶⁷ La démarche de certification (accréditation avant 2004) concerne l'ensemble des établissements de santé depuis juin 1999 (date du lancement de la première procédure d'accréditation, dite V1). La deuxième itération de la procédure de certification (V2/V2007) a débuté en 2005 et a pris fin à la fin de l'année 2010 pour les visites initiales. La troisième itération (V3/V2010) a pris fin en 2014. Depuis, la 4^{ème} procédure (V2014) s'applique. Sources : site Internet de la HAS et HAUTE AUTORITE DE SANTE, octobre 2012, « Certification 2014-2018 : les enjeux de la 4^e procédure », HAS Certification & Actualités, n° 7, pp. 1-5.

⁶⁸ HAUTE AUTORITE DE SANTE, octobre 2012, op. cit., p. 4.

⁶⁹ INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2012, op. cit., p. 78.

⁷⁰ MARTINEAU R., avril 2012, « Passer des procédures aux processus : l'appropriation du management par la qualité dans un hôpital », *Politiques et management public*, p. 215.

1.1 L'identification au sein des parcours des problèmes de coordination aux interfaces des services

1.1.1 Les dysfonctionnements dans la prise en charge de Madame Dupont aux HUPIFO

Après une chute à son domicile, Madame Dupont est transportée par ambulance au service d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital Ambroise-Paré à Boulogne-Billancourt. Elle n'a pas de papiers d'identité sur elle. Son nom est écrit « Dupond ». Un examen clinique et une radiographie confirment le diagnostic d'une fracture de la hanche. Madame Dupont est transférée au bloc opératoire. A sa sortie, la cadre du service n'a pas pu coder les implants posés. Madame Dupont est placée en surveillance au service d'orthopédie mais suite à l'utilisation d'un brancard ayant servi à un patient septique, elle présente une infection post-opératoire au même germe. Pour sa phase de rééducation, Madame Dupont est transférée du site Ambroise-Paré à l'hôpital Sainte-Périne, dans le 16^{ème} arrondissement de Paris. Sa sortie informatique d'Ambroise-Paré est cependant aléatoirement réalisée et sa prise en charge à Sainte-Périne ne peut débuter tant que son transfert n'est pas correctement saisi informatiquement. Cette situation génère de l'attente pour Madame Dupont alors même qu'elle est fragilisée par son opération, et une perte de temps pour le bureau des admissions d'Ambroise-paré comme pour les professionnels de Sainte-Périne. Après son séjour en soins et de suite et de réadaptation (SSR) à Sainte-Périne, Madame Dupont sort. Son entourage n'a pas accès à ses objets de valeurs étiquetés au nom de madame « Dupond » (figure 4).

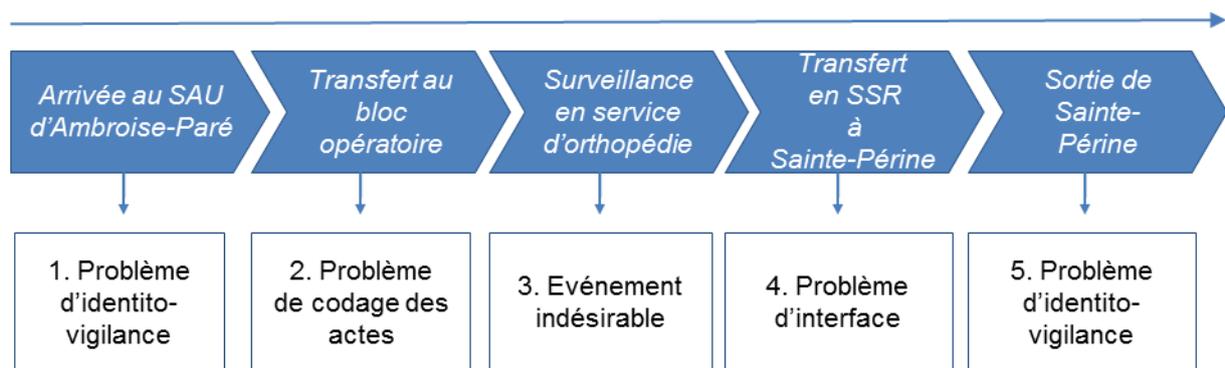


Figure 4. Dysfonctionnements dans la prise en charge de Madame Dupont aux HUPIFO (adapté de VILLEMAIN, 2016)

Comme l'illustre le cas théorique de Madame Dupont, la prise en charge d'un patient dans un établissement de santé peut connaître de nombreux dysfonctionnements de causes racines diverses. Parmi ces dysfonctionnements, ceux relatifs aux défauts de coordination

entre les services semblent toutefois être les plus récurrents (le problème n° 4 dans le cas de Madame Dupont) : « les organisations sont surtout [en effet] confrontées à l'interdépendance des lignes fonctionnelles, c'est là que se situent la plupart des problèmes »⁷¹ ; « ce qui fait toujours mal : c'est l'interface »⁷² ; « l'enjeu des parcours, c'est [donc] de fluidifier en limitant les problèmes d'interfaces »⁷³. Ces défauts de coordination concernent aussi bien les services administratifs que les services de soins.

1.1.2 Processus transversaux, organisation fonctionnelle en silos et problèmes de coordination aux interfaces à l'hôpital

Alors que la complexité croissante des parcours avec l'association de l'ensemble des professionnels (de plus en plus spécialisés) et des différentes étapes de prise en charge des patients rend la coordination plus difficile⁷⁴, l'organisation même de l'hôpital en silos fonctionnels (les services), « où la vision d'un processus s'arrête aux portes de chaque service »⁷⁵, favorise les problèmes de coordination. Ainsi, le diagnostic est largement partagé : « [t]ransversale par nature, mobilisant des acteurs de compétences et de lignes hiérarchiques différentes autour d'un objet unique, le patient, [la prise en charge] constitue [...] l'archétype d'un processus dans lequel les problèmes de coordination latérale sont omniprésents, qu'il s'agisse de la coordination entre service et à l'intérieur des services, mais aussi entre les professions et au sein même de chaque profession »⁷⁶. Les HUPIFO, comme la plupart des établissements de santé en France, rencontrent de tels problèmes de coordination.

Les problèmes de coordination peuvent par ailleurs être majorés par une architecture hospitalière ou une localisation de services inadaptée. Ainsi sur un parcours « innovant » comme celui du patient en chirurgie ambulatoire orthopédique à l'hôpital Ambroise Paré⁷⁷, le circuit (c'est-à-dire le parcours physique du patient) peut être rendu complexe en raison de la multiplicité des étapes sur les différents lieux que sont l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA), le bloc opératoire et la salle de surveillance post-interventionnelle

⁷¹ ORVAIN J., 2016, « Contrôler ou manager la qualité », Cours EHESP, p. 2.

⁷² Chargée de projet de l'ANAP, entretien du 07/07/2016.

⁷³ Conseiller médical « GHT » de la direction générale de l'offre de soins du ministère des affaires sociales et de la santé, entretien du 23/08/2016.

⁷⁴ « [...] un phénomène classique en gestion : plus une activité se complexifie [...], plus la coordination doit être réfléchie pour garantir la qualité et l'efficacité ». MINVIELLE E., septembre 2014, op. cit., p. 53.

⁷⁵ CURATOLO N., op. cit., p. 39.

⁷⁶ PASCAL C., mai 2003, « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, n° 146, p. 192.

⁷⁷ HARDY P., « Chirurgie ambulatoire : prothèse totale de la hanche et d'épaule désormais possible sans passer une nuit à l'hôpital », in HOPITAL EUROPEEN GEORGES-POMPIDOU, *Journées portes ouvertes de l'AP-HP*, 27 mai 2016, Paris

L'amélioration des parcours des patients nécessite ainsi la prise en compte de l'accessibilité des bâtiments⁸², des infrastructures, de la localisation des services et de l'organisation des flux⁸³ de patients, des visiteurs et des professionnels⁸⁴. A cet égard, la pertinence du circuit des patients est souvent l'un des enjeux majeurs de la construction de nouveaux bâtiments (exemple du Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph⁸⁵ ou du projet du « nouveau Garches »⁸⁶) ou de la transformation radicale d'un établissement de santé (exemple de la construction du nouvel hôpital universitaire Karolinska à Solna en Suède⁸⁷).

En tout état de cause, les conséquences de mauvaises transitions entre professionnels dans le domaine de la santé sont documentées. Ainsi, 70 % des analyses sur les évènements indésirables graves (EIG) associés aux soins correspondent à des défauts de communication dans le système britannique⁸⁸. En outre, 15 à 25 % du temps de travail des médecins aux Etats-Unis serait consacré à rattraper des situations de non-coordination⁸⁹. Enfin, la mauvaise coordination des soins, incluant la mauvaise gestion des transitions aurait généré 25 à 45 milliards de dollars de dépenses évitables en 2011 aux Etats-Unis⁹⁰. Ce faisceau de données permettent de poser ainsi l'hypothèse vraisemblable que les défauts de coordination intra-hospitaliers en France ont des

⁸² ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUPIFO, DA CRUZ L., 3 avril 2016, « Etat des lieux et propositions en vue d'améliorer les conditions d'accessibilité, de circulation et de stationnement ainsi que la sûreté du site Ambroise-Paré ».

⁸³ Un flux est « un déplacement d'éléments dans le temps et dans l'espace ». BITEAU R. et S., 2003, *La maîtrise des flux industriels*, Editions d'Organisation, p. 47.

Si l'on transpose ce terme industriel dans le secteur hospitalier, la gestion des flux patients consiste à piloter l'enchaînement entre les différentes étapes de prise en charge des parcours et des circuits patients.

⁸⁴ « L'efficacité des processus de soins ne peut être obtenue qu'en améliorant les flux et la communication à travers le système hospitalier. [...] L'étude des flux doit s'inscrire dans une démarche transversale d'amélioration des processus et de la qualité, impliquant tous les acteurs du système de santé ». MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2006, « Ensemble modernisons l'hôpital. Nouvelles organisations et architectures hospitalières », p. 117.

⁸⁵ Ainsi, les pôles au Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph « sont constitués de manière à regrouper géographiquement les activités qui interagissent le plus souvent et offrir la meilleure prise en charge possible ». Sources : LAJONCHERE J.P, été 2014, « Groupe hospitalier Paris Saint-Joseph. La renaissance d'une cité hospitalière au cœur de Paris » in *Architecture hospitalière. Le magazine des acteurs de l'hôpital de demain* n° 10, p. 47 ; et entretien du 21/06/2016 avec la directrice parcours patients, qualité et projets du Groupe hospitalier Paris saint-Joseph.

⁸⁶ Le projet du « nouveau Garches » correspond à la création d'ici à 2021 d'un futur hôpital du handicap à Garches venant se substituer pour partie à l'actuel hôpital Raymond-Poincaré. Sources : ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUPIFO, 23 mars 2016, « Conférence stratégique et budgétaire 2016-2017 » ; coordonnateur général des soins des HUPIFO, entretien du 20/07/2016 ; président de la commission médicale d'établissement locale des HUPIFO, entretien du 03/08/2016.

A ce titre, le « projet médical du centre Garches Handicap repose sur l'objectif d'innover en matière de parcours du patient handicapé tout au long de sa vie pour lui offrir une prise en charge de qualité, adaptée à ses besoins et non discriminatoire ». Source : ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUPIFO, 2015, op. cit., p. 24.

⁸⁷ IESE CENTER FOR RESEARCH IN HEALTHCARE INNOVATION MANAGEMENT, 2016, « Hospital of the Future. A New Role for Leading Hospitals in Europe », p. 10.

⁸⁸ OVRETVET J., 2012, « Do changes to patient-provider relationships improve quality and save money? A review of evidence about value improvements made by changing communication, collaboration and support for self-care », *The Health Foundation Inspiring Improvement*. Cité par MINVIELLE E., avril 2015, « Innovation organisationnelle dans la prise en charge des patients en oncologie », *Onko +*, n° 52, p.10.

⁸⁹ MINVIELLE E., avril 2015, op. cit., p. 10.

⁹⁰ BURTON R., 13 septembre 2012, « Improving Care transitions », *Health Affairs*, cité par CATILLON M., 2013, op. cit., p. 46.

conséquences importantes en termes de qualité (efficacité clinique, sécurité, satisfaction du patient), de satisfaction des professionnels (charge de travail supplémentaire liée à la non-coordination) et de coût (réhospitalisations et venues aux urgences injustifiées). L'évaluation précise du coût de la non-coordination (ou d'une mauvaise coordination), y compris intra-hospitalière, reste toutefois à faire en France⁹¹.

Afin de remédier notamment aux dysfonctionnements dus à une mauvaise coordination entre services, les HUPIFO ont lancé une démarche de structuration de leurs parcours patients. Cette dernière est déployée en interne sans recourir à des cabinets de conseil spécialisés alors que l'offre en la matière semble par ailleurs importante⁹².

1.1.3 La démarche de structuration des parcours patients aux HUPIFO : passer d'une vision fonctionnelle à une vision transversale au-delà des silos organisationnels

Afin de répondre notamment aux objectifs de la HAS sur la thématique relative au « parcours des patients », les HUPIFO, pour lesquels la prochaine visite de certification est prévue en octobre 2017, ont constitué un groupe de travail propre aux parcours à la fin de l'année 2015. L'équipe chargée de formaliser et d'optimiser les parcours patients aux HUPIFO est composée ainsi d'un pilote médical, d'un pilote paramédical et d'un pilote administratif. Cette « task force » s'est fixée comme objectif de structurer trente-cinq parcours d'ici à octobre 2017 identifiés selon des critères d'activité et de gestion des risques. Cette structuration concerne aussi bien des prises en charge qui ont lieu sur un seul site géographique (mono-site), à l'instar de la prise en charge du blessé médullaire ou de la prise en charge du patient avec une suspicion d'un syndrome de Guillain Barré à l'hôpital Raymond-Poincaré, que des parcours multi-sites, comme la prise en charge du patient âgé admis par les urgences du site Ambroise-Paré suite à une fracture du col du fémur et qui est hospitalisé ensuite en SSR à Sainte-Périne. Certains parcours peuvent atteindre des degrés de complexité importants comme celui du blessé médullaire précité alors que d'autres conservent un profil relativement simple comme celui du patient en chirurgie ambulatoire pour une opération de la cataracte.

⁹¹ CATILLON M., 2013, op. cit., p. 73.

⁹² Une simple recherche sur « Google » en utilisant les entrées « parcours », « patients » et « amélioration » propose de nombreuses offres commerciales en la matière sur les premières pages (« AACEF », « Obea », « Neeria », « Commentdire », « FormaAvenir » entre autres). Pour un exemple d'offre commerciale en la matière, voir par exemple :

<https://www.neeria.com/sites/default/files/formations/pdf/evaluer-parcours-patient-fiche-conseil-neeria-160101.pdf>

Il est à noter que le contexte de déploiement des GHT semble avoir développé la demande de structuration des parcours de la part des établissements de santé auprès de cabinets de conseil. Source : senior manager chez OpusLine, entretien du 19/07/2016.

Cette structuration des parcours s'inscrit en cohérence avec la démarche d'élaboration de chemins cliniques (CC) mise en œuvre aux HUPIFO puisque que sur les trente-cinq parcours identifiés, onze d'entre eux font l'objet également d'un raisonnement clinique partagé (RCP)⁹³. Pour rappel, le CC « décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient »⁹⁴. Cette méthode permet, à partir d'une analyse de la littérature scientifique et de l'opinion d'experts, de planifier, rationaliser et standardiser les processus de prise en charge pour les patients présentant des problèmes de santé comparables⁹⁵. Cependant, alors que le CC se traduit concrètement par un document décrivant (au minimum⁹⁶) les actes cliniques à réaliser par les professionnels de santé à chacune des étapes de la prise en charge du patient, la structuration des parcours patients menée aux HUPIFO est centrée sur la dimension organisationnelle des parcours. Pour autant, ces deux démarches restent liées : « [b]eaucoup d'établissements travaillent sur les chemins cliniques alors qu'ils n'ont pas ou peu travaillé leurs parcours patients. Or, une bonne part de la qualité d'un chemin clinique dépend [...] de la qualité des parcours patients dans lesquels ils s'insèrent »⁹⁷.

Actuellement, chaque service des quatre sites composant les HUPIFO comprend un gestionnaire, le cadre de service, qui a un pouvoir de décision et est entre autres le référent des dysfonctionnements et des événements indésirables de son service. Aussi, pour les trente-cinq parcours identifiés, trente-cinq équipes parcours composées des gestionnaires des services concernés ont été constituées. Ces équipes sont toutefois pluridisciplinaires et des médecins participent aux groupes.

Chacune de ces équipes parcours a désigné parmi ses membres, sur la base du volontariat, un pilote dont le rôle est de coordonner le travail de l'équipe parcours pour maîtriser les dysfonctionnements aux interfaces des services et au sein des services du parcours (figure 6).

⁹³ Sources : coordonnateur général des soins des HUPIFO, entretien du 20/07/2016 ; SALON INFIRMIER. JOURNEES NATIONALES D'ETUDES DE LA PROFESSION INFIRMIERE, « Le management par la clinique au service du parcours patient », *in* Paris Healthcare Week, 24 mai 2016, p. 22.

La cohérence entre l'approche du RCP et la structuration des parcours est notamment examinée lors des réunions mensuelles de coordination entre la DQGR et la direction des soins des HUPIFO. Sources : ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, 27 janvier 2016, « réunion de coordination DQGR/Direction des soins », Paris ; directeur de la qualité, de la gestion des risques et des droits du patient des HUPIFO, entretien du 03/05/2016 ; coordonnateur général des soins des HUPIFO, entretien du 20/07/2016

⁹⁴ HAUTE AUTORITE DE SANTE, mai 2014, « Le chemin clinique », p. 1.

⁹⁵ Il est intéressant de noter que la démarche propre à l'hôpital de représentation du chemin clinique du patient est semblable à une cartographie réalisée lors d'une démarche Lean. Source : CURATOLO N., *op. cit.*, p. 40.

⁹⁶ CURATOLO N., *op. cit.*, p. 3.

⁹⁷ AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A., *op. cit.*, p. 98.

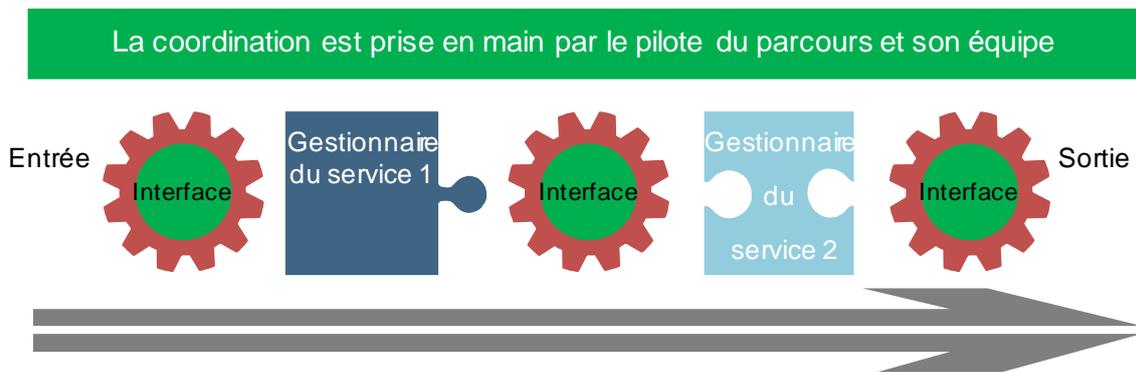


Figure 6. Prise en main des dysfonctionnements aux interfaces des services et dans les services par le pilote du parcours et son équipe aux HUPIFO (DA CRUZ, 2016)

Selon la méthodologie retenue, le pilote de parcours doit être un professionnel au cœur de la prise en charge du parcours, reconnu et accepté par ses pairs. Il doit susciter l'adhésion des professionnels de son parcours, être une source d'informations fiables et sûres du projet et savoir apporter son aide à l'équipe.

Les trente-cinq pilotes de parcours se réunissent trimestriellement lors de la tenue du « comité parcours patient » organisé par la « task force ». Un point sur l'amélioration continue de chaque parcours y est fait. Les membres du « comité de management de la qualité et de la sécurité des soins » des HUPIFO composé notamment de la direction générale et du président de la commission médicale d'établissement locale (CMEL) y sont invités ainsi que, selon les sujets abordés, d'autres pilotes de thématiques de la procédure de certification V2014 de la HAS pour lesquels des groupes de travail ont été constitués aux HUPIFO (figure 7).

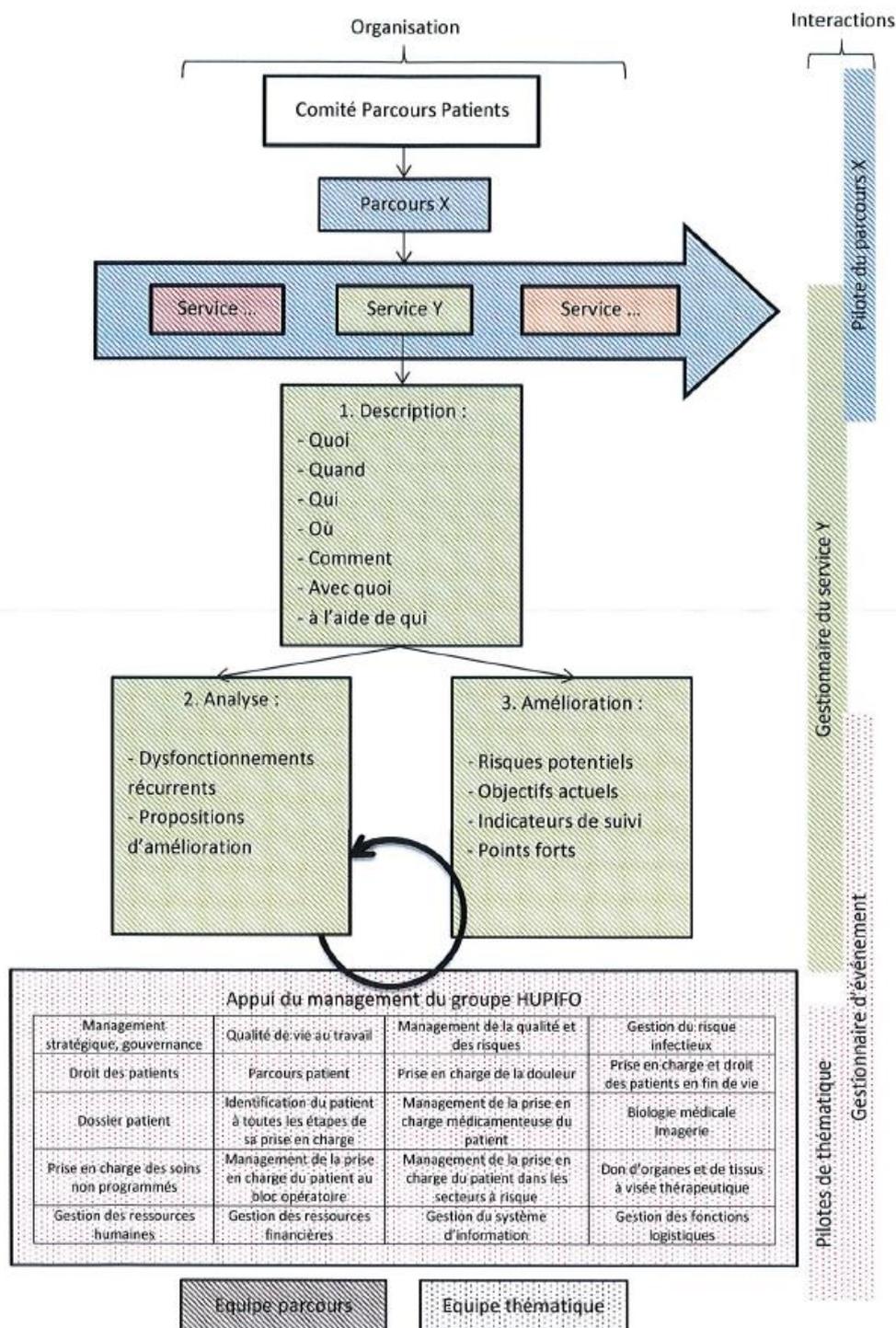


Figure 7. Diagramme de la structuration des parcours patients des HUPIFO (VILLEMAIN, 2016)

La première mission de l'équipe parcours et de son pilote est de formaliser, c'est-à-dire de décrire dans sa globalité chaque étape du parcours patient. Pour ce faire, le pilote doit s'appuyer sur le travail mené par les gestionnaires des services composant le parcours. Chaque gestionnaire de service est ainsi responsable de la formalisation du segment du parcours correspondant à son périmètre (figure 8).

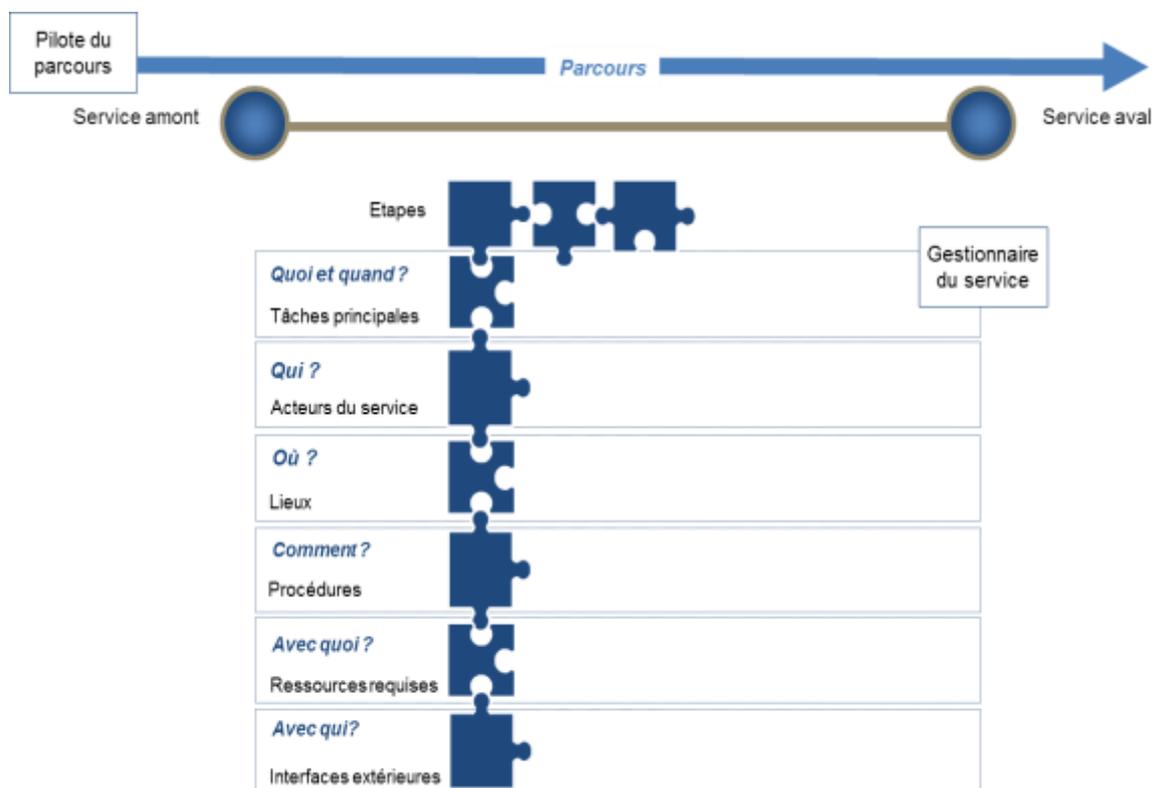


Figure 8. Description d'un segment de parcours aux HUPIFO (DA CRUZ, 2016)

Ce travail de formalisation, qui correspond à l'élaboration d'un standard et qui est une étape indispensable avant l'analyse de la chaîne de valeur (VSM, « Value Stream Mapping ») des parcours, a fait l'objet d'une mission d'appui dans le cadre du stage direction aux HUPIFO auprès de N. VILLEMANN. L'objectif était ainsi d'accompagner les gestionnaires de services dans la description des segments de parcours concernant leurs services.

Dans ce cadre, l'équipe venant en appui des gestionnaires de services a cherché à éviter toute approche descendante de type « top-down »⁹⁸. Systématiquement, si le contexte de préparation à la prochaine visite de certification de la HAS prévue en octobre 2017 était

⁹⁸ En cohérence avec l'approche Lean qui est « une approche collaborative, multi-professionnelle et « bottom-up » dans laquelle le changement est porté par la base ». Source : CURATOLO N., op. cit., p. 41. Il est à noter toutefois qu'il n'existe pas de consensus sur ce point. Ainsi pour HOHMANN, « l'initiative de la transformation Lean ne peut être que « top-down ». Toute initiative « bottom-up » se heurte rapidement aux intérêts des autres parties prenantes qui continuent de raisonner selon le paradigme traditionnel ». HOHMANN C., 2012, op. cit., p. 39.

rappelé, il était plutôt mis en avant l'intérêt de la démarche pour remédier aux dysfonctionnements et aux irritants courants et perturbants de la vie des services.

Sans exclure un possible effet « Hawthorne »⁹⁹, l'adhésion des professionnels concernés (soignants mais également médicaux) semble avoir été favorisée par la nature du projet, c'est-à-dire l'objectif d'améliorer les processus métiers en identifiant notamment les problèmes de coordinations aux interfaces des services dans l'intérêt du patient, des professionnels et du groupe hospitalier¹⁰⁰.

Le travail de formalisation pour chaque segment de parcours est réalisé sur un tableau de service. Ce tableau décrit de manière succincte « qui fait quoi, quand, où, comment, de quelle manière, et avec qui »¹⁰¹. Un exemple de parcours générique de patient est présenté en annexe ; le tableau de parcours étant composé de l'ensemble des tableaux de service du parcours¹⁰².

Cette démarche de structuration des parcours aux HUPIFO permet ainsi d'identifier notamment les problèmes de coordination aux interfaces des services pour chaque parcours. L'objectif final est cependant plus ambitieux puisqu'il vise une amélioration continue et incrémentale (Kaizen) des parcours par les professionnels eux-mêmes.

⁹⁹ L'effet « Hawthorne » désigne l'observation de la modification du comportement de personnes participant à une étude (ou à un groupe de travail), en raison de l'attention dont elles font l'objet par les enquêteurs (ou animateurs). L'expression vient de la série d'études conduites par E. MAYO et ses collègues de la Harvard Business School auprès des employés de la Western Electric Compagny près de Chicago. Ce possible effet « Hawthorne » est toutefois difficile à observer et sa pertinence est critiquée par ailleurs. Source : LEVITT S.D et LIST J.A., mai 2009, « Was There Really a Hawthorne Effect at The Hawthorne Plant ? An Analysis of the Original Illumination Experiments », NBER Working Paper Series, document de travail 15016.

¹⁰⁰ « Ce sont des petits dysfonctionnements à tous les niveaux qui nous rendent le quotidien difficile ». Cadre de santé des HUPIFO, juin 2016, à l'occasion de la structuration d'un parcours. « C'est un support qui permet d'avoir les idées claires sur qui doit faire quoi ». Infirmière des HUPIFO, juin 2016. « Cela correspond aux attentes des soignants mais il faut veiller à ce que ce soit réaliste ». Médecin des HUPIFO, juin 2016.

¹⁰¹ « Lorsqu'on veut améliorer le parcours du patient, il s'agit de retravailler les différentes étapes et processus qui vont assurer ou contribuer à sa prise en charge. Cela consiste à savoir qui ? Fait quoi ? Quand et dans quel objectif ? Avec quels résultats, risques ou dysfonctionnements ? ». Source : AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A., op. cit., p. 57.

¹⁰² Voir annexe 2, p. IV-VI.

1.2 L'amélioration continue et incrémentale des parcours par les professionnels eux-mêmes

1.2.1 La maîtrise du processus par les équipes parcours : vers un « important virage managérial »

Un objectif majeur du chantier Lean lancé aux HUPIFO est que les équipes parcours décrites précédemment soient « proactives » et qu'elles puissent de cette façon reprendre la maîtrise des processus dans lesquels elles interviennent. Des prises en charge insatisfaisantes doivent être pour elles une opportunité d'améliorer les parcours. Autrement dit, les professionnels ne doivent « plus [être] uniquement concentrés sur la réalisation des soins auprès des patients, mais également sur l'amélioration de [la] qualité »¹⁰³ des parcours (figure 9).

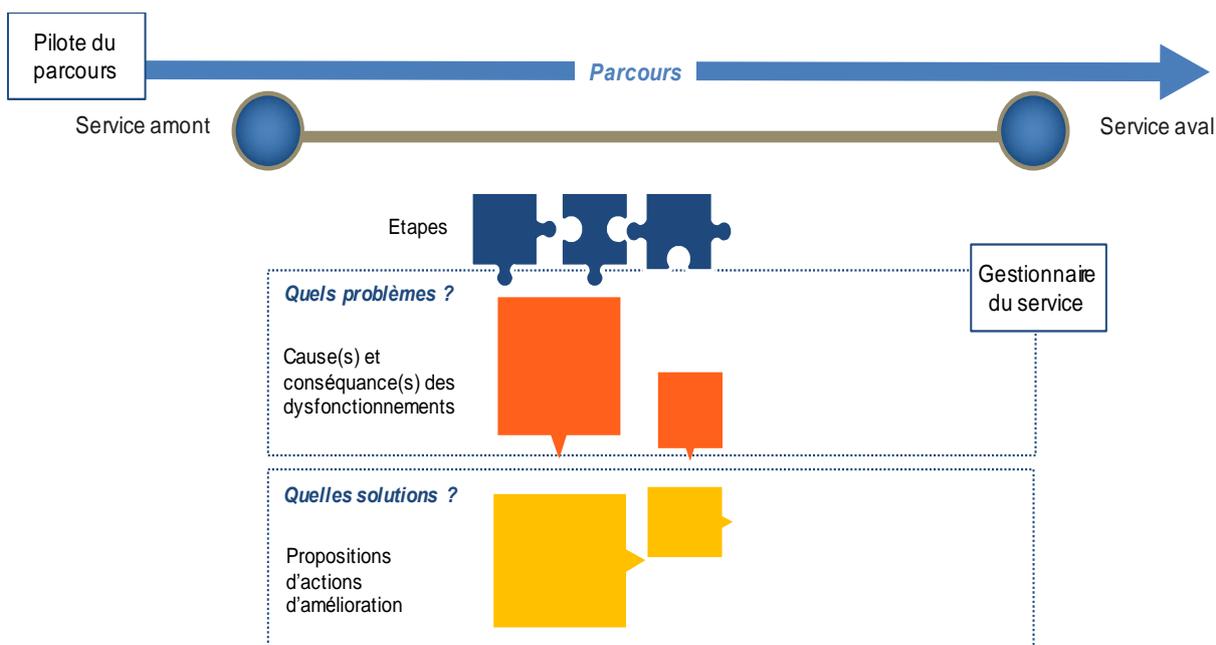


Figure 9. Identification des causes et des conséquences des dysfonctionnements sur un segment de parcours et propositions d'actions d'amélioration par les professionnels des HUPIFO (DA CRUZ, 2016)

L'analyse des problèmes à chaque étape du segment du parcours et la centralisation de cette information dans le tableau de service précité rend visible aux professionnels des dysfonctionnements et des irritants qui ont pu être négligés¹⁰⁴. Cette démarche est par

¹⁰³ SPEAR S., septembre 2005, « Fixing Health care from the inside, today », *Harvard Business Review*, cité par FORTINEAU V., LAMOURE S., ECKERLEIN G., op. cit., p. 2.

¹⁰⁴ « Nous listons l'ensemble des petits dysfonctionnements qui polluent notre quotidien ». Cadre de santé des HUPIFO, juin 2016, à l'occasion de la structuration d'un parcours. « On met à plat tous les

ailleurs valorisante pour les professionnels au sein de l'organisation. Ce sont eux en effet qui sont en charge d'induire et d'accompagner directement la résolution des problèmes rencontrés aux interfaces des services et au sein des services et d'améliorer ainsi leurs méthodes de travail¹⁰⁵.

Il est intéressant de noter que la valorisation des équipes professionnelles *via* la mise en place d'un système organisationnel favorisant l'autonomie et le dynamisme peut en soi permettre d'améliorer directement la qualité des parcours. En effet, « un hôpital où il fait bon travailler en est un [également] où il fait bon se faire soigner »¹⁰⁶ puisque la « [s]atisfaction des infirmières, et de tout le personnel, et satisfaction des usagers sont liées »¹⁰⁷. Ainsi, « la qualité de prise en charge des patients dépend de la qualité de vie des professionnels et inversement »¹⁰⁸.

Alors que le milieu hospitalier peut sembler « délétère » comme l'atteste notamment les taux d'absentéisme deux à trois fois supérieur dans la fonction publique hospitalière que dans les autres secteurs de l'économie¹⁰⁹, certains hôpitaux qualifiés de « magnétiques » parviennent, mieux que les autres, à attirer et à retenir le personnel infirmier¹¹⁰. Or, le taux de roulement du personnel infirmier est un indicateur puissant de la qualité des soins prodigués dans les établissements de santé¹¹¹. Selon la littérature évaluative internationale, une des variables critiques à la base du succès des hôpitaux magnétiques est précisément la valorisation des professionnels et leur capacité de rétroaction sur le travail mené : « [l']autonomie professionnelle des infirmières. Elle vient au premier plan et se concrétise dans les tâches effectuées [...] et la capacité d'innover. L'identification

dysfonctionnements pour les résoudre les uns après les autres ». Cadre de santé des HUPIFO, juin 2016. « Cela permet de mettre en avant des dysfonctionnements qui ne sont pas forcément traités ». Cadre de santé des HUPIFO, juin 2016.

¹⁰⁵ « Les [...] dimensions du Kaizen -résolution de problèmes et amélioration des méthodes de travail- ont plusieurs buts [...] Il s'agit [...] de créer un espace de pensée en étudiant nos propres difficultés, surtout celles occasionnant des retouches, pour continuer d'approfondir la connaissance technique de nos propres procédés. Il s'agit aussi de développer la confiance en soi en pratiquant l'autonomie dans la résolution des problèmes, pour se prouver quotidiennement que les problèmes même les plus coriaces ou les plus épineux peuvent se résoudre si on les aborde ensemble, pas à pas. Enfin, il s'agit surtout de donner la possibilité aux équipes d'étudier leurs propres méthodes de travail et de définir elles-mêmes leurs environnements de travail pour s'engager individuellement et en équipe dans leur performance ». Source : BALLE M., mars 2016, « Le Kaizen est aussi un moyen de reconnaître objectivement le travail accompli et d'accroître la motivation », *Institut Lean France*.

¹⁰⁶ BRUNELLE Y., janvier 2009, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », pp. 39-48.

¹⁰⁷ Ibidem, p. 12.

¹⁰⁸ RYMER R., op. cit.

¹⁰⁹ BRAMI L., DAMART S., DETCHESSAHAR M. et al., 2014, *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir*, Presses des Mines, Collection Economie et gestion, p. 11.

« Depuis longtemps, [les taux d'absentéisme et d'incapacité] des infirmières dépassent ceux de presque toutes les autres professions. C'est un travail exigeant mentalement et physiquement. Si un contexte négatif se superpose, les effets peuvent être rapides, spectaculaires et difficilement réversibles ». Source : BRUNELLE Y., op. cit., pp. 2-3.

Les HUPIFO comme de nombreux établissements de santé en France se sont dotés d'un plan d'action vis à vis à lutter contre l'absentéisme. Source : ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUPIFO, 22 février 2016, « Groupe de travail sur l'absentéisme ».

¹¹⁰ BRUNELLE Y., op. cit., p. 2.

¹¹¹ McCLURE M.L., POULIN M.A., SOVIE M.D. et al., 1983, « Magnet hospitals attraction and retention of professional nurses », cité par BRUNELLE Y., op. cit., p. 11.

professionnelle joue à plein, en soi elle contribue à surmonter des conditions difficiles et réduit le roulement »¹¹².

A rebours d'une approche traditionnelle « administrativo-professionnelle »¹¹³ de la qualité négligeant les dimensions organisationnelles et qui consiste à ajouter couche après couche des référentiels, contrôles, audits, règles, normes et conventions pour « s'assurer que chaque personne suit bien le processus qui a été défini pour elle, dans les moindres détails »¹¹⁴, une inversion de paradigme est donc en germe aux HUIFO. La recherche permanente d'amélioration de la qualité des parcours doit émaner des principaux intéressés. Pour ce faire, un « important virage managérial »¹¹⁵ reste à conduire.

1.2.2 Le patient-traceur au service de l'amélioration continue des parcours et du virage managérial

Dans le cadre du projet mené aux HUIFO, les dysfonctionnements aux interfaces des services et au sein des services peuvent être remontés du terrain notamment à partir de la réalisation d'un « patient-traceur »¹¹⁶. Pour rappel, le patient-traceur est « une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire qui permet d'analyser de manière rétrospective en équipe la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire »¹¹⁷. Cette méthode permet « d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration »¹¹⁸ en mobilisant l'ensemble des acteurs qui contribuent à la prise en charge du patient. Elle est directement inspirée de la « Tracer methodology »¹¹⁹ de la « Joint Commission »¹²⁰ utilisée depuis 2004 aux Etats-Unis.

¹¹² BRUNELLE Y., op. cit., p. 7.

¹¹³ MINVIELLE, décembre 1999, « Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ? », *Politiques et management public*, n° 4, p. 61.

¹¹⁴ BALLE M., février 2016, « Encourager les idées nouvelles est tout aussi important qu'éliminer les erreurs », *Institut Lean France*

¹¹⁵ LA ROCHE D., in COULOMBE M., octobre 2015, « Histoire à succès d'un système de gestion Lean ou comment ThedaCare a révolutionné sa gestion par l'implantation d'un système de gestion *lean* », *Des idées pour construire le CHU de demain*, n° 1, CHU de Québec, p. 2.

¹¹⁶ « Les interfaces, entre les différents secteurs d'activité et la collaboration entre acteurs de la prise en charge, sont étudiés ». HAUTE AUTORITE DE SANTE, novembre 2014, « Le patient-traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins. Guide méthodologique », p. 18.

« Le patient-traceur permet de questionner le patient en essayant de cibler les interfaces. C'est une source d'informations ». Coordonnateur général des soins, entretien du 20/07/2016.

¹¹⁷ HAUTE AUTORITE DE SANTE, novembre 2014, op. cit., p. 2.

¹¹⁸ Ibidem.

¹¹⁹ JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 2008, « Tracer methodology. Tips and strategies for continuous systems improvement », Joint Commission Resources. Cité par HAUTE AUTORITE DE SANTE, novembre 2014, op. cit., p. 23.

¹²⁰ La Joint Commission est le certificateur national des établissements de santé aux Etats-Unis.

En intégrant l'expérience du patient et celle éventuelle de ses proches, le patient-traceur constitue ainsi « une avancée importante »¹²¹ dans les méthodes utilisées par le certificateur. Il s'agit en effet d'une « méthode très concrète permettant de mobiliser [notamment] les médecins¹²² »¹²³ en vue d'améliorer de manière effective les prises en charge des patients¹²⁴.

Le parcours du patient est évalué à partir d'une analyse du dossier du patient, d'une rencontre avec les différents professionnels ayant participé à la prise en charge et d'un entretien avec le patient et éventuellement avec ses proches. Cette méthode qui n'est pas une évaluation de la pertinence de la stratégie diagnostique et thérapeutique du patient peut être décrite en plusieurs étapes (figure 10).



Figure 10. Les étapes de la méthode du patient-traceur
(adapté de la HAS et des HUPIFO, respectivement novembre 2014 et janvier 2016)

Si la méthode du patient-traceur est utilisée comme un outil d'évaluation par les experts-visiteurs lors des visites de certification V2014¹²⁵, elle peut être également mobilisée par les établissements de santé pour améliorer en continu la prise en charge de leurs patients. C'est le choix qui a été fait en l'espèce par les HUPIFO¹²⁶. Ainsi, les professionnels peuvent déclencher un patient-traceur dès que nécessaire. L'analyse de la prise en charge avec le patient et éventuellement avec son entourage puis la discussion en équipe pluridisciplinaire donne lieu à une identification des causes et des

¹²¹ Directeur général des HUPIFO, entretien du 25/07/2016.

« Les patients traceurs sont une grande avancée ». Conseiller médical « GHT » de la direction générale de l'offre de soins du ministère des affaires sociales et de la santé, entretien du 23/08/2016.

¹²² La présence du médecin référent du patient est « indispensable » et la présence du médecin responsable de l'unité est « essentielle ». HAUTE AUTORITE DE SANTE, novembre 2014, op. cit.

¹²³ Ibidem.

¹²⁴ « A la différence des questionnaires de satisfaction que le patient remet à la fin de son séjour, [cette méthode permet] une analyse nettement approfondie du parcours des patients ». LANDRY N., ERNY J.C, 2015, « Expérience et analyse de la mise en place de la méthode du patient traceur dans un centre de rééducation », *Risques et qualité*, volume XII, n° 4, p. 159.

¹²⁵ Voir un exemple de patient-traceur (HAS, novembre 2014, p. 49) en annexe 3, p. VII.

¹²⁶ D'autres établissements de santé ont également décidé d'intégrer la méthode du patient-traceur dans leurs pratiques quotidiennes, à l'instar du centre Richelieu. Source : LANDRY N., ERNY J.C, 2015, op. cit., pp. 158-162.

conséquences des dysfonctionnements ainsi qu'à des actions d'amélioration. Les actions doivent être simples et pertinentes et porter sur les causes racines des dysfonctionnements. Cela peut-être pour exemples la rédaction d'une « check-list » manquante, l'adaptation de l'organisation du service pour un meilleur travail d'équipe, la mise en place d'un management visuel pour faire ressortir rapidement les problèmes (affichage de procédures, utilisation de codes couleurs et de marquages entre autres)¹²⁷ ou un autre outil de résolution de problèmes simple et efficace. Le gestionnaire de service actualise alors la partie « analyse » de son tableau de service en reliant les dysfonctionnements et les actions d'amélioration avec les tâches et les acteurs concernés. Il peut aussi prendre comme source complémentaire de données les signalements récurrents d'événements indésirables signalés à travers le logiciel « Osiris »¹²⁸.

Pour assurer la bonne mise en œuvre et l'utilisation continue de la méthode du patient-traceur par les équipes parcours et dans les unités de soins, la DQGR des HUPIFO a entrepris un travail d'accompagnement des professionnels depuis le début de l'année 2016 avec une adaptation de la méthode aux spécificités des HUPIFO (tout en la maintenant conforme aux recommandations de la HAS)¹²⁹, l'organisation de cycles de formation¹³⁰ ou encore la réalisation d'un « kit patient-traceur » comprenant une pluralité de supports de communication à destination des équipes¹³¹. L'objectif est que les équipes parcours et les professionnels dans les unités de soins soient autonomes pour utiliser cette méthode d'évaluation.

Le retour d'expérience de la mise en place du patient-traceur dans les pratiques quotidiennes du centre Richelieu qui est un établissement de santé privé d'intérêt collectif de la Croix Rouge Française, situé à La Rochelle, semble confirmer l'hypothèse selon laquelle cette méthode permet de remettre les professionnels au centre des processus décisionnels et de développer la transversalité¹³². Ainsi, la méthode favoriserait la réflexivité : « [l]e patient traceur tend à restituer une certaine autonomie aux soignants. Il permet aux professionnels de santé d'intégrer une démarche participative qui favorise la

¹²⁷ « Des repères visuels évitent des systèmes de contrôles compliqués ». ORVAIN J., 2016, *Systèmes et structures*, op. cit., p. 14.

¹²⁸ Le logiciel Osiris (« Organisation du système d'information des risques sanitaires ») est le logiciel permettant aux professionnels de l'AP-HP de déclarer les événements indésirables liés aux activités médicales, de soins et manière générale à toute la vie hospitalière.

¹²⁹ ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUPIFO, janvier 2016, « Patient-traceur. Une méthode d'évaluation au plus près des patients et des équipes de soins ».

¹³⁰ Sources : formations reçues au cours du stage direction aux HUPIFO. ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, 9 février 2016, « Enjeux et nouvelles méthodes de la certification V2014 », Boulogne-Billancourt (1 journée) ; ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, 18 février 2016, « Patient-traceur », Boulogne-Billancourt (1 journée).

¹³¹ Voir pour exemple des supports de communication sur la méthode du patient-traceur élaborés par la DQGR à destination des professionnels des HUPIFO en annexe 4, p. VIII.

¹³² LANDRY N., ERNY J.C, 2015, op. cit., pp. 158-162.

réflexion et les initiatives »¹³³. En outre, la méthode serait propice aux échanges interprofessionnels et inter-unités : « [l]e découplage des unités, des métiers, permet d'accroître la cohérence des pratiques au sein d'un établissement, d'un pôle par exemple »¹³⁴.

1.2.3 Les principes du projet d'amélioration continue et incrémentale des parcours des patients aux HUFIPO

L'amélioration « à petits pas » des parcours patients aux HUFIPO repose sur un certain nombre de principes (figure 11)¹³⁵.



Figure 11. Les principes de la structuration des parcours patients aux HUFIPO (adapté de VILLEMAIN, 2016)

Tout d'abord, les professionnels de terrain améliorent eux-mêmes et de manière autonome leur quotidien en répondant à leurs problèmes au rythme qui leur semble le meilleur. Ce principe permet de remédier à « l'effet profiteroles » selon lequel l'amélioration de la qualité est « chaude en surface » mais « se cantonne trop à l'encadrement, en touchant peu le personnel »¹³⁶. Les actions d'amélioration sont ainsi sélectionnées, hiérarchisées et appliquées les unes après les autres par les professionnels, pour les professionnels et les patients, et avec pour souci de ne pas

¹³³ LANDRY N., ERNY J.C, 2015, op. cit., p. 162.

¹³⁴ Ibidem.

¹³⁵ ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUFIPO, DIRECTION DE LA QUALITE ET DE LA GESTION DES RISQUES, VILLEMAIN N., op. cit.

¹³⁶ DOUCET C., octobre 2008, « La certification en santé. Entre conformité et amélioration », *Qualité Références*, p. 30.

travailler dans l'urgence, source d'inefficacité et générateur de gaspillages¹³⁷. Le réalisme des actions aboutit à des avancées concrètes et rapides créant un cercle vertueux d'amélioration source de motivation pour les professionnels ; l'élimination progressive des « non-qualité »¹³⁸ et la prise en compte des bonnes idées améliore la qualité de vie au travail des équipes. Les petits changements du quotidien qui permettent de remédier aux irritants sont recherchés, dans la perspective de faire peu mais bien.

Selon l'approche retenue, une action d'amélioration doit être accompagnée si possible d'un indicateur pertinent et facile à produire permettant de suivre et d'évaluer son efficacité dans la durée. Cette amélioration incrémentale et continue des parcours permet ainsi de répondre à la culture « pompier » du milieu hospitalier et de structurer un système de management de la qualité et des risques à l'hôpital. La pérennité de l'action devient alors l'objectif premier pour obtenir une organisation résiliente et robuste aux dysfonctionnements.

La gestion à l'échelle du service et du parcours sont par ailleurs complémentaires. La logique de parcours évite justement le fonctionnement cloisonné des services et vise à remédier aux problèmes des interfaces des services.

En outre, le management (directions fonctionnelles, chefs de pôles, chefs de services, pilotes de parcours) doit venir en appui des professionnels dans la résolution de leurs problèmes lorsque ces derniers dépassent leur capacité de résolution. Ils échangent alors sur les actions préconisées par les professionnels et procèdent aux adaptations en conséquence.

Enfin, en cohérence avec la pérennité des actions entreprises par les professionnels, l'amélioration des parcours se veut indépendante de la venue des experts visiteurs de la HAS. Il s'agit ici de remédier à « l'effet soufflé » de la certification qui conduit de nombreux établissements de santé à réaliser de gros efforts avant la venue des experts visiteurs puis ensuite à relâcher l'investissement en matière de qualité jusqu'à la

¹³⁷ Le principe d'amélioration continue et incrémentale des parcours s'inscrit ici à rebours de la culture « pompier » très présente dans les établissements de santé et consistant à proposer une solution et à demander à ce qu'elle soit mise en œuvre immédiatement afin de résoudre un problème dès son identification. Comme le relève N. CURATOLO, cette « manière de s'attaquer aux problèmes peut s'avérer très efficace sur le court terme, car elle répond au besoin d'urgence du milieu hospitalier. Cependant, sur le long terme cela entraîne une résurgence de la plupart des problèmes étant donné que leur cause racine n'a pas été identifiée et traitée ». Source : CURATOLO, op. cit., p. 41.

¹³⁸ Une étude de l'IRDES évaluée à 665 millions d'euros en 2007 les surcoûts des EIG à l'hôpital en France ; estimation réalisée à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients. Source : NESTRIGUE C., OR Z., février 2012, « Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France », document de travail n° 44, IRDES, p. 17.

prochaine visite de certification¹³⁹. Plus que la conformité formelle à des référentiels et des procédures, l'objectif est donc bien de mettre en place une démarche d'amélioration continue des parcours¹⁴⁰ ; amélioration continue qui est d'ailleurs désormais appréciée dans le cadre de la nouvelle procédure de certification V2014 de la HAS¹⁴¹.

Si la démarche de structuration des parcours patients entreprise aux HUPIFO vise l'amélioration continue de leur qualité par les professionnels eux-mêmes, quelles sont les conditions de réussite de cette approche ? Comment cette expérience peut-elle être enrichie dans une perspective comparative ?

¹³⁹ « Un gros problème de la certification, c'est le relâchement des efforts. Les groupes se remettent en route quand il y a la certification ». Chargée de projet de l'ANAP, entretien du 07/07/2016.

¹⁴⁰ « Si la nouvelle procédure ne permet pas en soi de mieux coordonner les parcours, elle aide à mettre en marche l'amélioration continue. Elle contribue à faire travailler les gens ensemble ». Directrice parcours patients, qualité et projets du Groupe hospitalier Paris saint-Joseph, entretien du 21/06/2016.

¹⁴¹ La nouvelle procédure de certification V2014 de la HAS entend ainsi limiter le surinvestissement autour de la visite et l'effet soufflé en appréciant la capacité des établissements de santé à structurer une démarche d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques ainsi que la maturité de sa mise en œuvre. Source : HAUTE AUTORITE DE SANTE, octobre 2012, op. cit., p. 2.

2 Discussion sur les conditions de réussite du projet d'amélioration continue des parcours patients des HUPIFO et sur les enrichissements possibles de cette démarche

La participation directe à la structuration des parcours des patients menée aux HUPIFO au cours du stage direction¹⁴² ainsi que les données recueillies au cours des entretiens menés¹⁴³ ou issues de la littérature portant sur les thèmes de la coordination des soins et du Lean management invitent tout d'abord à discuter les conditions de réussite du projet en cours aux HUPIFO (2.1). La réussite de la « traduction »¹⁴⁴, c'est-à-dire la coopération des acteurs à la bonne mise en œuvre du projet, dépend avant tout des conditions d'apprentissage et d'appropriation des concepts (et outils) gestionnaires inhérents à la démarche et extérieurs au champ hospitalier. L'objectif partagé par l'ensemble des acteurs de réussir la prochaine visite de certification de la HAS prévue en octobre 2017 aux HUPIFO (le « point de passage obligé »¹⁴⁵) doit faciliter cette « traduction ». A court terme, un redimensionnement du projet pourrait être utilement mené.

Une analyse comparative avec d'autres établissements de santé (Hôpitaux universitaires Paris Sud, Gustave Roussy) montre par ailleurs que les parcours des patients aux HUPIFO peuvent être améliorés par des approches complémentaires au projet actuellement mené afin que l'« expérience de vie du patient »¹⁴⁶ au cours de sa prise en charge au sein du groupe hospitalier soit la plus réussie ou la moins pénible possible (2.2).

¹⁴² Voir la liste des parcours formalisés au cours du stage direction dans les « sources et bibliographie » du présent mémoire.

¹⁴³ Voir annexe 1, pp.II-III.

¹⁴⁴ Dans le cadre de la théorie de l'acteur-réseau (ANT pour « Actor-network theory »), la « traduction » s'entend comme « l'ensemble des négociations, [...] des actes de persuasion, [...] grâce à quoi un acteur ou une force se permet ou se fait attribuer l'autorité de parler ou d'agir au nom d'un autre acteur ou d'une autre force ». « Dès qu'un acteur dit « nous », voici qu'il traduit d'autres acteurs en une seule volonté dont il devient l'âme ou le porte-parole. Il se met à agir pour plusieurs et non pour un seul ». CALLON M., LATOUR B., « Le grand Léviathan s'approprie-t-il ? », in AKRICH M., CALLON M., LATOUR B., *Sociologie de la traduction*, Presses de l'École des Mines de Paris, 2006, p. 12.

¹⁴⁵ Dans le cadre de l'ANT, le « point de passage obligé » correspond à un point d'accord incontournable, de convergence, pour toutes les parties en présence.

¹⁴⁶ L'« expérience de vie du patient » (ou l'« expérience patient ») peut être défini comme « l'ensemble de toutes les interactions, façonné par la culture organisationnelle, qui influence les perceptions du patient dans le continuum des soins ». Source : <http://www.thebervylinstitute.org/?page=definingpatientexp>
Cette définition est reprise notamment par le bureau de l'évaluation de l'expérience patient du groupe hospitalier Hôpitaux universitaires Paris-Sud. Source : ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUPS, Direction de la qualité et de la gestion des risques, Comité management de la qualité AP-HP, 12 avril 2016, « Bureau de l'évaluation de l'expérience patient ».

2.1 Les conditions de réussite du projet d'amélioration continue des parcours patients mené aux HUPIFO

2.1.1 Cultures professionnelles et administratives et appropriation de concepts gestionnaires

Parmi les freins potentiels identifiés au projet d'amélioration continue des parcours des patients actuellement mené aux HUPIFO, vient en premier lieu la difficulté de transposer à l'hôpital une gestion par processus qui a notamment pour objectif de réduire les variabilités organisationnelles¹⁴⁷ en élaborant des standards¹⁴⁸ (les tableaux de services précités) : « l'approche « processus » au champ hospitalier se heurte [...] aux spécificités du processus de prise en charge hospitalier, qui en font un objet particulièrement complexe »¹⁴⁹.

A ce titre, lors de la structuration des parcours des patients au cours du stage direction aux HUPIFO, si l'adhésion des professionnels rencontrés (soignants et médicaux) à la nature du projet était bien réelle (sans exclure toutefois un possible effet « Hawthorne »), une réticence initiale de certains d'entre eux à la standardisation des pratiques organisationnelles a pu également se faire jour.

Cette réticence peut s'expliquer par la prégnance d'une culture professionnelle et administrative dans le milieu hospitalier¹⁵⁰ ainsi que par le fort enracinement d'une culture « pompier » permettant de répondre efficacement (à court terme) aux besoins d'urgence¹⁵¹. Plus fondamentalement, l'activité même hospitalière rendrait difficile la standardisation de pratiques organisationnelles¹⁵² : « [s]elon les outils les plus répandus d'analyse de l'activité hospitalière, un hôpital peut « produire » [en effet] entre 600 et 15 00 types de prise en charge selon le degré de finesse de la classification. Cette variété de prestation est amplifiée par le fait qu'elle s'applique à des personnes humaines aux caractéristiques sociales et comportementales différentes. Plus qu'une variété, c'est d'une singularité dont il faut tenir compte »¹⁵³. Aussi, pour chaque type de prise en

¹⁴⁷ Ces variabilités sont des gaspillages selon l'approche Lean (Mura). Source : HOHMANN C., 2012, op. cit., pp. 24-30.

¹⁴⁸ Un des fondements de l'approche Lean est la mise en place de processus stables et standardisés. Source : CURATOLO, op. cit., p. 33.

¹⁴⁹ PASCAL C., p. 192.

¹⁵⁰ MINVIELLE E., mai 2003, « De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière », *Revue française de gestion*, n° 168, p. 167.

¹⁵¹ CURATOLO, op. cit., p. 41.

¹⁵² « Contrairement à l'industrie, les parcours des patients à l'hôpital -que l'on peut assimiler aux gammes de fabrication- sont très peu répétables ». FORTINEAU V., LAMOURI S., ECKERLEIN G., op. cit., p. 3.

¹⁵³ MINVIELLE E., mai 2003, op. cit., pp. 169-170.

charge, il conviendrait d'évoquer « une qualité sur mesure »¹⁵⁴, ce qui s'apparente alors à « un processus artistique », c'est-à-dire un « processus dont le résultat n'est pas répétitif et qui n'utilise aucune méthodologie fixe »¹⁵⁵.

Lors de la présentation initiale de la démarche de structuration des parcours à certaines équipes de soins aux HUPIFO, certains soignants ont pu émettre ainsi des critiques sur le projet en rappelant que « chaque patient est unique »¹⁵⁶ et qu'« il faut faire attention à la standardisation »¹⁵⁷. En l'espèce, ces réserves ont pu être à chaque fois levées par un échange entre les soignants et les animateurs portant, d'une part, sur la signification de la notion de « standard » dans le cadre du projet (qui s'inscrit bien en opposition à toute forme de taylorisation ou de désappropriation du travail pour les professionnels¹⁵⁸) et, d'autre part, sur la nécessité de normaliser les pratiques organisationnelles afin de fixer leur bon déroulement au moyen d'une approche précise¹⁵⁹.

Ainsi, la transposition de concepts gestionnaires venus de l'industrie, comme le Lean, dans le champ hospitalier ne va pas de soi. Comme le relève E. MINVIELLE, « une lecture gestionnaire [peut se heurter] à d'autres représentations portées par des catégories d'acteurs peu familiers avec des notions gestionnaires »¹⁶⁰. Ce constat vaut également pour l'introduction de procédures conçues en-dehors des établissements devant les appliquer. Ainsi, pour exemple, l'adoption d'une « check-list » élaborée par la HAS dans les blocs opératoires des Centres de lutte contre le cancer nécessite de prendre en compte les cultures professionnelles des médecins et des soignants chargés de l'utiliser sous peine de connaître un échec¹⁶¹.

Cette différenciation dans la manière de recevoir et de s'approprier des concepts gestionnaires (ou des procédures) pour les professionnels du monde hospitalier (selon qu'ils soient ingénieurs en organisation, infirmiers, médecins ou encore directeurs) rejoint un apport de la sociologie de la communication selon lequel il n'existe pas de signification

¹⁵⁴ MINVIELLE E., mai 2003, op. cit., p. 170.

¹⁵⁵ PASCAL C., p. 193.

¹⁵⁶ Cadre de santé des HUPIFO, juin 2016.

¹⁵⁷ Infirmière des HUPIFO, juin 2016.

¹⁵⁸ « Il est important de voir les standards comme une façon de développer les gens, non de les contrôler [...] Au premier abord, les gens réagissent souvent négativement à l'idée du travail standard, mais il faut bien faire comprendre que le travail standard ne vise pas à remplacer la pensée critique [...] Il faut standardiser tous les processus que nous souhaitons améliorer ». COULOMBE M., op. cit., p. 9.

¹⁵⁹ « La variabilité non contrôlée des processus est [en effet] la raison principale des problèmes qualité ». ORVAIN J., 2016, « Contrôler ou manager la qualité », op. cit., p. 3.

¹⁶⁰ MINVIELLE E., mai 2003, op. cit., p. 186.

¹⁶¹ « In conclusion, before considering the impact of a surgical checklist on safety, it is necessary to consider its adoption by staff and to highlight the barriers to effective use » (En conclusion, avant d'examiner l'impact d'une « check-list » chirurgicale sur la sécurité, il est nécessaire d'examiner les conditions de son adoption par le personnel et de mettre en évidence les obstacles à une utilisation efficace). FOURCADE A., BLACHE J.L., GRENIER C. et al., 7 novembre 2011, « Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist », *BMJ Quality & Safety*, p. 7.

et d'appropriation universelle et intemporelle des messages¹⁶². La réception et l'appropriation sont en effet des faits pluriels qui nécessitent de prendre en considération la culture (vision du monde, normes) et la position sociale de ceux qui lisent, entendent ou perçoivent les messages.

Aussi, la réussite du projet mené aux HUIFIO implique donc de s'assurer des conditions d'apprentissage et d'appropriation par les professionnels des concepts gestionnaires inhérents à la démarche. Les professionnels de santé ne sont en effet pas des « agents » passifs qui appliqueraient un plan prédéfini mais bien des acteurs d'un processus de « traduction » aux multiples intérêts et influences. L'objectif partagé par les acteurs des HUIFIO de réussir la prochaine visite de certification de la HAS prévue en octobre 2017 (le « point de passage obligé ») devrait faciliter la coopération autour de la réussite du projet.

2.1.2 L'appropriation du projet et la mobilisation des acteurs autour de la réussite de la prochaine visite de certification de la HAS

L'analyse des conditions de réussite d'un projet nécessite de prendre en considération les « actants »¹⁶³ engagés, leurs légitimités, les jeux de pouvoir, les ressources dédiées et la dynamique de « traduction » à l'œuvre (figure 12).

¹⁶² « De mêmes textes et de mêmes livres sont l'objet de déchiffrements multiples, socialement [et culturellement] contrastés ». CHARTIER R., *Pratiques de la lecture*, p. 64.

¹⁶³ L'« actant » correspond à « toute unité discursive investie par des rôles qui peuvent être multiples et évolutifs. Comme la notion de force, celle d'acteur n'est pas limitée à l'univers humain ». L'actant concerne aussi bien les humains que les objets ou les discours *via* leurs porte-parole. CALLON M., LATOUR B., *op. cit.*, p. 13.

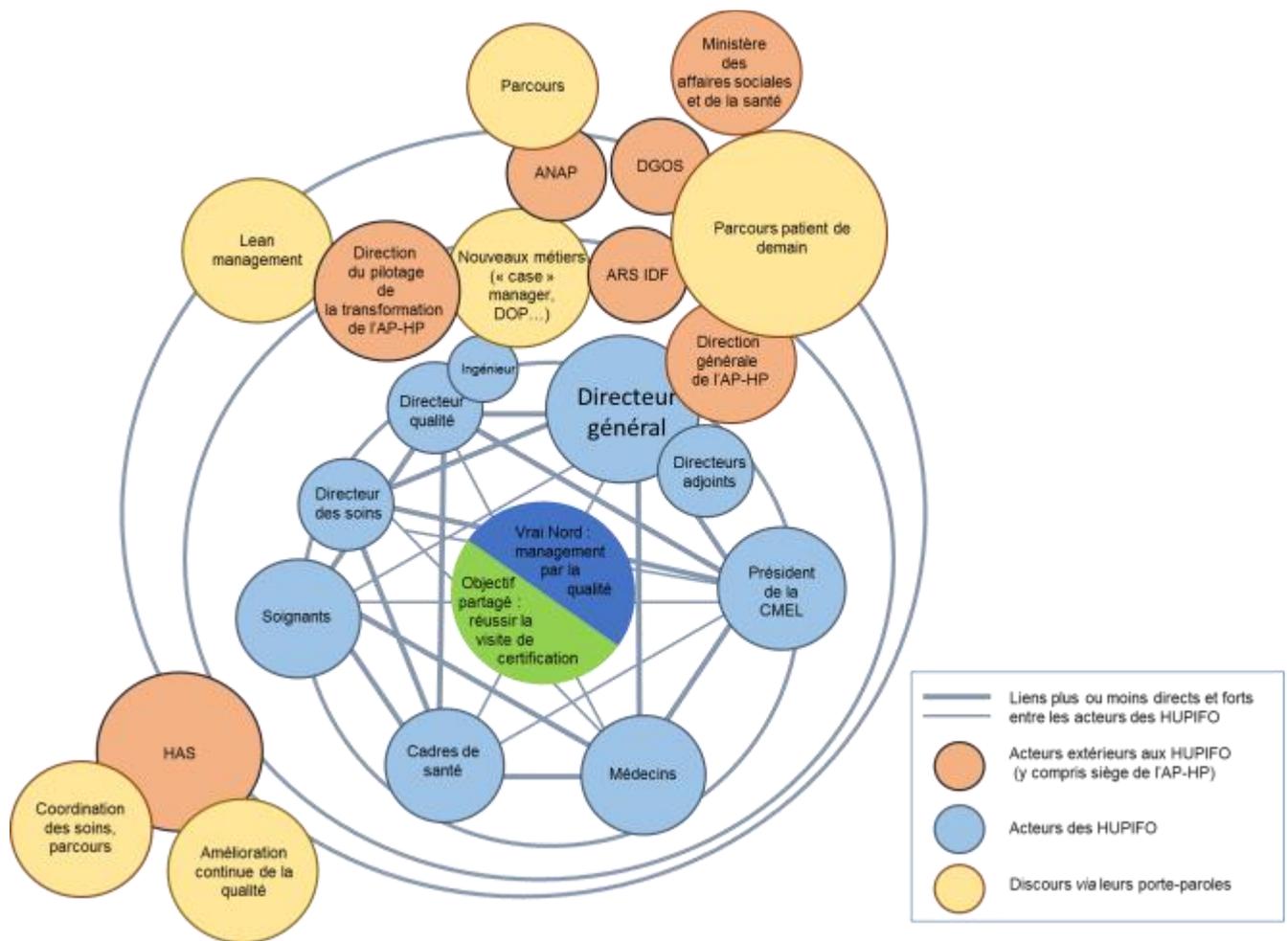


Figure 12. Schéma du réseau d'actants du projet d'amélioration continue des parcours patients des HUFIPO (DA CRUZ, 2016)

L'analyse morphologique du réseau¹⁶⁴ d'actants du projet d'amélioration continue des parcours patients des HUFIPO révèle la formation d'un réseau dont plusieurs éléments semblent venir en appui de la réussite du projet, à savoir le passage d'un management de la qualité à un management par la qualité (soit le « virage managérial » précité correspondant au « Vrai Nord »¹⁶⁵). Les discours (« Lean management », « parcours patient de demain », « amélioration continue de la qualité », « nouveaux métiers à l'hôpital ») légitimés par des « porte-paroles » institutionnels qui ont leur propre logique interne (Direction du pilotage de la transformation de l'AP-HP, direction générale de l'AP-HP, ANAP, DGOS, Ministère des affaires sociales et de la santé, HAS, ARS IDF) viennent nourrir le projet et engager une dynamique favorable à la réussite de la « traduction »¹⁶⁶.

¹⁶⁴ Un réseau est une « méta-organisation rassemblant des humains et des non humains ». AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G., et al., 1996, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Le Seuil, p. 134.

¹⁶⁵ L'expression « Vrai Nord », dans le Lean, désigne « un objectif lointain sur lequel toutes les parties prenantes vont aligner leurs efforts ». Source : <http://christian.hohmann.free.fr/index.php/synergie-tls-toc-lean-six-sigma/253-combiner-les-outils-lean-hoshin-kanri-et-toc-goal-tree>

¹⁶⁶ A l'inverse, « dans une traduction manquée, les positions des acteurs restent incommensurables et non-alignées ou mal alignées (« situations polyphoniques »). WALSH I. et RENAUD A., 2010, « La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit », *Revue Management & Avenir*, n° 39, p. 289.

Comme en atteste le succès des « visites à blanc »¹⁶⁷ de juin 2016 aux HUPIFO, en termes de participation des professionnels (infirmiers, cadres de santé mais aussi médecins et directeurs)¹⁶⁸, la mobilisation du groupe hospitalier dans le cadre de la préparation à la prochaine visite de certification de la HAS est par ailleurs un puissant levier de réussite du projet d'amélioration continue des parcours.

Tout se passe ainsi comme si les positions des acteurs semblaient s'aligner sur le projet d'amélioration continue des parcours, à travers un mécanisme d'intéressement porté par un point de passage obligé (la réussite de la visite de certification).

2.1.3 Maîtrise du Lean et apport d'une direction des opérations pour la gestion de processus

Néanmoins, la maîtrise de l'approche Lean ne va pas de soi. Si certaines personnes font du Lean management sans le dire, sans le savoir ou sans le vouloir dans les hôpitaux¹⁶⁹ et si le Lean est parfois assimilé à du simple « bon sens »¹⁷⁰, peu de professionnels hospitaliers sont aujourd'hui sensibilisés et formés au Lean management. Dans la plupart des établissements de santé, il semble que le « top management » soit encore peu réceptif à l'approche Lean compte tenu de la difficulté à en évaluer les gains financiers. Une revue de la littérature portant sur les impacts du Lean sur la performance hospitalière ne rapporte d'ailleurs principalement que des résultats au « niveau micro » (ou local)¹⁷¹ et rarement au « niveau meso » (comme peut l'être un projet d'amélioration continue des parcours des patients dans un établissement de santé)¹⁷². La difficulté fondamentale dans l'évaluation de l'impact d'un chantier Lean sur la performance d'un processus tient au fait que si le Lean permet une réduction des coûts de non-qualité, ces coûts n'apparaissent pas comme des lignes comptables alors qu'ils peuvent représenter des montants

¹⁶⁷ Des « visites à blanc » ont été conduites dans les différents pôles et services des HUPIFO par les professionnels du groupe hospitalier (dont les directeurs) en juin 2016. Ces visites se caractérisent par des audits de pratiques (parcours patient, circuit du médicament, droits des patients, identité-vigilance, tenue du dossier patient entre autres) suivis de compte rendus transmis par la DQGR aux chefs de pôles et de services ainsi qu'aux cadres de pôles et de services. Voir en annexe 5, les premiers retours sur les visites à blanc organisées en juin 2016 aux HUPIFO, pp. IX-X.

Cette démarche de « visites à blanc » s'apparente à un « Genba ».

¹⁶⁸ Source : ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUPIFO, 7 juin 2016, « Visite à blanc du service de médecine interne du site Ambroise-paré » (Evaluation des EIO de la HAS par thématiques : parcours du patient, risques infectieux, droits des patients, douleur, dossier patient, prise en charge médicamenteuse, systèmes d'information et fonctions logistiques).

¹⁶⁹ FERMON Béatrice, in UNIVERSITE PARIS DAUPHINE, *Cachez ce Lean que je ne saurais voir ! Expériences croisées sur le Lean management en santé*, op. cit.

¹⁷⁰ MARVANNE P., « Présentation du Lean management : philosophie, principes, outils », in UNIVERSITE PARIS DAUPHINE, op. cit.

¹⁷¹ FOURNIER P.L., BENOMAR N., JOBIN M.H., janvier 2016, « Mesurer l'impact du Lean sur la performance : leçons apprises auprès de trois établissements de santé du Québec », Livret n° 16-1, *Pôle santé HEC Montréal*, pp. 2-4.

¹⁷² CURATOLO, op. cit., p. 38.

élevés¹⁷³. Dès lors, dans un contexte de dégradation des comptes financiers des établissements de santé¹⁷⁴, nécessitant de résorber rapidement les déficits, il semble que l'« efficacité » se concentre sur la maîtrise de l'évolution des charges de personnel plutôt que sur le lancement de chantiers d'amélioration continue dont les gains financiers ne se traduisent qu'à long terme et sont difficilement isolables toutes choses égales par ailleurs.

Il semble par ailleurs que la gestion par processus, qu'elle soit non inspirée par une approche Lean, soit facilitée dans les structures (encore peu nombreuses) s'étant dotées d'une direction des opérations (DOP) telles que la Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild (FOR)¹⁷⁵, le groupe hospitalier Hôpitaux universitaires Paris Sud (HUPS) de l'AP-HP ou encore Gustave Roussy (GR).

Largement implantée dans le monde industriel et dans le secteur des services, la fonction de DOP transposée à l'hôpital permet en effet d'apporter aux professionnels de santé une expertise et un support méthodologique sur les problématiques d'optimisation des processus. Le directeur des opérations doit disposer ainsi d'une vision transversale de la production de soins de l'établissement et conduire des projets d'optimisation avec les acteurs concernés. Convaincu par la valeur ajoutée de cette fonction, l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France, après avoir lancé un appel à candidatures en juillet 2014¹⁷⁶, soutient d'ailleurs la consolidation d'un réseau de DOP en cofinçant notamment pour une période limitée les postes créés dans quinze établissements de santé¹⁷⁷. Le niveau d'appréhension de la valeur ajoutée de la fonction de DOP semble donc progresser dans les établissements de santé en France même si un décalage persiste avec d'autres pays à l'international¹⁷⁸. De même que pour le déploiement d'approches Lean, la diffusion de nouveaux métiers comme celui de DOP (ou celui de « case » manager) semble vérifier la courbe de diffusion de l'innovation de E. ROGERS¹⁷⁹ : si seulement quelques établissements de santé « innovateurs » en France ont adopté aujourd'hui ces nouvelles façons de penser et de faire, l'intérêt grandissant pour ces problématiques pourrait

¹⁷³ BALLE M., janvier 2016, « Où chercher les résultats financiers du Lean ? », *Institut Lean France*,

¹⁷⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, DREES, 2016, « Les établissements de santé », *Panoramas*, p. 164.

¹⁷⁵ La DOP de la FOR travaille ainsi notamment sur l'optimisation de ses filières ophtalmologiques en vue d'améliorer les flux patients par la définition de parcours types par filières et sur l'optimisation de sa gestion des rendez-vous avec pour finalité de développer une réelle vision transversale des parcours. Sources : Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild, entretiens du 02/08/16 avec le directeur des opérations et du 19/08/16 avec le directeur adjoint des opérations.

¹⁷⁶ AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, juin 2016, « Appui à l'efficacité des organisations des établissements de santé franciliens. Actions 2014 : appel à candidatures », pp. 8-10.

¹⁷⁷ AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, février 2016, « La direction des opérations (DOP) : une fonction innovante en établissements de santé. 15 DOP soutenues par l'ARS d'Île-de-France. Retour d'expérience après 1 an d'accompagnement », Paris, 28 p.

¹⁷⁸ AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, juin 2016, « Des métiers innovants en établissements de santé. Une vision prospective du management ? », p. 5.

¹⁷⁹ ROGERS E., 1962, éd. 1983, *Diffusion of Innovations*, New York, The Free Press, p. 247.

conduire à l'adoption par « une majorité précoce » de telles démarches et fonctions à court terme¹⁸⁰.

2.1.4 Un possible redimensionnement du projet à court terme

A la fin de la rédaction de ce présent mémoire, sur l'objectif fixé par la « task force » à la fin de l'année 2015 de structurer trente-cinq parcours identifiés selon des critères d'activité et de gestion des risques d'ici à octobre 2017, un seul parcours était formalisé, dix parcours en cours de structuration et vingt-quatre parcours n'avaient pas encore fait l'objet de sessions de travail. En outre, le projet actuellement mené n'en est qu'à sa phase d'élaboration de standards et de réalisation de VSM tandis que la promotion, la diffusion et l'appropriation par les équipes de soins d'outils d'animation Lean comme le « stand up meeting »¹⁸¹ (point 5 minutes) ou de management visuel comme le « One point lesson » (OPL¹⁸²) n'a pas encore pu débuter.

Compte tenu du contexte et des ressources dédiées au projet d'amélioration continue des parcours, il pourrait ainsi être opportun de redimensionner le projet. Ce dernier pourrait être réduit¹⁸³ à la structuration de « quatre ou cinq parcours »¹⁸⁴, voire à « deux ou trois parcours »¹⁸⁵. Ce nouveau périmètre aurait l'avantage de permettre un approfondissement du travail mené par la DQGR et les professionnels de santé sur les parcours identifiés comme prioritaires et stratégiques pour le groupe hospitalier. Une vision plus itérative du projet serait alors possible avec l'expérimentation rapide de méthodes et outils Lean et l'acceptation d'erreurs dans leur mise en œuvre selon un processus d'apprentissage classique. En outre, une évaluation éventuelle de ce projet, dans le cadre d'un projet de recherche clinique mobilisant par exemple un chercheur en sciences sociales, serait facilitée puisqu'elle permettrait de comparer des parcours et des services ayant fait l'objet d'une transformation Lean et d'autres n'ayant pas été inclus dans le périmètre du projet.

¹⁸⁰ Le métier de DOP devrait se déployer largement dans les structures de soins dans les cinq prochaines années. Source : AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, juin 2016, op. cit., p. 5.

¹⁸¹ Le « stand up meeting » est une réunion d'équipe (en station debout) permettant de faire remonter régulièrement (de manière journalière ou hebdomadaire le plus souvent) des points bloquants ou des problèmes rencontrés. Le partage d'informations et l'amorce d'une résolution commune des difficultés renforcent l'esprit d'équipe. Source : INSTITUT LEAN FRANCE, 6 juillet 2016, « Lean en milieu hospitalier. Masterclass animée par Benjamin GAREL, directeur chargé de projets à l'AP-HP », Paris (1 journée).

¹⁸² L'OPL est un outil d'apprentissage sur un point spécifique d'un standard. Cet outil peut prendre la forme d'une affiche par exemple. Le message doit être simple à comprendre, facile à mémoriser et être adapté aux professionnels de santé qui ont déjà « une charge mentale élevée ». Source : INSTITUT LEAN FRANCE, 6 juillet 2016, op. cit.

¹⁸³ « Trente-cinq parcours, c'est beaucoup ». Conseiller médical « GHT » de la direction générale de l'offre de soins du ministère des affaires sociales et de la santé, entretien du 23/08/2016.

¹⁸⁴ « Quelle sera la profondeur du diagnostic et la planification dans le temps ? Est-ce qu'il ne vaut pas mieux en approfondir quatre ou cinq ? ». Conseiller technique de la HAS, entretien du 25/07/2016.

¹⁸⁵ Chargée de projet de l'ANAP, entretien du 07/07/2016.

Par ailleurs, afin de faciliter l'appropriation de la démarche d'amélioration continue des parcours au sein du groupe hospitalier, les fonctions managériales les plus élevées de l'hôpital ainsi que les gestionnaires de services et des médecins pourraient être formés à l'approche Lean. Cela pourrait passer par des échanges croisés avec des établissements plus avancés en la matière (HUPS, CHU UCL Namur pour exemples) et des formations dispensées par des organismes spécialisés.

D'autres approches complémentaires au projet actuellement mené aux HUPIFO peuvent également permettre d'améliorer les parcours et l'expérience de vie des patients au sein du groupe hospitalier.

2.2 Des enrichissements possibles et complémentaires au projet d'amélioration continue des parcours mené aux HUPIFO

2.2.1 Mieux associer le patient à l'amélioration de son parcours et évaluer de manière plus rigoureuse son expérience de vie

Une meilleure coordination des professionnels, la limitation des problèmes d'interfaces des services et un management par la qualité viennent en appui à la fluidité des parcours qui est un élément majeur de l'efficience et de la qualité du service rendu par les établissements de santé. En outre, la méthode du patient-traceur permet désormais d'intégrer l'expérience du patient et celle éventuelle de ses proches afin d'améliorer la qualité des parcours.

Néanmoins, d'autres approches complémentaires à celle du patient-traceur existent et permettent d'impliquer les patients dans l'amélioration de leurs parcours¹⁸⁶. Parmi ces approches, celle menée actuellement par les HUPS est notable¹⁸⁷.

En 2015, les HUPS ont ainsi créé un bureau de l'évaluation de l'expérience patient (BEEP)¹⁸⁸, inspiré directement par la démarche du CHU de Québec¹⁸⁹. Le BEEP est une structure souple rattachée à la direction des affaires médicales, de la qualité et de la gestion des risques des HUPS. L'équipe permanente du bureau est composée d'un responsable qualité¹⁹⁰, d'un responsable des droits des usagers et d'un représentant des usagers. Collaboratif, le BEEP s'associe aux professionnels de santé en interne et aux représentants des usagers pour « écouter » les patients aussi bien sur les éléments factuels de leur épisode de soins que sur leur perception de la qualité des soins. Cette « écoute » peut se faire notamment à travers l'organisation d'entretiens semi-directifs

¹⁸⁶ Ces approches viennent répondre à un manque en la matière : « il apparaît nécessaire de progresser également dans l'implication des patients [...] dans l'évaluation de la qualité ». INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2012, « L'hôpital », p. 83.

« Le patient-traceur, c'est une bonne méthode mais ce n'est pas suffisant ». Senior manager chez OpusLine, entretien du 19/07/2016.

¹⁸⁷ La démarche menée aux HUPS a reçu le deuxième prix des trophées de l'innovation managériale de l'AP - HP lors du congrès des cadres du 13 juin 2016. Source : ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, juillet 2016, « Rapport annuel 2015 », Hôpitaux universitaires Paris-Sud (Antoine-Béclère, Bicêtre et Paul-Brousse), p. 2.

¹⁸⁸ ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUPS, op. cit.

¹⁸⁹ Le CHU de Québec a créé en décembre 2011 un « bureau de l'évaluation de l'expérience patient ». Ce bureau vient en appui aux directions de l'établissement pour évaluer « l'expérience vécue par les patients tout au long de leur parcours hospitalier afin d'orienter les processus de gestion de la qualité ». Source : CHU DE QUEBEC, « Bureau de l'évaluation de l'expérience patient. Rapport annuel », p. 1.

¹⁹⁰ Responsable de la qualité et de la gestion des risques du site Bicêtre et responsable du BEEP des HUPS, entretien du 26/07/2016.

avec les patients. L'objectif est alors d' « améliorer de façon pragmatique les parcours de soins »¹⁹¹.

A partir de la fin de l'année 2015, le BEEP a cherché ainsi à optimiser le parcours du patient à la polyclinique d'Antoine-Béclère, depuis son entrée jusqu'à sa sortie du service de consultation (service de consultation unique et multidisciplinaire). Pour ce faire, un groupe de travail pluri-professionnel a été créé en décembre 2015 pour définir le sujet, le périmètre et la méthodologie ; groupe de travail auquel la DOP des HUPS a participé. Afin de collecter des données sur le parcours étudié, le groupe a utilisé les méthodes du « focus group »¹⁹² et de l'entretien individuel mais d'autres méthodes auraient pu être mobilisées comme le sondage, le tableau d'idées ou encore le « shadowing »¹⁹³ (figure 13).

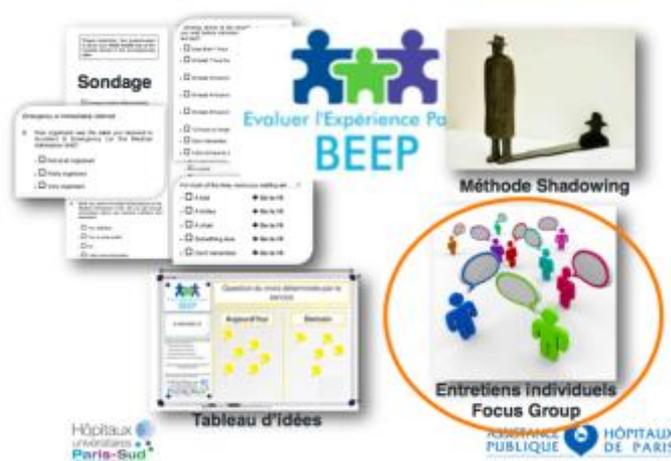


Figure 13. Méthodes d'investigation du BEEP des HUPS (HUPS, 2016)

Pendant deux jours, deux auditeurs ont ainsi interrogé vingt-six patients tirés au sort. Les questions (ouvertes) portaient sur les six étapes clés du parcours du patient : la

¹⁹¹ ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, juillet 2016, op. cit., p. 2.

¹⁹² Le « focus group » (ou groupe de discussion) est une méthode d'enquête qualitative qui vient du marketing et qui consiste, sous l'impulsion d'un animateur, à réunir plusieurs clients pour comprendre en profondeur leurs attitudes et leurs comportements à l'égard d'une offre. Source : LENDREME J., LEVY J., 1974, (éd. 2014), *Mercator. Tout le marketing à l'ère numérique*, Dunod, p. 75.

¹⁹³ Le « shadowing » (ou « The Patient and Family Centered Care ») est une méthode d'évaluation qualitative développée par l'Université de Pittsburgh en 2006. Elle consiste à suivre le patient sur un parcours en recueillant en temps réel des données sur les étapes du parcours, sur la durée de chaque étape et sur le vécu du patient et son entourage éventuel. Source : DIGIOIA A., GREENHOUSE P.K., 2011, « Patient and Family Shadowing. Creating Urgency for Change », *The Journal of Nursing Administration*, vol. 41, n° 1, p. 23.

convocation¹⁹⁴, l'entrée à l'hôpital¹⁹⁵, le point d'information de l'hôpital¹⁹⁶, la caisse¹⁹⁷, la consultation¹⁹⁸, l'accueil et le pansement ou prélèvement éventuel¹⁹⁹, et enfin la sortie²⁰⁰.

Ensuite, le groupe de travail a procédé à une analyse de contenu des entretiens menés en se centrant sur les émotions exprimées, ce qui a permis de dresser une liste des attentes des patients et de mesurer de manière fine leur satisfaction à chaque étape du parcours. A partir de ce traitement des données, le groupe de travail composé de professionnels de l'hôpital et d'un « patient collaborateur » a identifié plusieurs actions à conduire et à mettre en œuvre (figure 14).



Figure 14. Exemple d'action à conduire aux HUPS suite à l'analyse d'un parcours mené par le BEEP du groupe hospitalier (HUPS, 2016)

En identifiant, à partir de la perception et du retour des patients, des actions concrètes à mettre en œuvre pour améliorer les parcours, la méthode mise en œuvre par le BEEP des HUPS enrichit les approches plus classiques mesurant la satisfaction des patients à partir d'enquêtes en ligne et téléphonique ou de questionnaires de sortie²⁰¹.

¹⁹⁴ Question tirée du guide de l'entretien patient des HUPS : « comment s'est passée votre prise de rendez-vous ? ». Source : ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUPS, op. cit., p. 13.

¹⁹⁵ Exemple de question tirée du guide de l'entretien patient des HUPS : « comment êtes-vous venu à l'hôpital ? ». Source : Ibidem.

¹⁹⁶ Exemple de question : « comment avez-vous été informé ? ». Source : Ibid.

¹⁹⁷ Exemple : « comment s'est déroulé votre passage à la caisse ? ». Source : Ibid.

¹⁹⁸ Exemple : « comment s'est déroulée votre attente ? ». Source : ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUPS, op. cit., p. 14.

¹⁹⁹ Questions tirées du guide de l'entretien patient : « avez-vous eu un pansement ou un prélèvement ? Si oui, comment s'est passé ce temps de soins ? ». Source : Ibid.

²⁰⁰ Exemple : « comment s'est passée votre sortie ? ». Source : Ibid.

²⁰¹ « Le défaut de ces approches, c'est qu'elles font remonter des taux de satisfaction, entre 80 et 90 %, déconnectés de la réalité ». Responsable de la qualité et de la gestion des risques du site Bicêtre et responsable du BEEP des HUPS, entretien du 26/07/2016.

Les patients deviennent ainsi des « patients partenaires »²⁰². Leurs « savoirs expérientiels »²⁰³ (légitimés) contribuent à l'amélioration de l'expérience des patients en milieu de soins et à leur qualité de vie à rebours d'une approche « paternaliste » (figure 15).

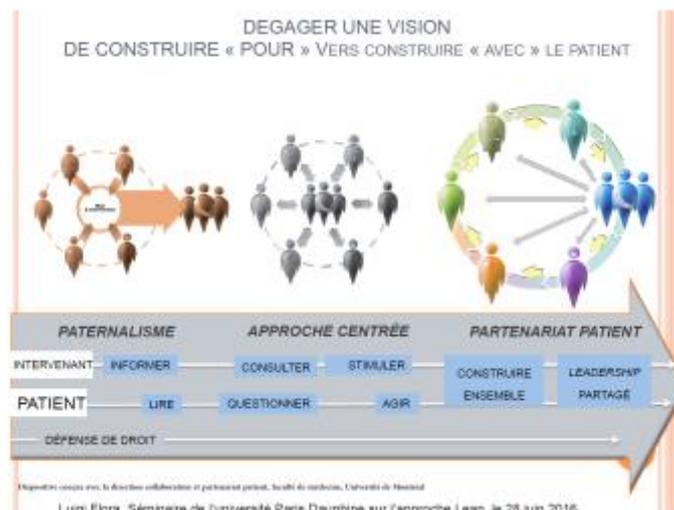


Figure 15. Du paternalisme au partenariat patient (FLORA, 2016)

Pour L. FLORA²⁰⁴, la participation des patients à la démarche d'amélioration continue des parcours constitue à cet égard une pratique logique et cohérente avec le « Lean santé »²⁰⁵. C'est en tout cas l'approche retenue par le BEEP des HUPS avec l'objectif de « mettre en œuvre des « ateliers Kaizen » à partir du retour des patients »²⁰⁶ (figure 15).

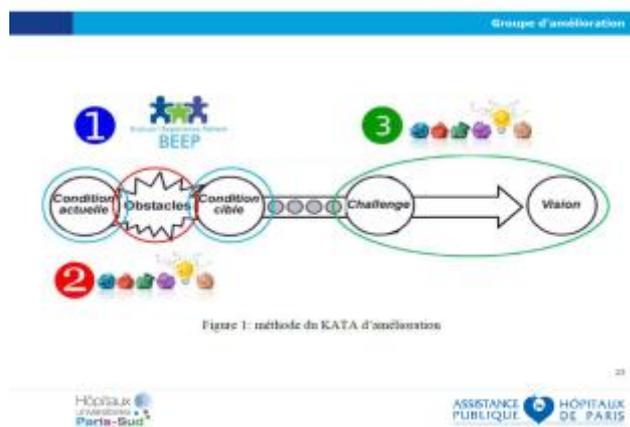


Figure 16. La méthode du KATA retenue par les HUPS (HUPS, 2016)

²⁰² FLORA L., « Mobiliser les patients dans les processus Lean : l'exemple du modèle de Montréal » in UNIVERSITE PARIS DAUPHINE, op. cit.

²⁰³ Idem.

²⁰⁴ FLORA L., op. cit.

²⁰⁵ Pour L. FLORA, la mobilisation des « savoirs expérientiels » des patients fut particulièrement pertinente dans le cadre des projets « Lean santé » suivants : révision du processus de prise de rendez-vous, révision du processus de coordination des soins dans les cliniques externes et amélioration du processus de transfert des patients entre l'hôpital et les centres d'hébergement et de SLD. Source : FLORA L., op. cit.

²⁰⁶ Responsable de la qualité et de la gestion des risques du site Bicêtre et responsable du BEEP des HUPS, entretien du 26/07/2016.

La méthode dite du « Kata » qui consiste à apporter des améliorations en continu, en procédant « pas à pas » à partir de la participation active des professionnels, peut être ainsi comparé aux principes retenus pour l'amélioration continue des parcours patients des HUPIFO. Les deux démarches semblent ainsi hautement compatibles et complémentaires.

2.2.2 Assurer un meilleur suivi à distance des patients

Si l'adoption de nouvelles technologies de l'information n'est pas « une fin en soi »²⁰⁷, certaines d'entre-elles semblent permettre d'améliorer concrètement la fluidité et la pertinence des parcours des patients. C'est le cas par exemple de l'application « ViaTrajectoire » qui permet d'orienter de manière personnalisée et adaptée les patients vers les structures de prise en charge en SSR, en hospitalisation à domicile, en USLD ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou non dépendantes (EHPA)²⁰⁸.

De nouveaux outils doivent permettre également d'assurer un meilleur suivi à distance des patients et améliorer ainsi la coordination des parcours. C'est le cas notamment du projet « CAPRI » de Gustave Roussy qui est une plateforme de suivi à distance des patients traités pour un cancer à GR lors de leur retour à domicile ; plateforme pilotée par deux infirmières de coordination (IDEC).

Concrètement, pour assurer le suivi à distance des patients, les IDEC sont en lien avec les professionnels de santé exerçant en ville (médecin généraliste, infirmière libérale, pharmacien de ville entre autres) et les patients *via* deux portails dédiés (l'un pour les patients et l'autre pour les professionnels de santé). Chaque acteur dispose d'identifiants permettant de se connecter à son portail personnalisé, de saisir des données et de partager des informations. Le portail patient doit permettre notamment à ce dernier de

²⁰⁷ « L'outil informatique ne doit pas être vu comme une fin en soi : il n'est qu'un outil, qui supporte une organisation éprouvée. Or, trop souvent, le recours à une solution informatique à l'hôpital pallie un manque d'organisation : c'est l'espoir que la technologie, dans sa puissance, pourra dépasser les problématiques organisationnelles. Or il n'en est rien. Celles-ci persistent, voire, dans le pire des cas, peuvent s'accroître avec la mise en place de l'outil informatique ». FORTINEAU V., LAMOURI S., ECKERLEIN G., op. cit., p. 6.

²⁰⁸ Pour une présentation de « ViaTrajectoire », voir :

<https://trajectoire.sante-ra.fr/Trajectoire/pages/AccesLibre/PageFixe.aspx?pgeFixe=apropos>

Sources : « Des choses sont faites sur les parcours. Trajectoire par exemple est un très bon outil ». Directrice de la qualité et de la performance de Gustave Roussy, entretien du 08/08/2016.

« Trajectoire permet une approche globale et pertinente ». Coordinatrice du secteur qualité, évaluation des pratiques professionnelles, certification, démarches qualité sectorielles à la direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, entretien du 19/08/2016.

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUPIFO, DA CRUZ L., 2 mai 2016, « Evaluation de la procédure d'admission des patients en unités de soins de longue durée dans le contexte de déploiement de l'application *ViaTrajectoire* ».

contacter une IDEC de GR via une messagerie sécurisée, d'enregistrer des données relatives à son suivi (telles que la température ou le poids) ou encore de disposer d'un espace de stockage pour télécharger, archiver et classer les documents relatifs à sa prise en charge. Des alertes peuvent être émises en fonction des données saisies par les patients, ce qui se traduit alors par des décisions d'orientation de la part des IDEC supervisées par des médecins.

Le projet « CAPRI » qui fait l'objet d'une évaluation à travers un essai randomisé²⁰⁹ pourrait en tout état de cause inspirer une démarche opérationnelle visant à assurer un meilleur suivi à distance des patients du « nouveau Garches »²¹⁰. Les parcours de soins des personnes en situation de handicap mobilisent en effet de nombreux acteurs et nécessitent à ce titre une coordination des soins optimale²¹¹.

²⁰⁹ « Les données de 500 patients bénéficiant du dispositif seront comparées aux données de 500 patients bénéficiant du parcours coordonné standard de Gustave Roussy ». Source : <https://www.gustaveroussy.fr/fr/cancerologie-parcours-de-soins-region-ile-de-france-capri>

Cette étude est pilotée par E. MINVIELLE, à l'initiative du projet « CAPRI ».

²¹⁰ Le projet du « nouveau Garches » correspond à la création d'ici à 2021 d'un futur hôpital du handicap à Garches venant se substituer pour partie à l'actuel hôpital Raymond-Poincaré.

²¹¹ Les personnes souffrant d'un handicap présentent en effet davantage de problèmes de santé que l'ensemble de la population. Suivant le groupe et le milieu, elles peuvent se retrouver plus vulnérables à des problèmes de santé évitables, des morbidités concomitantes et des problèmes liés à l'âge (troubles cardio-vasculaires, troubles respiratoires, problèmes alimentaires, troubles anxio-dépressifs entre autres). Source : ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2011, « World Report on Disability », pp. 57-62.

Conclusion

L'amélioration continue des parcours nécessite « une stratégie d'ensemble »

L'analyse *in itinere* du projet d'amélioration continue des parcours patients des HUPIFO révèle que la structuration des parcours et le réexamen des coordinations aux interfaces des services et des organisations de travail dans les établissements de santé apparaissent comme une nécessité en termes de qualité, d'efficacité et de satisfaction des professionnels et des patients.

L'approche de « Lean management » retenue qui se révèle la fois modeste (améliorer « à petits pas » la qualité de prise en charge des patients) et ambitieuse (changer de paradigme et mettre en avant de nouveaux principes de management), nécessite de prendre en compte les cultures professionnelles et administratives du milieu hospitalier et la dynamique du réseau d'« actants » dans lequel se déploie cette approche sous peine de connaître des résultats limités.

Dans une perspective comparative, le projet des HUPIFO pourrait être enrichi par des démarches complémentaires comme celle visant à assurer une meilleure participation des patients à l'amélioration de leurs parcours (HUPS) ou celle devant permettre d'assurer à terme, *via* les nouvelles technologies de l'information, un meilleur suivi à distance des patients (GR).

Néanmoins, au-delà de la promotion de nouvelles formes organisationnelles dans les établissements de santé, de la mise en place d'un véritable partenariat avec les patients et du suivi à distance de ces derniers, l'amélioration continue des parcours nécessite également de revoir les modes de financement des offreurs de soins aujourd'hui très émiettés²¹² et d'envisager de nouvelles formes d'« intégration des acteurs »²¹³ dans une « stratégie d'ensemble »²¹⁴.

²¹² « Le système de financement n'encourage pas l'organisation graduée des soins alors qu'il s'agit d'un objectif prioritaire du projet de modernisation du système de santé ». VERAN O., mai 2016, « Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé », p. 36.

²¹³ Président de la commission médicale d'établissement locale des HUPIFO, entretien du 03/08/2016.

²¹⁴ MINVIELLE E., septembre 2015, « La coordination des parcours de soins en cancérologie sous pression », RCFr.

Sources et bibliographie

1. Textes législatifs et réglementaires

Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal officiel, n° 0022 du 27 janvier 2016.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel, n° 0167 du 22 juillet 2009.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal officiel, n° 190 du 17 août 2004.

Décret n° 2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l'hospitalisation. Journal officiel, n° 0194 du 22 août 2012.

2. Rapports et avis

BLANCHARD P., ESLOUS L., YENI I., et al., décembre 2014, « Evaluation de la coordination d'appui aux soins », rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, n° 2014-010R, disponible sur Internet : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-010R_Evaluation_coordination_appui_soins.pdf

DOMY P., MOULIN G., FRECHOU D., et al., mars 2014, « Rapport des Conférences hospitalières à Madame la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé. Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé », disponible sur Internet : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_MISSION_POLES.pdf

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE, avis du 22 mars 2012, « Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM », disponible sur Internet : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/l_avenir_de_l_assurance_maladie_les_options_du_hcaam.pdf

INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 2012, « L'hôpital », rapport disponible sur Internet : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/L_hopital_-_Rapport_IGAS_2012.pdf

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, 2011, « World Report on Disability », disponible sur Internet : http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/

OVRETVEIT J., 2012, « Do changes to patient-provider relationships improve quality and save money ? A review of evidence about value improvements made by changing communication, collaboration and support for self-care », *The Health Foundation Inspiring Improvement*, disponible sur Internet : <http://www.health.org.uk/publication/does-clinical-coordination-improve-quality-and-save-money>

VERAN O., mai 2016, « Mission sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé », Rapport d'étape, disponible sur Internet : <http://www.olivier-veran.fr/rapport-detape-sur-le-mode-de-financement-des-etablissements-de-sante/>

3. Ouvrages

- AISSOU M., DANOS J.P., JOLIVET A., 2016, *Structurer les parcours de soins et de santé. Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi Santé*, LEH Edition, 240 p.
- AKRICH M., CALLON M., LATOUR B., *Sociologie de la traduction*, Presses de l'Ecole des Mines de Paris, 2006, 304 p.
- AMBLARD H., BERNOUX P., HERREROS G. et al., 1996, *Les nouvelles approches sociologiques des organisations*, Le Seuil, 291 p.
- BARNAS K., 2014, *Beyond Heroes. A Lean Management System for Healthcare*, ThedaCenter for Healthcare Value, 216 p.
- BITEAU R. et S., 2003, *La maîtrise des flux industriels*, Editions d'Organisation, 336 p.
- BOURDIEU P., 1987, *Choses dites*, Les Editions de Minuit, 228 p.
- BRAMI L., DAMART S., DETCHESSAHAR M. et al., 2014, *L'absentéisme des personnels soignants à l'hôpital. Comprendre et agir*, Presses des Mines, Collection Economie et gestion, 156 p.
- CHARTIER R., 1993, *Pratiques de la lecture*, Payot, 309 p.
- HOHMANN C., 2012, *Lean management*, Eyrolles, 423 p.
- LATOUR, 1987, éd. 2005, *La science en action. Introduction à la sociologie des sciences*, La Découverte, 672 p.
- LENDREVIE J., LEVY J., 1974, éd. 2014, *Mercator. Tout le marketing à l'ère numérique*, Dunod, 1040 p.
- LOUBET DEL BAYLE J.L., 2000, *Initiation aux méthodes des sciences sociales*, L'harmattan, 386 p.
- MARVANNE P., 2014, *Le Lean à l'hôpital. Améliorer la qualité des soins, freiner l'augmentation des coûts et développer les talents*, Les Etudes Hospitalières, 197 p.
- ROGERS E., 1962, éd. 1983, *Diffusion of Innovations*, New York, The Free Press, 453 p.
- SAUSSURE F., 1916, éd. 1972, *Cours de linguistique générale*, Payot, 520 p.
- WEBER M., 1971, *Economie et société*, tome 1, Les catégories de la sociologie, Plon, 416 p.
- WOMACK J.P et JONES D.T, 2010, *Lean Thinking : Banish Waste and Create Wealth in Your Corporation*, Simon & Schuster, 396 p.

4. Articles

- BALLE M., juillet 2016, « En quoi le Lean est-il différent des autres méthodes d'amélioration continue ? », *Institut Lean France*, disponible sur Internet : <http://www.institut-lean-france.fr/lean-amelioration-continue/>

- BALLE M., avril 2016, « Le Lean est une démarche d'éducation, pas d'organisation », *Institut Lean France*, disponible sur Internet : <http://www.institut-lean-france.fr/medias/2016/04/newsletter-5-Le-lean-est-une-demarche-d-education.pdf>
- BALLE M., mars 2016, « Le Kaizen est aussi un moyen de reconnaître objectivement le travail accompli et d'accroître la motivation », *Institut Lean France*, disponible sur Internet : <http://www.institut-lean-france.fr/newsletter-kaizen-motivation-reconnaissance>
- BALLE M., février 2016, « Encourager les idées nouvelles est tout aussi important qu'éliminer les erreurs », *Institut Lean France*, disponible sur Internet : <http://www.institut-lean-france.fr/newsletter-encourager-les-idees-nouvelles/>
- BALLE M., janvier 2016, « Où chercher les résultats financiers du Lean ? », *Institut Lean France*, disponible sur Internet : <http://www.institut-lean-france.fr/resultats-financiers-lean-newsletter/>
- BOURDIEU P., 1978, « Sur l'objectivation participante. Réponses à quelques objections », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 23, pp. 67-69, disponible sur Internet : http://www.persee.fr/doc/arss_0335-5322_1978_num_23_1_2609
- BRUNELLE Y., janvier 2009, « Les hôpitaux magnétiques : un hôpital où il fait bon travailler en est un où il fait bon se faire soigner », *Pratiques et organisation des soins*, n° 40, pp. 39-48, disponible sur Internet : <http://www.cairn.info/revue-pratiques-et-organisation-des-soins-2009-1-page-39.htm>
- CATILLON M., novembre 2014, « Prix Graph 2014. Améliorer la coordination des soins. Enjeux et stratégies Etats-Unis/France », *Gestions hospitalières*, n° 540, pp. 524-527.
- CHAMBAUD L., 2016, « Le système de santé français à l'épreuve des transitions », *Socio*, 6, disponible sur Internet : <http://socio.revues.org/2300>
- COULOMBE M., octobre 2015, « Histoire à succès d'un système de gestion Lean ou comment ThedaCare a révolutionné sa gestion par l'implantation d'un système de gestion lean », *Des idées pour construire le CHU de demain*, n° 1, CHU de Québec, 14 p.
- DIGIOIA A., GREENHOUSE P.K., 2011, « Patient and Family Shadowing. Creating Urgency for Change », *The Journal of Nursing Administration*, vol. 41, n° 1, pp. 23-28, disponible sur Internet : <http://www.pfcc.org/newpfcc/wp-content/uploads/2013/09/JONA-Patient-and-Family-Shadowing-01-11.pdf>
- DOUCET C., octobre 2008, « La certification en santé. Entre conformité et amélioration », *Qualité Références*, pp. 27-30, disponible sur Internet : http://www.qualite-info.net/Articles/0811_QR_CertifSante.pdf
- FERY-LEMONNIER E., septembre 2014, « Les parcours, une nécessité », *ADSP*, n° 88, pp. 2-15.
- FORTINEAU V., LAMOURI S., ECKERLEIN G., mars 2015, « Analyse des potentialités et des limites du Lean à l'hôpital : vers une démarche d'excellence hospitalière », *Qualita'2015*, 8 p., disponible sur Internet : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01149757/document>
- FOURCADE A., BLACHE J.L., GRENIER C. et al., 7 novembre 2011, « Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist », *BMJ Quality & Safety*, 7 p., disponible sur Internet : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3285141/>

FOURNIER P.L, BENOMAR N., JOBIN M.H., janvier 2016, « Mesurer l'impact du Lean sur la performance : leçons apprises auprès de trois établissements de santé du Québec », Livret n° 16-1, *Pôle santé HEC Montréal*, 12 p., disponible sur Internet : <http://polesante.hec.ca/wp-content/uploads/2010/02/FOURNIER-BENOMAR-JOBIN-et-al.-Mesurer-l'impact-du-Lean-sur-la-performance...-GISEH-2016.pdf>

HAAS P.E., septembre/octobre 2015, « Direction des opérations en établissements de santé. ADN & profils. Premiers retours du dispositif francilien », *Revue hospitalière de France*, n° 566, pp. 34-38.

LANDRY N., ERNY J.C, 2015, « Expérience et analyse de la mise en place de la méthode du patient traceur dans un centre de rééducation », *Risques et qualité*, volume XII, n° 4, pp. 158-162, disponible sur Internet : http://www.centre-richelieu.fr/wa_files/R_26Q-XII-4-Patient_20traceur.pdf

LEVITT S.D et LIST J.A., mai 2009, « Was There Really a Hawthorne Effect at The Hawthorne Plant ? An Analysis of the Original Illumination Experiments », *NBER Working Paper Series*, document de travail 15016, disponible sur Internet : <http://www.nber.org/papers/w15016.pdf>

MARTINEAU R., avril 2012, « Passer des procédures aux processus : l'appropriation du management par la qualité dans un hôpital », *Politiques et management public*, pp. 215-232, disponible sur Internet : <https://pmp.revues.org/4889>

MINVIELLE E., septembre 2015, « La coordination des parcours de soins en cancérologie sous pression », RCFr, disponible sur Internet : <http://www.rcfr.eu/bienvenue/la-coordination-des-parcours-de-soins-en-cancerologie-sous-pression>

MINVIELLE E., avril 2015, « Innovation organisationnelle dans la prise en charge des patients en oncologie », *Onko +*, n° 52, pp. 10-11.

MINVIELLE E., septembre 2014, « Pour une évaluation des parcours de santé », *ADSP*, n° 88, pp. 51-56.

MINVIELLE E., mai 2003, « De l'usage de concepts gestionnaires dans le champ de la santé. Le cas de la qualité hospitalière », *Revue française de gestion*, n° 168, pp. 167-189.

MINVIELLE, décembre 1999, « Les politiques d'amélioration de la qualité des soins à l'hôpital. Quel fondement organisationnel ? », *Politiques et management public*, n° 4, pp. 59-84.

MONNET E., septembre 2014, « Les parcours de santé : enjeux et mise en œuvre », *ADSP*, n° 88, p. 2.

NESTRIGUE C., OR Z., février 2012, « Estimation du surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital en France », document de travail n° 44, IRDES, 24 p, disponible sur Internet : <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/DocumentsDeTravail/DT44EstimationSurcoutsEvenementsIndesSoinsHopitalFrance.pdf>

PASCAL C., mai 2003, « La gestion par processus à l'hôpital entre procédure et création de valeur », *Revue française de gestion*, n° 146, pp. 191-204, disponible sur Internet : <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2003-5-p-191.htm>

SPEAR S., 2005, « Fixing Health care from the inside, today », *Harvard Business Review*, vol. 83, pp. 78-91. Disponible sur Internet : <https://hbr.org/2005/09/fixing-health-care-from-the-inside-today>

WALSH I. et RENAUD A., 2010, « La théorie de la traduction revisitée ou la conduite du changement traduit », *Revue Management & Avenir*, n° 39, pp. 283-302.

5. Mémoire, thèse et enseignements

CATILLON M., 2013, *Les enseignements de l'expérience américaine en matière de coordination des soins. Définition, évaluation, déterminants, incitations, conduite de projets sur le terrain*, EHESP - Institut Pasteur - CNAM, 84 p.

CURATOLO N., 2014, *Proposition d'une méthode Lean pour l'amélioration des processus métiers en milieu hospitalier : application au processus de prise en charge médicamenteuse à l'hôpital*, Arts et Métiers ParisTech, 239 p.

ORVAIN J., 2016, *Contrôler ou manager la Qualité*, Cours EHESP, 8 p.

ORVAIN J., 2016, *Systèmes et structures*, Cours EHESP, 17 p.

6. Documents institutionnels

AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, juin 2016, « Des métiers innovants en établissements de santé. Une vision prospective du management ? », 22 p.

AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, juin 2016, « Appui à l'efficience des organisations des établissements de santé franciliens. Actions 2014 : appel à candidatures », 11 p., disponible sur Internet : http://ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/1_Offre_hospitaliere/3_Qualite_et_performance/programme_EPOD/appeletAppel_a_candidatures_2014.pdf

AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, février 2016, « La direction des opérations (DOP) : une fonction innovante en établissements de santé. 15 DOP soutenues par l'ARS d'Île-de-France. Retour d'expérience après 1 an d'accompagnement », Paris, 28 p., disponible sur Internet : http://ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/1_Offre_hospitaliere/3_Qualite_et_performance/programme_EPOD/DOP/DOP_Retour_experience.pdf

AGENCE NATIONALE D'APPUI A LA PERFORMANCE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX, décembre 2013, « Construire un parcours de santé pour les personnes âgées », 42 p., disponible sur Internet : <http://www.anap.fr/publications-et-outils/detail/actualites/construire-un-parcours-de-sante-pour-les-personnes-agees/>

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, juillet 2016, « Rapport annuel 2015 », disponible sur Internet : <https://fr.calameo.com/read/004021827f474d28b7644>

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUIFO, 2015, « Projet médical du groupe hospitalier ».

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, 2014, « Projet d'établissement 2015-2019 », disponible sur Internet : <http://www.aphp.fr/projet-detablissement-2015-2019>

CHU DE QUEBEC, « Bureau de l'évaluation de l'expérience patient. Rapport annuel », disponible sur Internet : http://www.chudequebec.ca/getmedia/fbdc8a1b-13b5-4457-b821-2ad0568c1b8b/rapport_annuel_beep2012_2013.aspx

HAUTE AUTORITE DE SANTE, mars 2016, « Guide méthodologique à destination des établissements de santé - Certification V2014 », disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-10/guide_methodologique_v2014.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTE, septembre 2015, « Eléments d'investigation obligatoire (EIO) et situations à risques. V2014 », disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/20150112_recueil_eio_v2014.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTE, juin 2015, « Nouvelle procédure de certification des établissements de santé V2014 », disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-06/fiche_certification_v2014_vdef.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTE, novembre 2014, « Le patient-traceur en établissement de santé. Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité de soins. Guide méthodologique », 62 p., disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/guide_methodo_patient_traceur.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTE, septembre 2014, « Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? », 45 p., disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/note_appui_coordo_25_09_14.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTE, août 2014, « L'audit de processus. Une méthode d'évaluation de la réalité de l'activité des établissements de santé », disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/diapo_3_audit_processus_vd.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTE, mai 2014, « Le chemin clinique », 3 p., disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-02/chemin_clinique_fiche_technique_2013_01_31.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTE, janvier 2014, « Manuel de certification des établissements de santé. V2010 », 112 p., disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf

HAUTE AUTORITE DE SANTE, octobre 2012, « Certification 2014-2018 : les enjeux de la 4^e procédure », HAS Certification & Actualités, n° 7, pp. 1-5, disponible sur Internet : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-10/certification_actualites_7.pdf

IESE CENTER FOR RESEARCH IN HEALTHCARE INNOVATION MANAGEMENT, 2016, « Hospital of the Future. A New Role for Leading Hospitals in Europe, 35 p., disponible sur Internet : https://www.accenture.com/_acnmedia/PDF-7/Accenture-Hospital-of-the-Future.pdf

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, DREES, 2016, « Les établissements de santé », *Panoramas*, 186 p., disponible sur Internet : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pano-etab-sante-2016.pdf>

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, 2006, « Ensemble modernisons l'hôpital. Nouvelles organisations et architectures hospitalières », 243 p., disponible sur Internet :

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_nouvelles_organisations_et_architectures_hospitalieres.pdf

7. Notes et documents internes à l'AP-HP

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUIFIFO, HARDY P., 2016 « Ambulatoire chirurgical à Ambroise Paré ».

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUIFIFO, Direction de la qualité et de la gestion des risques, VILLEMAIN N., 6 mai 2016, « Structuration des parcours patient du groupe HUIFIFO ».

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUIFIFO, DA CRUZ L., 2 mai 2016, « Evaluation de la procédure d'admission des patients en unités de soins de longue durée dans le contexte de déploiement de l'application *ViaTrajectoire* ».

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUPS, Direction de la qualité et de la gestion des risques, Comité management de la qualité AP-HP, 12 avril 2016, « Bureau de l'évaluation de l'expérience patient ».

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUIFIFO, DA CRUZ L., 3 avril 2016, « Etat des lieux et propositions en vue d'améliorer les conditions d'accessibilité, de circulation et de stationnement ainsi que la sûreté du site Ambroise-Paré ».

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUIFIFO, janvier 2016, « Le patient-traceur. Une méthode d'évaluation au plus près des patients et des équipes de soins. Mémo Equipe ».

8. Conférences

Comptes rendus de conférences publiées

GRANT THORNTON, *La santé en 2050. Quelle médecine, quel hôpital, quels territoires, quelle gestion ?*, 4 novembre 2015, Paris, 60 p, disponible sur Internet :

http://www.google.fr/url?url=http://www.grant-thornton.fr/spub-214-livre_blanc_2050_v.def.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ved=0ahUKEwiHzl6t5lbOAhWGuBoKHW5LDqWQFggaMAE&usq=AFQjCNF3qz5g971RXUtQ7PVOyoQmY9X9Jw

SALON INFIRMIER. JOURNEES NATIONALES D'ETUDES DE LA PROFESSION INFIRMIERE, « Le management par la clinique au service du parcours patient », in Paris Healthcare Week, 24 mai 2016, 26 p, disponible sur Internet :

<http://www.saloninfirmier.fr/img/support-salon-2016/MAR-19-Zantman.pdf>

Conférences suivies au cours du stage direction aux HUIFIFO

HARDY P., « Chirurgie ambulatoire : prothèse totale de la hanche et d'épaule désormais possible sans passer une nuit à l'hôpital », in HOPITAL EUROPEEN GEORGES-POMPIDOU, *Journées portes ouvertes de l'AP-HP*, 27 mai 2016, Paris.

LES RENCONTRES DU CHANGEMENT A L'HOPITAL, *Programme agilité : management des pratiques à l'hôpital*, 22 juin 2016, Paris.

UNIVERSITE PARIS DAUPHINE, *Cachez ce Lean que je ne saurais voir ! Expériences croisées sur le Lean management en santé*, 28 juin 2016, Paris.

9. Formations reçues au cours du stage direction aux HUFIPO

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, 9 février 2016, « Enjeux et nouvelles méthodes de la certification V2014 », Boulogne-Billancourt (1 journée).

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, 18 février 2016, « Patient-traceur », Boulogne-Billancourt (1 journée).

INSTITUT LEAN FRANCE, 6 juillet 2016, « Lean en milieu hospitalier. Masterclass animée par Benjamin GAREL, directeur chargé de projets à l'AP-HP », Paris (1 journée) : <http://www.institut-lean-france.fr/medias/2016/04/Description-masterclass-lean-hopital-2016.pdf>

10. Réunions et interventions au cours du stage direction aux HUFIPO

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, « Certification HAS V2014. GH HUFIPO. Etat d'avancement des thématiques. Parcours patient » *in* HOPITAL AMBROISE-PARE, *Comité de management de la qualité et de la sécurité des soins*, 13 juin 2016, Boulogne-Billancourt.

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUFIPO, 23 mars 2016, « Conférence stratégique et budgétaire 2016-2017 », Paris.

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUFIPO, 22 février 2016, « Groupe de travail sur l'absentéisme », Paris.

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, 27 janvier 2016, « réunion de coordination DQGR/Direction des soins », Paris.

VILLEMANN N., « Une initiative francilienne : parcours patients/ case management à l'AP-HP (HUFIPO), *in* AGENCE REGIONALE DE SANTE D'ILE-DE-FRANCE, *Un pied dans le présent, l'autre dans l'avenir*, 8 juin 2016, Paris.

11. « Visite à blanc » réalisée au cours du stage direction aux HUFIPO

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HOPITAUX DE PARIS, HUFIPO, 7 juin 2016, « Visite à blanc du service de médecine interne du site Ambroise-paré » (Evaluation des EIO de la HAS par thématiques : parcours du patient, risques infectieux, droits des patients, douleur, dossier patient, prise en charge médicamenteuse, systèmes d'information et fonctions logistiques).

12. Structuration des parcours patients au cours du stage direction aux HUFIPO (en appui à N. VILLEMANN)

Parcours du patient présentant une infection ostéo-articulaire à staphylocoque aureus de type spondylodiscite (prévention du handicap), le 29/06/2016

Parcours du patient en chirurgie ambulatoire, le 20/06/2016

Parcours du patient avec une suspicion d'un syndrome de Guillain Barré, le 17/06/2016

Parcours du patient aux consultations externes, le 14/06/2016

Parcours du patient convoqué en hospitalisation de chirurgie vasculaire, le 13/06/2016

Parcours du patient présentant un trouble du comportement alimentaire en état de dénutrition sévère, les 08 et 29/06/2016

13. Sites Internet

ARS : <http://www.ars.sante.fr/Portail-des-Agences-Regionales.portail.0.html>

CHU de Québec : <http://www.chudequebec.ca/accueil.aspx>

CNSA : <http://www.cnsa.fr/>

Colloque organisé par la promotion Simone IFF des élèves directeurs d'hôpital :
<http://eleves-directeurs-hopital.fr/colloque-lean-management/>

HAS : <http://www.has-sante.fr/portail/>

HOHMANN : http://chohmann.free.fr/engineer1_fr.htm

HUPIFO : <http://hupifo.aphp.fr/>

Institut Lean France : <http://www.institut-lean-france.fr/>

Ministère des affaires sociales et de la santé : <http://social-sante.gouv.fr/>

NHS *Institute for Innovation and Improvement* :
http://www.institute.nhs.uk/quality_and_value/organising_for_quality_and_value/_organising_for_quality_and_value_homepage.html

Pôle santé HEC Montréal : <http://polesante.hec.ca/>

The Beryl Institute : <http://www.theberylinstitute.org>

ViaTrajectoire : <https://trajectoire.sante-ra.fr/trajectoire/>

Liste des annexes

Annexe 1 : liste des personnes rencontrées

Annexe 2 : structuration d'un parcours type aux HUPIFO (HUPIFO, 2016)

Annexe 3 : exemple de patient-traceur (HAS, novembre 2014)

Annexe 4 : exemple de supports de communication sur la méthode du patient-traceur à destination des professionnels (HUPIFO, janvier 2016)

Annexe 5 : premiers retours sur les « visites à blanc » organisées en juin 2016 aux HUPIFO (HUPIFO, juillet et septembre 2016)

Annexe 1. Liste des personnes rencontrées (1/2)

Institutions/établissements/ directions/pôles/ services	Entretiens	Dates
ANAP	Chargée de projet	07/07/2016
AP-HP Hôpitaux universitaires Paris Ile- de-France Ouest (HUPIFO)	Directeur général	25/07/2016
	Président de la commission médicale d'établissement locale	03/08/2016
	Directeur de la qualité, de la gestion des risques et des droits du patient	03/05/2016
	Coordonnateur général des soins	20/07/2016
	Chef du service orthopédie et traumatologie	22/07/2016
AP-HP Hôpitaux universitaires Paris Sud (HUPS)	Responsable qualité et gestion des risques du site Bicêtre Responsable du bureau de l'évaluation de l'expérience patient des HUPS	26/07/2016
AP-HP Direction de l'organisation médicale et des relations avec les universités Département qualité et gestion des risques	Coordinatrice du secteur qualité, évaluation des pratiques professionnelles, certification, démarches qualité sectorielles	19/08/2016
Fondation ophtalmologique Adolphe de Rothschild	Directeur des opérations	02/08/2016
	Directeur adjoint des opérations	19/08/2016
	Cadre de réanimation	02/08/2016
Groupe hospitalier Paris Saint- Joseph	Directrice parcours patient, qualité et projets	21/06/2016
	Coordinatrice qualité, gestion des risques et hygiène	21/06/2016
	Coordinatrice gestion des risques	21/06/2016
Gustave Roussy	Directrice de la qualité et de la performance	08/08/2016
HAS Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins Service évaluation de la pertinence des soins et amélioration des pratiques et des parcours	Conseiller technique	25/07/2016

Annexe 1. Liste des personnes rencontrées (2/2)

Institut d'administration des entreprises (IAE) de Paris Panthéon Sorbonne	Doctorante en sciences de gestion sur les conditions d'implémentation du Lean management à l'hôpital Stagiaire Lean management au CHU UCL Namur (Belgique)	27/07/2016
Ministère des affaires sociales et de la santé Direction générale de l'offre de soins (DGOS)	Conseiller médical « Groupements hospitaliers de territoire »	23/08/2016
OpusLine Cabinet de conseil en stratégie et management dédié au secteur de la santé et du vieillissement	Senior manager	19/07/2016

Annexe 2. Structuration d'un parcours type aux HUFIPO (1/3)

Intitulé		SITE - Parcours patient				
Date de MAJ	-/-/-	Politique, objectifs principaux	Mise en amélioration continue du parcours patient par les professionnels, pour les professionnels, en vue d'une meilleure qualité de vie à l'hôpital	Secteur concerné	1 2 3 ...	SITE 1 SITE 2 SITE 3 ...
Pilote	Du parcours patient					Service 1 Service 2 Service 3 ...
Exigences / Besoins		Description des grandes étapes du parcours			Satisfaction / performance	
<ul style="list-style-type: none"> - SROS-PRS et CPOM - Plan stratégique 2015-2019 de l'AP-HP - Projet d'établissement 2015-2019 de l'AP-HP (projet de prise en charge, projet médical, projet de soins, projet gestion des risques et qualité). - Référentiels HAS (manuel de certification des établissements de santé, guide thématique des experts visiteurs, éléments d'investigations obligatoires, rapport de certification V2010, indicateurs qualité nationaux et régionaux). - Bilan des événements indésirables - Bilan des lettres de réclamations et de satisfaction - Bilan des évaluations internes (EPP, CREX, RMM, audits). 					<ul style="list-style-type: none"> - Analyse de patients traceurs - Audit de processus (thématiques HAS V2014) - Analyse de raisonnements cliniques partagés - Analyse de visites de services - Analyse des événements indésirables - Analyse des lettres de réclamations et de satisfaction - Analyse des EPP, CREX, RMM, audits internes. - Indicateur de maturité de processus (formalisation des processus, appropriation de l'amélioration continue par le terrain, gestion de la communication, maîtrise de la gestion documentaire) - Indicateurs de performance de processus (niveau de risque, réponse aux besoins, analyse des DMS prolongées, des réadmissions précoces imprévues, des hospitalisations multiples) - Indicateurs de suivi de plans d'actions 	
		Ressources affectées à la réalisation des activités du parcours				
		Ressources humaines	Ressources matérielles	Ressources documentaires		
Thématiques en lien	Risques potentiels	Points forts	Actions de communication			

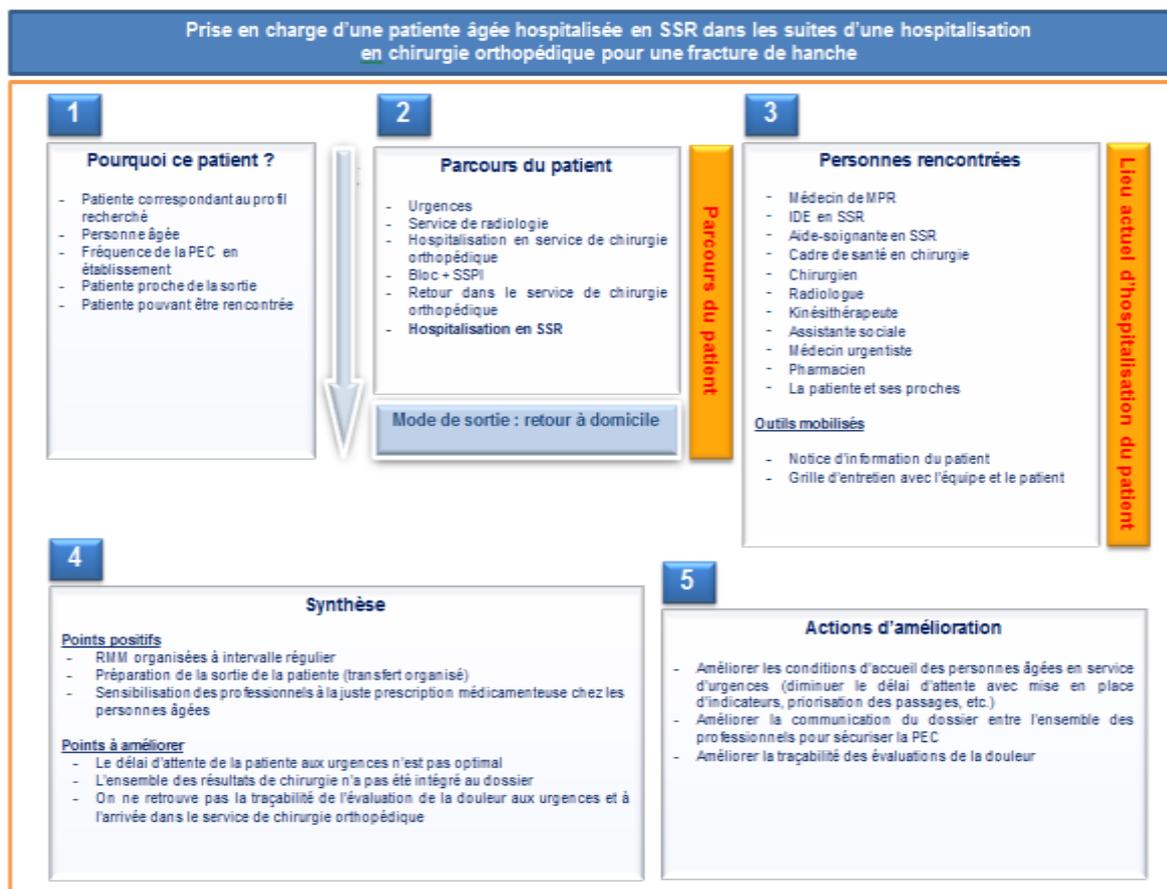
Annexe 2. Structuration d'un parcours type aux HUFIPO (2/3)

Parcours	Parcours générique de patient					Gestionnaire du service	
Service amont	XXX						
Service aval	XXX						
Description du parcours							
Etapas	PROGRAMMER	PREPARER	ACCUEILLIR	CONSULTER	HOSPITALISER	SORTIR / SUIVRE	
Tâches principales	1. Répondre à la demande 2. Prendre l'identité du patient 3. Transmettre les consignes au patient 3.1 Passage aux admissions/cases 3.2 Papiers administratifs 3.3 Localisation du service 4. Donner un rendez-vous 5. Programmer les rendez-vous d'exams et bilans de manière coordonnée	<u>Patient suivi</u> 1. Rechercher le dossier patient papier aux archives <u>Tous patients</u> 2. Vérifier l'opérationnalité du matériel et la disponibilité des professionnels 3. Demander le nettoyage et la désinfection du lieu d'accueil du patient	<u>Patient programmé</u> 1. Faire régulariser administrativement le patient en cas d'oubli 2. Valider informatiquement la venue du patient 3. Poser le bracelet d'identification 4. Remettre le livret d'accueil du service 5. Suivre la check-list d'entrée du patient <u>Patient non programmé</u> 6. Identifier le patient 7. Valider informatiquement la venue du patient 8. Poser le bracelet d'identification 9. Informer le patient et son entourage jusqu'à l'appel de l'infirmière d'accueil et d'orientation	1. Appeler le patient dans le box 2. Réaliser la consultation 3. Coordonner le suivi du patient	1. Evaluer 2. Diagnostiquer 3. Définir le projet de soins et en informer le patient ou son entourage 4. Soigner 5. Prescrire 6. Surveiller 7. Réévaluer 8. Rééduquer	1. Coordonner le suivi du patient 2. Informer le patient et son entourage de son devenir 3. Préparer la pochette de sortie 4. Organiser le transport du patient 5. Faire au ménage les espaces libérés 6. Valider informatiquement la sortie du patient 7. Coder les actes réalisés lors du séjour 8. Archiver le dossier patient	
	1: T6 - Parcours patient (16a) 2: T10 - Identivigilance (15a) 3: T18 - Gestion des ressources financières (4b) 3: T9 - Dossier patient (14a) 4: T9 - Dossier patient (14a) 5: T12.1 Biologie médicale (21a) 5: T12.2 Imagerie médicale (22a)	1: T9 - Dossier patient (14a) 2: T20 - Processus logistiques (8k) 2: T4 - Maîtrise du risque infectieux (7d)	1: T18 - Gestion des ressources financières (4b) 2: T9/6/7/8 - T10 - Identivigilance (15a) 4: T6 - Parcours patient (16a) 5: Multi-thématiques 6/7/8/9 - T13 - Prise en charge des urgences et des soins non programmés (25a)	3: T6 - Parcours patient (17a) 3: T9 - Dossier patient (14a)	1: T6 - Parcours patient (17a) 3: T5 - Droits des patients (11a) 3: T6 - Parcours patient (17a) 4: T14 - Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire (26a) 4: T15 - Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque (26b) 4: T16 - Don d'organes et de tissus à visée thérapeutique (26c) 5: T6 - Maîtrise du risque infectieux (8g, 8h) 5: T11 - Management de la prise en charge médicamenteuse (20a, 20ab, 20b) 5: T12.1 Biologie médicale (21a) 5: T12.2 Imagerie médicale (22a) 7: T6 - Parcours patient (17a) 7: T7 - Prise en charge de la douleur (22a) 8: T6 - Parcours patient (23a)	1: T6 - Parcours patient (18a, 24a) 3: T5 - Droits des patients (11a) 3: T6 - Parcours patient (24a) 3: T9 - Dossier patient (14a) 4: T20 - Processus logistiques (8e) 5: T4 - Maîtrise du risque infectieux (7d) 6: T6 - Parcours patient (18a) 6: T10 - Identivigilance (15a) 7: T18 - Gestion des ressources financières (4b) 8: T9 - Dossier patient (14a)	
T1 - Management stratégique, gouvernance; T2 - Qualité de vie au travail; T3 - Management de la qualité et des risques; T17 - Gestion des ressources humaines; T19 - Gestion du système d'information							
Acteurs du service	Agent d'accueil	Agent d'accueil	1/2/4/6/7/8/9. Agent d'accueil 3. AS/IDE 5. Equipe pluridisciplinaire	1. Agent d'accueil 2. Médecin/Chirurgien 3. Agent d'accueil	Equipe pluridisciplinaire	1/4/5/6/8. Agent d'accueil 2. Médecin 3. AS/IDE 7. Equipe pluridisciplinaire	
Lieu	Service concerné	Service concerné	Service concerné	Service concerné	Service concerné	Service concerné	
Documents descriptifs (protocoles, procédures)	Procédure de prise de rendez-vous	1. Procédure de demande de dossier patient papier 2. Procédure de demande d'intervention du service technique 3. Procédure de demande de bionettoyage	1. Procédure de régularisation administrative du patient 5. Check-list d'entrée du patient 6. Procédure d'identification du patient		Procédures de soins	3. Check-list de sortie du patient 4. Procédure de demande de bionettoyage	
Ressources requises	2. Dossier patient informatique 9. Outil informatique de programmation d'exams complémentaires	1. Outil informatique de traçabilité du dossier patient	1. Outil informatique d'identité et de mouvements du patient 4. Livret d'accueil du service	2. Dossier patient 3. Outil informatique de programmation d'exams complémentaires	Dossier patient	3. Pochette de sortie complète 6. Outil informatique d'identité et de mouvements du patient 7. Outil informatique de codage T2A 8. Outil informatique de traçabilité du dossier patient	
Interfaces extérieures au service	1. Service demandeur 5. Services médico-techniques de l'établissement ou d'un établissement partenaire	1. Service central des archives médicales 3. Services techniques 3. Services logistiques	1. Service des admissions / traitements externes 6. Entourage	3. Services cliniques ou médico-techniques de l'établissement ou d'un établissement partenaire 3. Médecin traitant		1. Services cliniques ou médico-techniques de l'établissement ou d'un établissement partenaire 2. Entourage 4. Transporteur 5. Service logistique 7. Département PMSI 8. Service central des archives médicales	
Parcours						Gestionnaire du service	
Service amont							
Service aval							
Analyse du parcours							
Etapas							
Cause(s) et conséquence(s) des dysfonctionnements							
Propositions d'actions d'améliorations							
Points forts				Indicateur(s) de suivi			
Risques identifiés				Objectifs actuels			

Annexe 2. Structuration d'un parcours type aux HUPIFO (3/3)

Service	Etape	Dysfonctionnement	Fréquence	Gravité	Dispositif de maîtrise proposé	Niveau de maîtrise	Criticité	Responsable	Thématiques V2014 concernées	Début	Échéance	Indicateur de suivi	Etat d'avancement
Service 1	XXX	XXX				0							
Service 1	XXX	XXX				0							
Service 1	XXX	XXX				0							
Service 2	XXX	XXX				0							
Service 3	XXX	XXX				0							
Service 3	XXX	XXX				0							

Annexe 3. Exemple de patient-traceur (HAS, novembre 2014)



Annexe 4. Supports de communication sur la méthode du patient-traceur à destination des professionnels (HUPIFO, janvier 2016)

Un kit «patient traceur»

Un kit pédagogique du «patient traceur» a été créé par l'équipe de la direction Qualité pour aider les professionnels.



Le kit est disponible sur l'intranet des sites Rubrique Qualité > certification V2014 > kit «patient traceur».



Il est composé de différents outils :

- La note de cadrage méthodologique pour le déploiement de la méthode «patient traceur»
- La plaquette d'information / consentement pour le patient
- La plaquette d'information pour les équipes
- Un diaporama présentant la méthode
- Des films sur le «patient traceur»
- Les grilles d'entretien et d'aide au remplissage de la fiche de synthèse
- La grille plan d'actions
- Les questionnaires de satisfaction.

Mettre en oeuvre la méthode

Quelle est cette méthode ?

« Une personne choisit librement sur sa personne, l'aspect à améliorer »



La qualité de la sécurité de la prise en charge dans les situations de soins. La collaboration entre les professionnels.

L'expérience du patient au cœur de la démarche

Étape 1 : Un patient « traceur » est choisi personnellement (avec son accord) au départ de son séjour de soins.



Étape 2 : Cette dernière rencontre :



• les référents du service de prise en charge afin d'être entendu dans son expérience ;

• les référents des professionnels impliqués dans le parcours de soins.

Qui bénéficie ?

Pour les patients :

- Être écoutés et impliqués dans l'amélioration des soins et de la sécurité.

Pour les professionnels :

- Analyser ses pratiques à partir de cas concrets et proposer des actions d'amélioration.

Pour la qualité de la prise en charge du patient :

- Développer la culture d'évaluation des pratiques.

Comment se préparer aux patients traceurs ?

Des évaluations de patients traceurs seront réalisées dans chaque service de l'hôpital.

Pour plus d'informations :

- Boîte à outils "patient traceur" sur l'intranet.
- Guide méthodologique HAS du patient traceur www.has-sante.fr
- Formation proposée "patient traceur"

Quels bénéfices ?

Pour les patients :
Être écoutés et impliqués dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Pour les professionnels :
Analyser ses pratiques à partir de cas concrets et proposer des actions d'amélioration.

Pour la qualité de la prise en charge du patient :
Développer la culture d'évaluation des pratiques.

Comment se préparer aux patients traceurs ?
Des évaluations de patients traceurs seront réalisées dans chaque service de l'hôpital.

Pour plus d'informations :

- Boîte à outils "patient traceur" sur l'intranet.
- Guide méthodologique HAS du patient traceur www.has-sante.fr
- Formation proposée "patient traceur"



MEMO EQUIPE

LE PATIENT TRACEUR
MÉTHODE D'ÉVALUATION AU PLUS PRES DES PATIENTS ET DES ÉQUIPES SOIGNANTES



ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS



ÉDITÉE par l'équipe V2014 - Janvier 2016

Annexe 5. Premiers retours sur les « visites à blanc » organisées en juin 2016 aux HUPIFO (1/2)

Hôpitaux Universitaires Paris Ile-de-France Ouest

Juillet / Aout 2016



La lettre qualité n°8

Merci pour votre mobilisation !

Edito



Sylvain Ducroz
Directeur du Groupe Hospitalier
HUPIFO

Depuis le mois d'octobre 2015, le groupe hospitalier HUPIFO a consolidé sa préparation à la certification HAS prévue en octobre 2017. Afin d'appuyer le travail des groupes thématiques dans leur identification des risques rencontrés lors de la prise en charge des patients, des visites à blanc ont été organisées au mois de juin dans les services.

Ces visites ont été conduites par les professionnels (cadres de santé, médecins, directeurs...). Elles ont permis de constater le dynamisme du GH dans ses efforts d'amélioration de la qualité.

Avec le président de la CMEL, le Pr Joël Ankri, je souhaite remercier vivement les professionnels qui ont participé, mais aussi les AS, IDE, cadres et médecins qui dans les services ont pris le temps de collaborer aux audits.

Dans le cadre de la préparation à la visite V2014, des visites à blanc ont été organisées sur l'ensemble du GH. La mobilisation de l'ensemble de la communauté montre d'ores et déjà une volonté et un engagement fort en faveur de l'amélioration des pratiques.

Pendant tout le mois de juin 2016, 34 « visites à blancs » ont été organisées dans les 4 sites du Groupe Hospitalier. Ces moments d'échange ont permis un audit des pratiques (circuit du médicament, droits des patients, tenue du dossier patient, gestion du risque infectieux, identito-vigilance...) sur la base des référentiels HAS V2014. Elles ont également eu pour objectif de renforcer et d'étendre la dynamique qualité au plus près des professionnels de terrain et d'articuler le travail réalisé par les groupes thématiques V2014

en confortant les points à valoriser et les écarts à corriger d'ici la visite de certification en octobre 2017.

63 auditeurs ont participé aux visites : cadres soignants, responsables qualité médecins, directeurs, infirmières.

Un retour d'expérience sera organisé avec les participants en septembre prochain. A cette occasion les points de vigilance et les points positifs seront présentés aux professionnels. Ils seront également transmis aux chefs de pôle, chefs de service et cadres.



Calendrier des prochaines grandes étapes

Juin à septembre 2016	Organisation de visites à blanc dans l'ensemble des secteurs cliniques et médico-techniques.
Janvier 2016 à janvier 2017	Analyse des processus Identification des risques prioritaires Définition des actions et mise en oeuvre
Fin janvier 2017	Clôture du Compte Qualité (CQ) par thématique sur le GH
Mars 2017	Fin de la validation du CQ par la COMAQSS
Avril 2017	Transmission du CQ à la HAS
Avril et septembre 2017	Organisation de visites à blanc
Octobre 2017	Visite de certification du GH

Certification HAS v2014 GH HUPIFO

COMAQSS du 13 septembre 2016

1- Retour d'expérience des visites à blanc

2- Le Patient-traceur: méthodologie et organisation

DA CRUZ

LIONEL

Octobre 2016

Directeur d'hôpital

Promotion 2016

L'amélioration continue des parcours des patients

Analyse *in itinere* d'un projet mené aux Hôpitaux
Universitaires Paris Ile-de-France Ouest (AP-HP)

Résumé :

L'amélioration de la coordination des soins (des parcours dans une conception française) est aujourd'hui une « nécessité » en termes de qualité, d'efficacité et de satisfaction des patients et des professionnels.

Cependant, si le diagnostic est connu, la mise en place de démarches permettant de remédier concrètement aux problèmes de coordination aux interfaces des services des établissements de santé et d'améliorer les parcours patients semblent plus rares.

C'est tout l'intérêt d'analyser *in itinere* le projet d'amélioration continue des parcours patients des HUPIFO (AP-HP).

L'approche de « Lean management » utilisée se révèle à la fois modeste (améliorer à « petits pas » la qualité de prise en charge des patients) et ambitieuse (changer de paradigme et mettre en avant de nouveaux principes de management).

La réussite du projet nécessite toutefois de prendre en compte les cultures professionnelles et administratives du milieu hospitalier et la dynamique du réseau d'« actants » dans lequel se déploie l'approche retenue sous peine de connaître des résultats limités.

Dans une perspective comparative, le projet des HUPIFO pourrait être enrichi par ailleurs par des démarches complémentaires comme celle visant à assurer une meilleure participation des patients à l'amélioration de leurs parcours ou celle devant permettre d'assurer à terme, *via* les nouvelles technologies de l'information, un meilleur suivi à distance des patients.

Mots clés :

Coordination, interfaces, Lean, certification, organisation, parcours, patient-traceur, qualité, Kaizen, actants, expérience de vie du patient, patient partenaire

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.