

Factsheet « Des processus existants aux processus à mettre en place »

Contexte et objectifs

Pour une mise en œuvre réussie de la vérification systématique de la médication aux interfaces, il est nécessaire de réaliser une analyse des processus existants, de laquelle découle la définition des processus à mettre en place.

La présente fiche d'information aide à analyser les processus existants en matière d'anamnèse médicamenteuse. La fiche a également comme but de soutenir les établissements lors de l'élaboration de la définition des processus à mettre en place pour la meilleure anamnèse médicamenteuse possible. La fiche d'information se concentre sur l'étape 1 de la vérification systématique de la médication à l'admission à l'hôpital. Les étapes 2 et 3 peuvent être abordées de façon similaire. La fiche s'appuie sur les recommandations «Vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus» du programme pilote national progress ! La sécurité de la médication aux interfaces (voir les chapitres 5 et 8).

Procédure

L'analyse des processus se fait en quatre phases :

- A) Identification et délimitation des processus : Étape 1 - Meilleure anamnèse médicamenteuse possible
- B) Représentation et analyse des processus existants : Étapes des processus existants lors du relevé des médicaments pris avant l'admission (voir annexe 1 : Diagramme en couloirs : Déroulement du processus existant [exemple])
- C) Conception des processus à mettre en place : Les étapes de processus souhaitées pour la meilleure anamnèse médicamenteuse possible lors de l'hospitalisation (voir annexe 2 : Diagramme en couloirs : Déroulement du processus à mettre en place [exemple])
- D) Planification de la mise en place : Intégration de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible dans les processus de médication et les itinéraires cliniques existants

A) Identification et délimitation des processus : Étape 1 - Meilleure anamnèse médicamenteuse possible

Au début de l'analyse des processus, les processus à représenter sont nommés et délimités par d'autres processus. Quels processus existants souhaitons-nous analyser ? Quel est l'objectif des processus désignés ? Pour délimiter les processus identifiés, leur première et leur dernière étape est définie. Quand commence le relevé de la

médication dans notre hôpital et quand s'arrête-il ? Quand la prescription d'entrée est-elle établie et quand est-elle terminée ?

Étant donné que les processus des patients admis en urgence diffèrent très probablement de ceux des hospitalisations programmées, pour l'identification des processus à représenter, il convient de faire la différence entre différents déroulements lors de l'hospitalisation, par exemple les processus «Anamnèse médicamenteuse en cas d'hospitalisation en urgence un jour de semaine» et les processus «Anamnèse médicamenteuse en cas d'hospitalisation d'urgence le week-end», «Anamnèse médicamenteuse en cas d'hospitalisation d'urgence la nuit», etc.

Lors de la phase A, il faut tout d'abord tenir compte des cycles d'ordre supérieur dans lesquels est intégré le relevé de la médication préhospitalière d'un patient lors de l'admission. La vérification systématique de la médication lors de l'admission fait partie du processus d'admission et relève de la gestion de la médication.

Questions directrices **pour l'identification et la délimitation des processus** :

- Quels processus existants souhaitons-nous analyser ?
- Quel est l'objectif des processus identifiés ?
- Quelles sont les étapes de début et de fin du processus ?
- Dans quels cycles d'ordre supérieur les processus à analyser sont-ils intégrés ?

B) Représentation et analyse des processus existants : Étapes des processus existants lors du relevé de la médication préhospitalière

Dans un deuxième temps, les processus identifiés de relevé de la médication préhospitalière d'un patient lors de l'admission et ses sous-étapes sont représentés. Ceci signifie que le processus de relevé de la médication est représenté graphiquement tel qu'il a lieu **dans les meilleures conditions**. La représentation graphique doit être la plus simple possible. Il existe divers types de diagrammes, l'idéal étant de s'en tenir aux préférences et aux habitudes de l'établissement. L'une des solutions consiste à utiliser un diagramme d'activités subdivisé en « couloirs », chacun de ceux-ci correspondant à une unité organisationnelle ou catégorie professionnelle (médecin, infirmier, pharmacien, p. ex.). Un tel diagramme permet de visualiser le déroulement et la répartition des processus ainsi que la transmission des informations (de gauche à droite ou de haut en bas ; cf. annexe 1 : Diagramme en couloirs : Déroulement du processus existant [exemple]). Pour la représentation des processus existants, toutes les activités concernant le relevé de la médication sont recensées et documentées. En fait également partie la définition des différentes étapes du processus (comment le relevé de la médication préhospitalière a-t-il lieu ?), l'affectation de la personne responsable (qui relève la médication préhospitalière ?) ainsi que la définition des domaines de responsabilité (qui est responsable du relevé de la médication préhospitalière ?). Ici, il est utile de considérer et de représenter le déroulement en prenant des « cas typiques ». Cette approche révélera parfois que la manière de procéder varie en fonction du type de patient au sein du même hôpital, de la même clinique ou du même service (voir Annexe 3 : exemples de cas).

Questions directrices pour la **représentation** des processus existants lors du relevé de la médication préhospitalière :

- Quelles sont les étapes du relevé de la médication préhospitalière d'un patient lors de l'admission ?
- A quel moment ces étapes sont-elles réalisées ?
- Qui recense la médication préhospitalière d'un patient lors de son admission ?
- Quelles étapes dépendent des autres et lesquelles peuvent être réalisées isolément ? Quelles étapes doivent être réalisées les unes après les autres et lesquelles peuvent être réalisées en parallèle ?
- A quel stade intervient la transmission d'informations ou de responsabilités d'une personne à une autre ?
- Qui documente, quand, quoi et où ?

La discussion permettra ensuite d'évoquer les étapes qui donnent parfois lieu à des erreurs, voire qui sont totalement omises, et de débattre des causes de ces problèmes. Ceux-ci révèlent des risques dont il importe de tenir plus particulièrement compte dans les processus à mettre en place.

Questions directrices pour la **discussion** des processus existants :

- Y a-t-il des approches inefficaces ? Si oui, lesquelles ? Comment naissent-elles ?
- Y a-t-il des redondances ? Si oui, lesquelles ? Comment naissent-elles ?
- Y a-t-il des désaccords sur les processus existants ? Si oui, lesquels ?
- Y a-t-il des compétences peu claires ? Si oui, lesquelles ? Comment naissent-elles ?
- Y a-t-il des complexités masquées/des possibilités de simplification ? Si oui, lesquelles ?
- Y a-t-il actuellement des étapes qui ne sont pas exécutées correctement ? Si oui, lesquelles ? D'où viennent les erreurs ?
- Y a-t-il actuellement des étapes qui ne sont pas exécutées du tout ? Si oui, lesquelles ? Pour quelle raison ne sont-elles pas exécutées ?
- ...

C) Conception des processus à mettre en place : Les étapes de processus souhaitées pour la meilleure anamnèse médicamenteuse possible lors de l'hospitalisation

L'objectif de l'étape 1 de la vérification systématique de la médication est l'élaboration, au moment de l'admission, d'une liste des médicaments pris avant l'admission exhaustive pour chacun des patients de la population cible définie. La liste se fonde sur deux sources d'information au minimum, l'une étant idéalement l'entretien avec le patient. En tenant compte de l'objectif visé et en suivant les recommandations «Vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus», le groupe de projet définit les processus à mettre en place pour la meilleure anamnèse médicamenteuse possible pour le service de l'hôpital concerné. L'annexe 2 présente le diagramme d'activités à couloirs d'un tel processus. Les connaissances acquises lors de l'analyse des processus existants devraient y être intégrées.

En principe, la meilleure anamnèse médicamenteuse possible se déroule comme suit :

- a. Compiler les informations relatives à la médication provenant de sources fiables (sources écrites, médicaments apportés par le patient et, le cas échéant, renseignements pris par téléphone).
- b. Mener un entretien systématique avec le patient et/ou ses proches, comparer les informations ainsi obtenues avec les autres sources et inscrire les données sur la liste des médicaments pris avant l'admission
- c. Éliminer les éventuelles incertitudes restantes, compléter la liste et finaliser le document
- d. Classer la liste des médicaments pris avant l'admission en bonne place dans le dossier du patient.

Questions directrices pour la **comparaison** entre les processus existants et à mettre en place :

- Quelles différences / lacunes y a-t-il entre les processus existants et à mettre en place ? (Objectifs, étapes du processus, compétences, ...)
- Quelles étapes / compétences peuvent être conservées ?
- Quelles étapes / compétences doivent être redéfinies ?
- Quelles sont les sous-étapes critiques pour la réussite et déterminantes du point de vue du risque ? Où peut-on attendre des difficultés ?
- Quelles sont les interfaces vers d'autres processus ? Existe-t-il actuellement des processus dans l'hôpital qui poursuivent d'autres objectifs et qui doivent être pris en compte ?

Le processus à mettre en place doit être défini en tenant compte des diverses situations envisageables et des différents groupes de patients (admissions en urgence ou entrées planifiées, hospitalisation en semaine ou le week-end). Il convient de prévoir différents processus exemplaires, tout en s'efforçant de les uniformiser autant que possible.

D) Planification de la mise en place : Intégration de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible dans les processus de médication et les itinéraires cliniques existants

Une fois que les processus à mettre en place sont représentés sous forme de diagrammes, il reste à décrire la réalisation de leurs diverses étapes sous forme de directives ou d'instructions. Celles-ci doivent définir clairement les rôles, les tâches et les responsabilités des divers intervenants. Ils doivent surtout veiller à intégrer au mieux la

vérification systématique de la médication dans les processus existants de gestion de la médication et de l'itinéraire clinique. Ceci se fait en tenant compte des hiérarchies et structures décisionnelles concernées. Le chapitre 8 des recommandations «Vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus», contient d'autres informations pour une mise en œuvre efficace de la vérification systématique de la médication.

Pour une mise en place réussie de la meilleure anamnèse médicamenteuse possible, il est judicieux de désigner dès à présent un responsable du projet, pour la planification à long terme. Dans le cadre de ses responsabilités générales, cette personne est responsable de l'organisation, de la mise en place et du suivi des processus, en tenant compte des objectifs. En font partie les tâches suivantes :

- Contrôle régulier de la mise en œuvre du processus dans la pratique (évaluation des chiffres)
- Définition du besoin d'action pour les modifications
- Prise de mesures d'optimisation continue du processus
- Informations des différents organes/administrations de la mise en œuvre du processus et de son organisation

Bibliographie et documents

- Fondation Sécurité des patients Suisse. Vérification systématique de la médication dans les hôpitaux de soins aigus. Recommandations dans le cadre du programme pilote national progress ! La sécurité de la médication aux interfaces. 2015.
- Wagner K. W. et G. Patzak. Performance Excellence. Der Praxisleitfaden zum effektiven Prozessmanagement. 2007. Munich : Carl Hanser Verlag.

Annexe

Annexe 1 : Diagramme en couloirs : Déroulement du processus existant (exemple)

Annexe 2 : Diagramme en couloirs : Déroulement du processus à mettre en place (exemple)

Annexe 3 : Exemples de cas

Diagramme en couloirs : Déroulement du processus existant (exemple)

Hospitalisation en urgence dans le service de médecine interne un jour de semaine

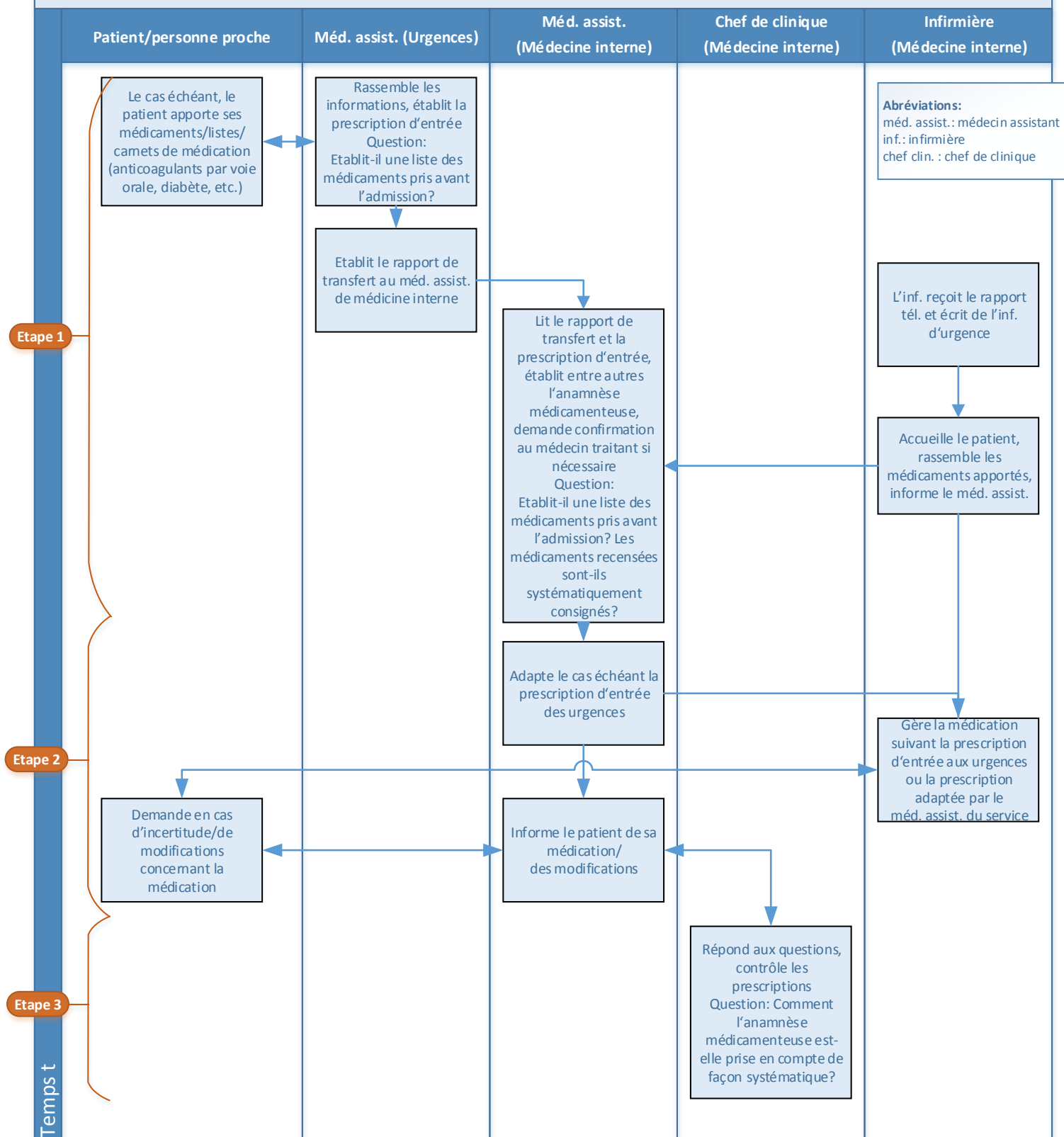
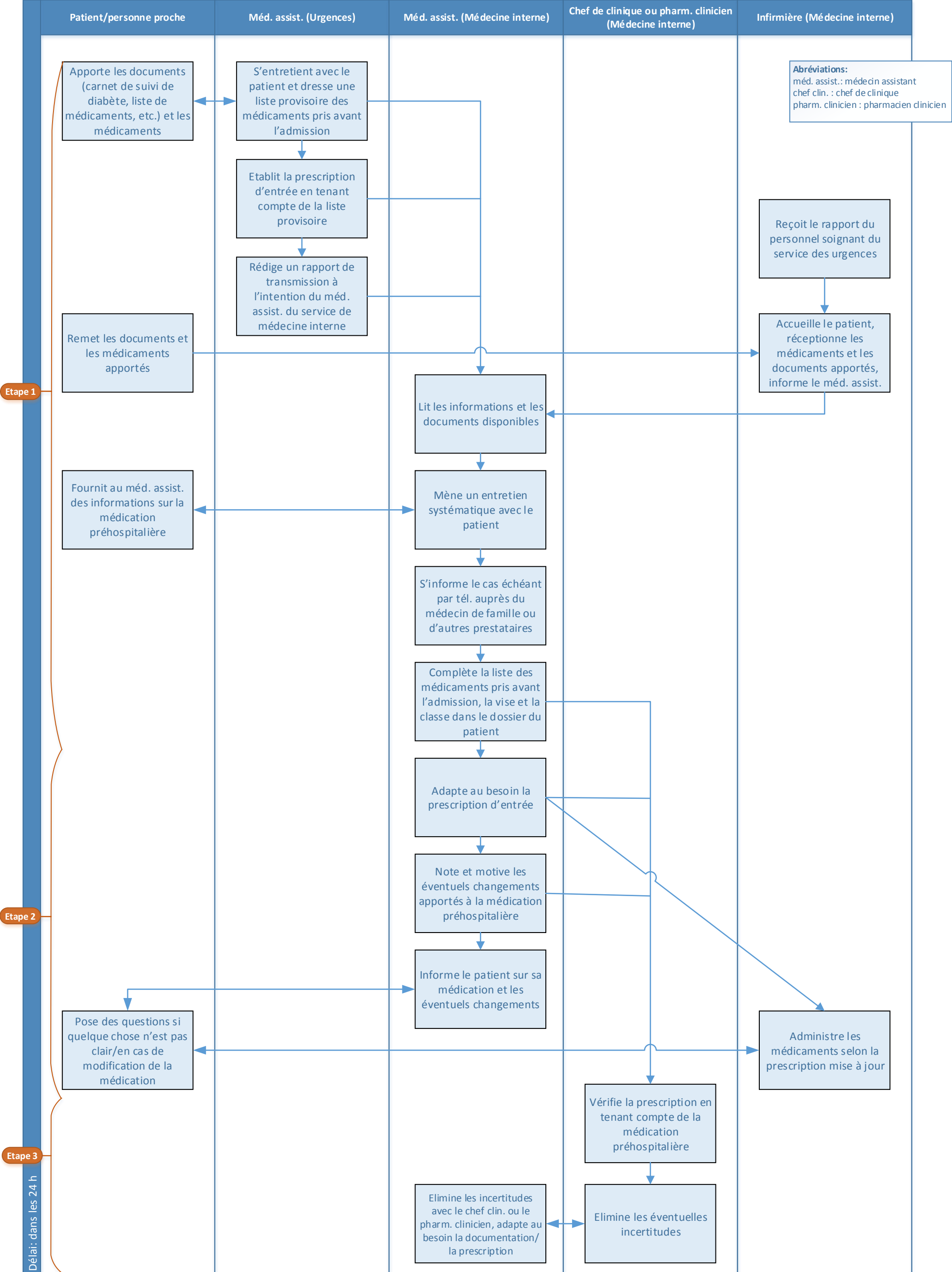


Diagramme en couloirs : Déroulement du processus à mettre en place (exemple)
Hospitalisation en urgence dans le service de médecine interne un jour de semaine



Exemples de cas

Cas 1

Un patient BPCO, parfaitement en mesure de parler et dans un état adéquat, est hospitalisé en urgence sur demande de son médecin traitant qui suspecte une pneumonie.

Cas 2

Une patiente de 84 ans est hospitalisée en urgence sur demande de son centre de soins en raison d'une dégradation de son état général et d'une fièvre d'étiologie non définie. La patiente a un début de démence. En outre, elle délire. La patiente n'est accompagnée par aucun proche.

Cas 3

Un patient cachectique de 72 ans est hospitalisé de façon planifiée en raison d'une perte de poids chronique, d'inappétence et de douleurs gastro-intestinales.