



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Rapport de l'expérimentation

Méthode du patient-traceur en établissement de santé : une méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Février à juin 2014

Service développement de la certification

Novembre 2014

Ce rapport, comme l'ensemble des publications, est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| 1. Modalités de l'expérimentation | 4 |
| 2. Résultats | 6 |
| 2.1 Statut et taille des établissements de santé | 6 |
| 2.2 Nombre de patients-traceurs et typologie des patients | 7 |
| 2.3 Rencontre du patient | 7 |
| 2.4 Rencontre de l'équipe | 7 |
| 2.5 Typologie et nombre d'actions d'amélioration pour 50 patients-traceurs réalisés | 8 |
| 3. Bilan de l'utilisation de la méthode par les établissements de santé | 12 |
| 3.1 Rôle des différentes instances | 12 |
| 3.2 Mobilisation des acteurs lors des différentes étapes de la mise en œuvre du patient-traceur | 12 |
| 3.3 animateur de la réunion d'équipe | 13 |
| 3.4 Références professionnelles et utilisation de la grille d'investigation | 14 |
| 3.5 Rencontre du patient | 15 |
| 3.6 Satisfaction des professionnels vis-à-vis de la méthode du patient-traceur | 17 |
| 3.7 Complémentarité avec les autres méthodes | 18 |
| 3.8 Suivi des patients-traceurs | 18 |
| 3.9 Question juridique de l'accès aux données du patient par les professionnels | 19 |
| 3.10 Information et recueil du consentement lorsque le patient est mineur ou sous tutelle | 19 |
| 4. Conclusion – Perspectives des établissements | 20 |
| 5. Communication et perspectives | 21 |
| Annexe 1. Liste des patients-traceurs réalisés par les établissements de santé | 22 |
| Annexe 2. Trame de poster pour la restitution des patients traceurs | 31 |
| Annexe 3. Document de synthèse de l'expérimentation à remplir par les établissements | 32 |
| Remerciements | 39 |

1. Modalités de l'expérimentation

La Haute Autorité de Santé a mis en place une expérimentation de la méthode du patient-traceur telle que définie dans le guide expérimental « patient-traceur en établissement de santé : méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ». Elle a fait appel à des établissements de santé qui se sont spontanément portés candidats en faisant connaître à la HAS leur souhait d'utiliser la méthode ou de participer à une expérimentation de la HAS.

Un dossier de candidature a été adressé à 22 établissements, dans le but de retenir un échantillon d'établissements pour l'expérimentation.

La sélection des établissements a été réalisée par un Comité de sélection à partir des candidatures adressées à la HAS, et a tenu compte de :

- leur capacité à conduire l'expérimentation d'une méthode ;
- la représentativité des établissements de santé (taille et statut) ;
- la représentativité des profils de patients proposés pour faire l'objet de patients-traceurs (population de patients, secteurs d'activités, pathologies, etc.).

Treize établissements de santé ont été retenus sur vingt-deux candidatures.

| | Établissements de santé | Région | Statut |
|----|-------------------------------|----------------------|--------------------|
| 1 | CH d'AIX | PACA | Public |
| 2 | CHU d'ANGERS | Pays de la Loire | Public |
| 3 | ATIR AVIGNON | PACA | Privé non lucratif |
| 4 | Centre HENRI BECQUEREL (CLCC) | Haute-Normandie | CLCC |
| 5 | Association L'ÉLAN RETROUVÉ | Île-de-France | Privé non lucratif |
| 6 | CRF ELLEN POIDATZ | Île de France | Privé non lucratif |
| 7 | CH du MANS | Pays de La Loire | Public |
| 8 | Clinique NATECIA | Rhône-Alpes | Privé Lucratif |
| 9 | CH RAVENEL | Lorraine | Public |
| 10 | Clinique SAINT-JEAN | Languedoc-Roussillon | Privé Lucratif |
| 11 | Hôpitaux de SAINT-MAURICE | Île-de-France | Public |
| 12 | Clinique SAINTE-ODILE | Alsace | Privé non Lucratif |
| 13 | CHU de TOURS | Centre | Public |

Les objectifs opérationnels poursuivis lors de la phase d'expérimentation étaient de :

- tester la méthode auprès d'établissements de santé volontaires ;
- tester le guide, et identifier les éventuelles modifications devant lui être apportées afin de le finaliser ;
- recueillir des retours d'expérience ;
- permettre l'appropriation de la méthode par les établissements qui participent à l'expérimentation, et diffuser la méthode auprès des établissements de santé, et notamment des équipes.

Les établissements de santé, dans leur dossier de candidature, se sont engagés à :

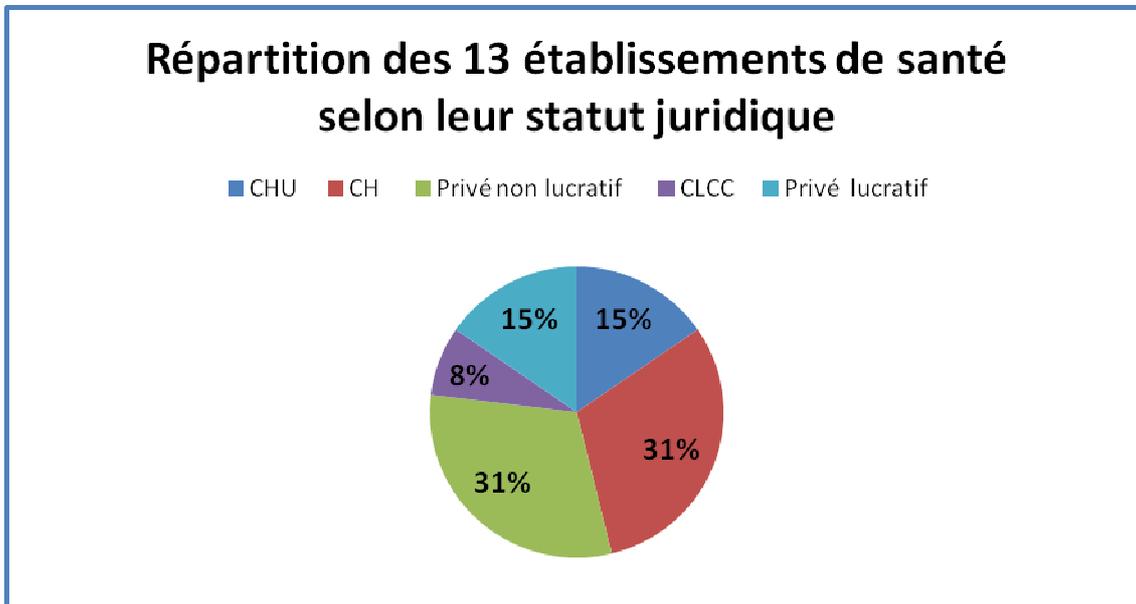
- mettre en œuvre l'expérimentation selon les modalités définies dans le guide « Le patient-traceur en établissement de santé » ;
- faire participer les représentants des usagers et la CRUQPC à l'expérimentation ;
- respecter le calendrier de l'expérimentation ;
- participer à la réunion de lancement et à la réunion de clôture de l'expérimentation à la HAS programmées en février et en juin 2014 ;
- respecter l'échantillonnage envisagé dans le formulaire de profils de patients-traceurs ;
- réaliser au sein de leur établissement de santé au minimum 3 patients-traceurs ;
- accompagner sur le terrain les équipes pour la réalisation du patient-traceur ;
- faire part à la HAS des difficultés éventuelles dans le suivi de l'expérimentation ;
- produire les documents suivants :
 - ▶ un bilan de l'utilisation du guide et de la mise en œuvre de la méthode (document restituant les points forts, les difficultés et les propositions d'amélioration). (Annexe 1),
 - ▶ des posters établis selon la maquette fournie par la HAS, restituant les retours d'expérience par patient-traceur. (Annexe 2).

Une grille spécifique chirurgie ambulatoire a été adressée au cours de l'expérimentation aux établissements qui ont pu l'utiliser et la tester.

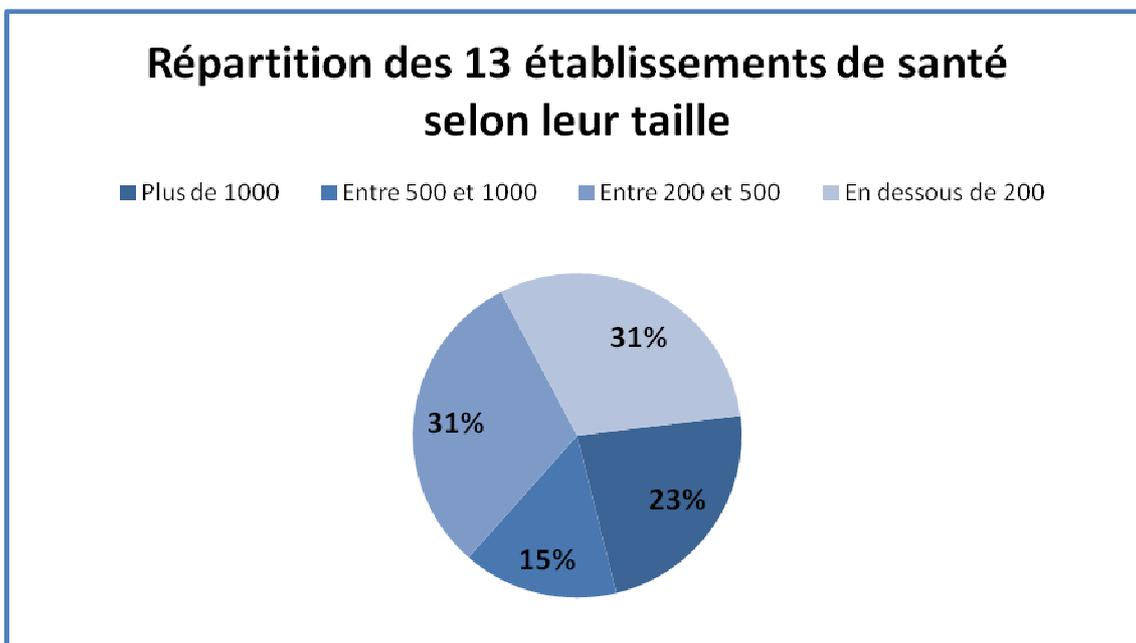
L'expérimentation s'est déroulée entre le 20 février (date de la réunion de lancement) et le 20 juin (date de la réunion de clôture).

2. Résultats

2.1 Statut et taille des établissements de santé



Graphique 1. Répartition des établissements de santé expérimentateurs selon leur statut juridique.



Graphique 2. Répartition des établissements de santé expérimentateurs selon leur taille.

2.2 Nombre de patients-traceurs et typologie des patients

Pour l'ensemble de l'expérimentation, 50 patients-traceurs ont été réalisés entre fin février et début juin, soit 3 à 8 patients-traceurs par établissement de santé (cf. Annexe 3).

Quatre prises en charge (PEC) : médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), dialyse, soins de suite-réadaptation (SSR), santé mentale (SM) sont concernés.

Ces patients-traceurs correspondent à différents modes d'admission et de prises en charge : hospitalisation par les urgences, hospitalisation programmée, hôpital de jour, chirurgie ambulatoire.

La classification des patients-traceurs par secteur est réalisée en fonction du secteur dans lequel le patient est hospitalisé au moment du patient-traceur.

- Neuf patients-traceurs concernent la santé mentale dont 7 provenaient de 2 établissements de psychiatrie.
- Onze patients-traceurs relèvent de la chirurgie ; chirurgie ambulatoire et chirurgie conventionnelle.
- Cinq patients-traceurs pour l'obstétrique et la néonatalogie.
- Sept patients-traceurs pour la médecine.
- Quatre patients-traceurs du secteur de la dialyse.
- Cinq patients-traceurs en cancérologie.
- Neuf patients-traceurs en SSR.

2.3 Rencontre du patient

Le patient a été rencontré lors de la réalisation de 47 patients-traceurs sur 50.

Les proches de patients adultes ont été rencontrés à quatre reprises.

Dix patients-traceurs ont concerné des enfants ou des adolescents ou des bébés. Deux enfants de 13 et 15 ans ont été rencontrés sans leurs parents. Huit enfants ont été rencontrés avec leurs parents.

Le patient n'a pu être rencontré dans trois situations :

- le patient était sorti de l'établissement au moment prévu de la réalisation de l'entretien ;
- l'état de santé du patient n'était pas compatible avec une rencontre ;
- la réunion avec l'équipe ne s'étant pas bien passée (le déroulé de la grille a été chronophage et rébarbatif, les médecins étaient absents), la mise en œuvre de la méthode n'a pas été complétée avec la rencontre du patient.

2.4 Rencontre de l'équipe

L'équipe rencontrée était pluriprofessionnelle et souvent pluridisciplinaire, elle comportait :

- des professionnels de santé (selon le CSP¹) ;
- d'autres professionnels : secrétaire médicale, secrétaire d'admission, éducateur spécialisé, assistante sociale, etc.

¹ Selon le Code de la santé publique, les professionnels de santé recouvrent :

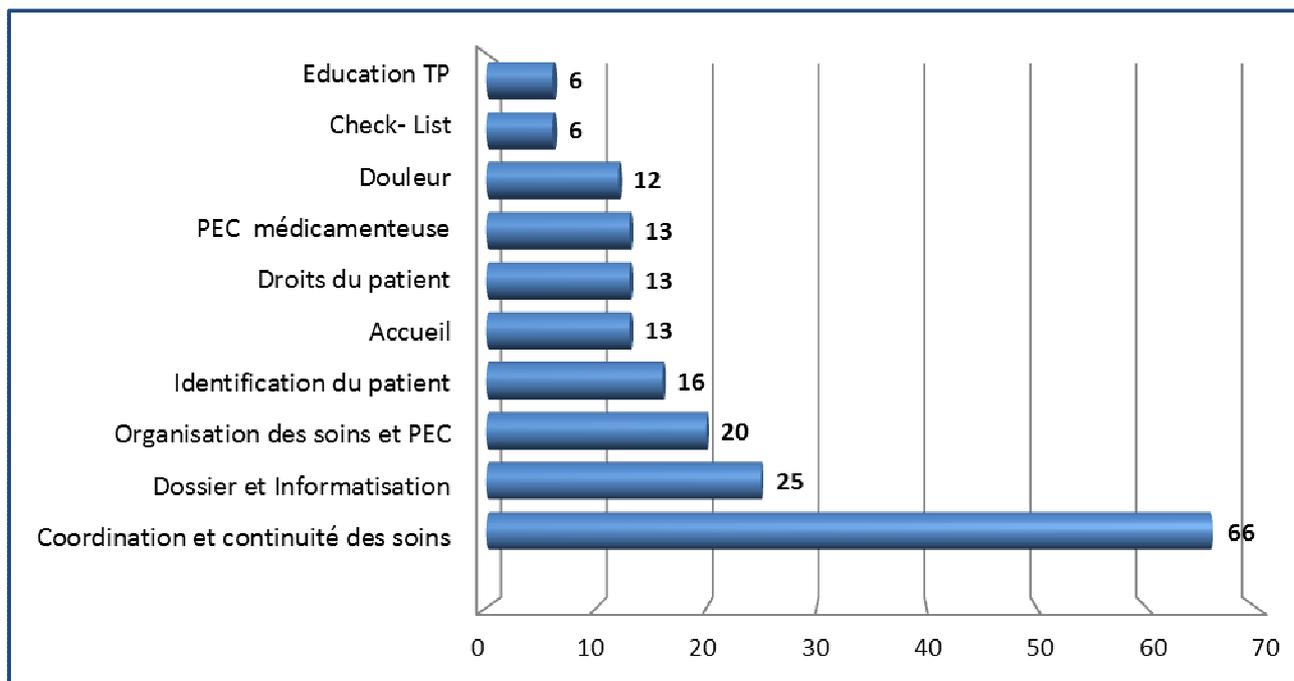
- les professions médicales : médecin, chirurgien-dentiste, sage-femme ;
- les professions de la pharmacie : pharmacien, préparateur en pharmacie, préparateur en pharmacie hospitalière ;
- les auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers, infirmier(e), masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, ergothérapeute, psychomotricien, orthophoniste, orthoptiste, manipulateur d'électroradiologie médicale, technicien de laboratoire médical.

2.5 Typologie et nombre d'actions d'amélioration pour 50 patients-traceurs réalisés

Au total, 218 actions d'amélioration ont été identifiées, soit 4 à 5 actions d'amélioration en moyenne par patient-traceur. Les 10 principales thématiques, concernées par les actions d'amélioration, sont listées ci-dessous.

→ Dix principales thématiques

| Dix principales thématiques | Exemples d'actions d'amélioration proposées |
|---|--|
| La continuité et la coordination des soins | <ul style="list-style-type: none"> • Systématiser la traçabilité de la réunion pluridisciplinaire dans le dossier informatisé • Améliorer la traçabilité de la surveillance infirmière lors de la mise en chambre d'isolement |
| Le dossier et l'informatisation du dossier | <ul style="list-style-type: none"> • Proposer une trame standardisée pour le compte-rendu (modèle de l'anesthésie ou de l'imagerie) • Poursuivre l'informatisation du dossier patient, y compris la prescription /administration |
| L'organisation des soins et prises en charge | <ul style="list-style-type: none"> • Actualiser le protocole de prise en charge du patient en chirurgie bariatrique, en intégrant les examens réalisés en amont de l'hospitalisation • Formaliser les règles spécifiques à la prise en charge ambulatoire : faire une procédure |
| L'identification du patient | <ul style="list-style-type: none"> • Instaurer la pose de bracelets d'identification en salle de naissance et au bloc opératoire du pôle • Identifier le patient sur l'ensemble des documents de son dossier |
| L'accueil du patient | <ul style="list-style-type: none"> • Installer un bureau d'enfant pour un atelier (coloriage) dans la salle d'attente • Formation ou sensibilisation de l'équipe à l'accueil des familles |
| Les droits des patients | <ul style="list-style-type: none"> • Renouveler l'information institutionnelle sur la loi Leonetti relative aux droits du patient et à la fin de vie (consentement, information, personne de confiance et directives anticipées) • Informer les professionnels sur le recueil de la personne de confiance (document à signer et à conserver dans le dossier) |
| La prise en charge médicamenteuse | <ul style="list-style-type: none"> • Revoir les modalités de prise en charge du traitement personnel patient • Assurer l'identification des prescripteurs pour toutes les prescriptions (médicaments et examens) |
| La prise en charge de la douleur | <ul style="list-style-type: none"> • Systématiser la traçabilité du suivi de la douleur sur dossier informatisé • Révision et diffusion de la procédure d'évaluation de la douleur et de la prise en charge initiale |
| L'éducation thérapeutique du patient (ETP) | <ul style="list-style-type: none"> • Formaliser des actions éducatives afin de mieux les identifier • Développer l'ETP sur la prothèse totale de hanche |
| Les check-lists | <ul style="list-style-type: none"> • Systématiser le remplissage de la check-list HAS sécurité du patient en endoscopie • Recommuniquer sur la check-list sécurité du patient au bloc opératoire et sur son archivage dans le dossier patient |

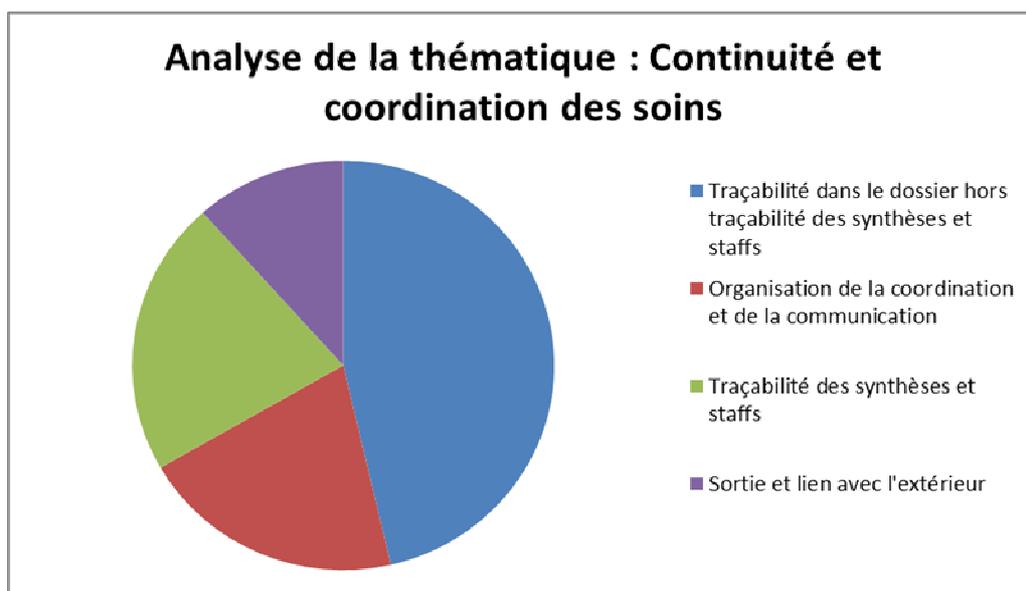


Graphique 3. Nombre d'actions amélioration pour les dix principales thématiques.

→ Analyse de la principale thématique : la continuité et la coordination des soins

L'analyse de la principale thématique permet de distinguer des actions en lien avec :

- l'organisation de la coordination et la communication dans la structure ;
- la traçabilité des informations dans le dossier et la traçabilité des staffs et des synthèses ;
- les actions en lien avec la sortie ou avec l'organisation du lien amont-aval.



Graphique 4. Analyse de la thématique « Continuité et coordination des soins ».

→ Autres actions d'amélioration

Elles portent sur :

- le dispositif d'annonce : 3 ;
- la prise en charge des urgences vitales : 2 ;
- l'amélioration de la prise en charge par une intervention logistique et/ou par l'acquisition de matériel : 2 ;
- l'évaluation de la satisfaction des patients : 1 ;
- l'évaluation de l'état nutritionnel : 1 ;
- la prise en charge de la personne âgée : 1 ;
- la traçabilité du traitement de l'endoscope : 1 ;
- la surveillance du patient : 1 ;
- le signalement des événements indésirables : 1 ;
- la restauration : 1.

Certains dysfonctionnements sont récurrents, retrouvés au cours de différents patients-traceurs au sein d'un même établissement, et donnent lieu aux mêmes actions d'amélioration.

3. Bilan de l'utilisation de la méthode par les établissements de santé

Ce bilan fait état de la façon dont les établissements se sont appropriés la méthode telle que décrite dans le guide expérimental. Certains constats rapportés par les établissements permettront d'envisager des adaptations du guide ou de proposer des recommandations pour en faciliter la mise en œuvre.

3.1 Rôle des différentes instances

L'expérimentation a mobilisé les différentes instances des établissements :

- la CME et sous-commissions : information de la CME en amont de l'expérimentation, sollicitation de son accord pour s'engager dans la démarche expérimentale, soumission du choix des profils de patients-traceurs à la CME, information de la CME sur le bilan de l'expérimentation et propositions des plans d'action ;
- la CSIRMT : information et participation pour identifier les besoins de patients-traceurs, en lien avec le projet de soin ;
- la CRUQPC :
 - information de la CRUQPC sur l'expérimentation et le bilan de l'expérimentation,
 - participation au choix des profils de patient-traceur,
 - implication des usagers qui ont demandé un courrier de remerciement pour les patients.
- Selon les patients-traceurs et les besoins identifiés, l'avis des instances ou de comités a été recueilli pour identifier les axes d'amélioration possibles : CLUD, CLAN, CLIN, groupe EPP, Comité du médicament, réunions de cadres supérieurs, réunion d'encadrement, CODIR, CHSCT, CTE, Commission Qualité, Vigilances, Risques.

3.2 Mobilisation des acteurs lors des différentes étapes de la mise en œuvre du patient-traceur

3.2.1 Lors de l'étape de préparation

L'expérimentation a permis de préciser la structuration de cette étape de préparation.

Après l'identification des profils de patients-traceurs et leur planification dans les secteurs d'activités, le temps de préparation du patient-traceur apparaît essentiel pour un bon déroulement de la méthode. Cette étape comprend le temps de description du parcours à partir du profil, de l'identification des références professionnelles à partir desquelles la prise en charge du patient est évaluée. Le questionnaire est adapté au profil du patient-traceur, en tenant compte des objectifs fixés par l'équipe.

Le choix du patient est enfin réalisé, se rapprochant le plus possible du profil souhaité.

L'organisation pratique de la réunion avec l'équipe est effectuée.

La phase de préparation peut impliquer des experts au sein de comités, des professionnels des unités, notamment le chef de service ou le médecin référent du patient, le cadre de proximité ou le cadre supérieur de pôle et l'équipe qualité. Les équipes elles-mêmes peuvent participer à l'identification des profils de patient pour lesquels elles perçoivent des marges d'amélioration.

La planification des réunions doit se faire à l'avance. Il est parfois plus difficile de mobiliser les professionnels ayant une fonction transversale dans l'établissement. Le choix des horaires se fait avec les responsables médicaux et soignants des unités. Il est important de se caler sur les horaires des équipes (temps de réunion hebdomadaire, temps de travail des professionnels).

La consultation du dossier s'est parfois faite en amont de la rencontre des professionnels et du patient.

3.2.2 Lors de la mise en œuvre de la méthode

Elle débute généralement par la rencontre du patient informé des objectifs de la méthode et de ses modalités, et dont on a recueilli le consentement. La rencontre du patient avant la rencontre avec l'équipe est à privilégier, car les résultats de l'entretien avec le patient sont ainsi disponibles au moment de l'analyse de la prise en charge en équipe.

À la suite de la rencontre avec le patient, la rencontre avec l'équipe, éventuellement programmée un autre jour, est en réalité une discussion en équipe autour de la prise en charge du patient choisi. Ce temps permet également de réaliser, en équipe, la synthèse du patient-traceur qui rappelle les principaux points positifs et points à améliorer. Le plan d'actions est également initié.

L'organisation requiert une certaine souplesse. Un temps de 2 heures à 2 heures 30 de réunion en équipe semble adapté. Au-delà, il devient difficile de mobiliser l'équipe.

Cette étape implique les professionnels qui ont pris en charge le patient au sein de l'équipe et les animateurs appartenant ou non à l'équipe de prise en charge.

3.2.3 Après le patient-traceur

Le plan d'action est finalisé avec désignation des pilotes des actions, et un retour est réalisé à l'équipe. Le suivi des plans d'actions est effectué.

L'appui méthodologique des professionnels de la qualité a été conséquent.

3.3 Animateur de la réunion d'équipe

Le binôme d'animateur est privilégié. L'intérêt d'un binôme pour animer, noter, et permettre une fluidité et continuité des échanges est régulièrement exprimé.

Le fait d'être un animateur extérieur à la prise en charge permet de prendre du recul sur la prise en charge et favorise l'impartialité.

La présence d'un professionnel soignant en tant qu'animateur est souhaitable.

3.3.1 Sa fonction dans l'établissement

Les animateurs, pour la rencontre de l'équipe, qui ont expérimenté la méthode, sont listés pour chaque établissement par :

- le médecin coordonnateur des risques associés aux soins et un cadre de santé chargé de mission qualité-gestion des risques ;
- le responsable qualité ;
- le médecin directeur assisté du responsable qualité ;
- le médecin expérimenté, délégué qualité et gestion des risques, coordonnateur des risques en soins et DPC ;
- le coordonnateur des soins – responsable qualité ;
- le directeur des soins-cadre de santé d'un autre service ;
- deux médecins dont un médecin DIM, expérimentés dans l'animation de réunion (RMM, réunions pluridisciplinaires) ;
- un binôme médico-soignant avec le soutien de membres de la direction qualité, du pôle clinique mais pas de l'unité pour la grande majorité ;
- un binôme cadre de santé-RAQ ;
- le responsable qualité ;
- le responsable qualité/CGDR accompagné au moins d'un correspondant qualité (COQUAL) soignant, et parfois DSI ;
- l'ingénieur qualité-cadre ORL, ingénieur qualité et médecin anesthésiste, deux cadres hématologie ;
- le référent du site, le responsable de service et le responsable qualité.

3.3.2 Ses atouts et ses compétences

Il ressort du bilan de l'expérimentation que l'animateur doit être :

- « formé à la méthode » (lecture/appropriation guide, échange avec d'autres ES, appropriation des critères devant être investigués, expérience, etc.) ;
- formé à la démarche qualité, aux méthodes d'évaluation ;
- compétent dans l'animation de réunion ;
- convaincu par la méthode.

Il doit avoir la confiance des responsables de pôles, de service, des cadres, une crédibilité sur la prise en charge clinique.

L'animateur doit être expérimenté en matière de méthode d'interview, d'audit et/ou de débriefing ; en effet l'échange est susceptible de devenir conflictuel ou déstabilisant en cas de non-maîtrise de l'animation.

3.3.3 Vécu des animateurs de leurs missions

L'expérience est vécue le plus souvent comme fructueuse, positive, utile car apportant des résultats pragmatiques, concrets, en lien avec le quotidien des professionnels.

La méthode donne l'opportunité de décroiser, de communiquer et donne lieu à des échanges constructifs au sein de l'équipe.

Elle nécessite l'instauration d'un climat de confiance avec le patient et les équipes. Il est préférable de choisir des prises en charge qui se sont « bien passées ». Il faut une attention particulière pour gérer le temps, pour ne pas se montrer intrusif ou être culpabilisant, pour favoriser la prise de parole de chacun.

La méthode permet de montrer aux professionnels que la démarche qualité et de gestion des risques « peut donner des résultats concrets ». Elle permet une prise de conscience de la nécessité de formaliser et de tracer certaines étapes de la prise en charge.

En santé mentale, un établissement rapporte que la pratique des réunions de synthèse multiprofessionnelles et multisites étant le quotidien du travail, la méthode du patient-traceur s'y est inscrite naturellement.

Les points moins positifs sont peu nombreux. Ils sont liés au caractère jugé quelquefois chronophage de la méthode, souvent en lien avec la phase de préparation (lourdeur de la logistique : organisation de la réunion et mobilisation des professionnels, adaptation de la grille), à l'utilisation de la grille « in extenso » ou comme une grille d'interrogatoire, à la difficulté de mobiliser certains professionnels ou de permettre à tous de s'exprimer, au vécu des professionnels ayant ressenti une intrusion dans leurs pratiques lors d'un patient-traceur.

3.4 Références professionnelles et utilisation de la grille d'investigation

Une adaptation de la grille d'investigation au patient et à sa prise en charge est nécessaire ainsi que cela est préconisé dans le guide (annexe du guide expérimental, grille établie en référence au manuel de certification V2010).

Un établissement précise qu'elle ne doit pas être utilisée « in extenso » et « comme une grille d'interrogatoire ». Certains établissements au décours de l'expérimentation ont été déçus que l'évaluation réalisée soit insuffisamment clinique, les aspects relatifs à la technicité de la prise en charge n'ayant pas été intégrés.

Il appartient donc à l'animateur (ou aux animateurs), lors de la phase de préparation à la rencontre avec les équipes, de choisir les questions qui sont les plus pertinentes et d'ajouter des questionnements liés aux spécificités des prises en charge, tenant compte du choix du profil du patient et des objectifs qui ont été fixés avec l'équipe. En effet, s'agissant d'une grille générique, elle ne peut pas prendre en compte l'ensemble de ses spécificités. Certains établissements ont ajouté à la grille pour l'expérimentation des critères correspondants :

- à des actions d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en cours dans l'établissement de santé (exemple en santé mentale : EPP relative à la mise en chambre d'isolement ou en chambre fermée à clé, EPP relative à la prise en charge des patients suicidants, etc.) ;
- à des recommandations de prises en charge de pathologies (ex : délais de prises en charge pour l'AVC, etc.) ;
- à l'étude de la pertinence de stratégies diagnostiques et /ou thérapeutiques.

Un établissement, qui a fait le choix de ne pas s'engager dans une évaluation de la pertinence des soins, rapporte que le sujet de l'évaluation de la pertinence peut être un sujet « sensible ».

L'entretien est mené « en faisant décrire le processus de prise en charge en s'intéressant aux interfaces, à la continuité des soins, à la transmission des informations ». La grille permet de rappeler des thèmes clés qu'il est important d'évaluer aux différentes étapes de la prise en charge ». Le questionnement s'adapte à la réalité de la prise en charge du patient, et au fonctionnement et à la dynamique de l'équipe durant cette rencontre. Des établissements ont créé des mémos ou des check-lists.

L'existence d'éléments redondants dans la grille est rapportée. Par ailleurs, certaines thématiques pourraient être évaluées « en une seule fois » (ex : l'identification du patient, ou la prise en charge médicamenteuse). Ainsi, il a été préconisé que la grille d'investigation soit organisée en conciliant une approche chronologique et une approche thématique. Pour éviter l'effet de redondance, il est préférable d'analyser certaines thématiques dans un temps unique (ex : l'identification du patient ou la prise en charge médicamenteuse aux différentes étapes de la prise en charge).

Si la grille permet, au travers de l'échange avec les professionnels, de faire levier sur la traçabilité des informations permettant d'assurer la continuité des soins, il est demandé également que soit précisé ce qui nécessite impérativement d'être tracé dans le dossier du patient.

Plusieurs références utilisées par les établissements expérimentateurs peuvent donc venir personnaliser la grille d'investigation proposée dans le guide, soit :

- des recommandations ou référentiels de spécialités notamment HAS ou référentiel JACIE ;
- des éléments objectifs relatifs aux EPP ;
- les indicateurs IQSS ;
- des grilles spécifiques telles que la grille spécifique pour la chirurgie ambulatoire ;
- les protocoles de services, de réseaux, procédures, questionnaire de satisfaction en chirurgie ambulatoire ;
- les check-lists : BO, endoscopie, etc.

Certains établissements ont fait le choix d'analyser ou de lire le dossier préalablement à la rencontre d'équipe. Il faut toutefois rappeler que la méthode du patient dossier n'est pas un audit de dossier.

Le besoin d'avoir un guide méthodologique pour former les professionnels à la conduite d'un entretien est exprimé.

3.5 Rencontre du patient

Elle a lieu généralement avant la réunion d'équipe, ce qui permet d'intégrer dans la discussion avec l'équipe les résultats de l'échange avec le patient.

3.5.1 Fonctions des professionnels ayant rencontré le patient

La ou les personnes rencontrant le patient sont parfois autres que celles qui animent la rencontre avec l'équipe.

Leurs fonctions sont listées pour chacun des établissements expérimentateurs par :

- un professionnel de santé de l'équipe de soins et un membre de l'équipe qualité ;
- le responsable qualité/CGDR, accompagné au moins d'un correspondant qualité (COQUAL) soignant et parfois DSI ;
- un médecin coordonnateur des risques associés aux soins et une cadre de santé chargée de mission qualité-gestion des risques ;

- le directeur des soins qui a effectué les trois patients-traceurs accompagné par un cadre de santé différent lors de chaque patient-traceur + RAQ (observateur) ;
- le responsable qualité ;
- un professionnel de santé ;
- le binôme d'auditeurs cadre de santé – responsable qualité et gestion des risques ;
- le binôme d'animateurs (médecin/cadre) appartenant au pôle clinique mais pas directement à la prise en charge ;
- l'ingénieur qualité-cadre ORL, ingénieur qualité et médecin anesthésiste, 2 cadres hémato ;
- le médecin directeur, animateur de la démarche avec le médecin référent du patient ;
- le référent du site, le responsable de service et le responsable qualité ;
- toujours en binôme médico-infirmier, le médecin étant l'un des deux animateurs « patient-traceur ». (une seule fois réalisée en présence d'un médecin du service) ;
- un cadre de santé ou un médecin ou un responsable qualité.

3.5.2 Recommandations issues de l'expérimentation

Il est nécessaire de présenter au patient la finalité et les modalités de la méthode et l'objectif de l'entretien. De même, la remise au patient du questionnaire en amont de l'entretien, au moins la veille, peut lui permettre de s'y préparer.

Le patient doit avoir été mis en confiance par un soignant de son service qu'il connaît, en qui il a lui-même confiance. Ce soignant doit être en mesure de montrer de l'intérêt pour cette démarche. Une notice d'information peut être remise au patient.

Un rendez-vous est pris avec le patient en prévoyant au moins une heure, et il est fortement conseillé de lui en parler au moins la veille afin que le patient puisse y réfléchir et faire participer, le cas échéant, un membre de son entourage. La présence des proches est rassurante pour le patient.

Une plaquette d'information peut être également remise à l'entourage des patients non communicants ou ayant des troubles cognitifs. La possibilité d'un entretien téléphonique doit être offerte aux familles et à l'entourage.

Il est préférable que la personne qui rencontre le patient soit un professionnel de santé. Toutefois, elle doit savoir rester dans son rôle qui n'est pas celui d'un soignant dans sa mission de soignant.

Un binôme met en confiance le patient et apporte un bon équilibre à l'entretien. La présence du médecin du service est à éviter en dehors de l'annonce de la rencontre et des présentations.

L'animateur qui interviewe le patient se déplace dans sa chambre ou dans un endroit convivial permettant de respecter la confidentialité de l'échange (éviter les lieux de passage et veiller à ne pas être dérangé au cours de l'entretien, ne pas réaliser l'entretien pendant le temps du repas, etc.). L'entretien doit également être limité dans le temps. Des entretiens ont pu se dérouler avec l'accord du patient, en présence du « voisin » de chambre (chambre double).

Un vocabulaire simple et clair est utilisé avec une attitude bienveillante. Il importe de laisser parler les patients, de reformuler en « canalisant » cependant les plus bavards. Un guide méthodologique pour rencontrer le patient serait à élaborer.

La rencontre avec le patient introduit la parole de celui-ci dans le processus d'évaluation. Ce temps est donc d'une grande richesse. Le point de vue du patient est confronté à celui des professionnels. L'échange avec le patient permet aux équipes de prendre conscience du décalage possible entre la perception du patient et leur perception en tant que professionnels de santé concernant la prise en charge de ce dernier. La prise en compte des propos du patient doit intégrer le fait qu'il est en cours de soins, le fait qu'il puisse dans certains cas vouloir « protéger » l'équipe qui le prend en charge, et minimiser les dysfonctionnements ressentis, et également le fait qu'il n'ait pas toujours en mémoire tous les épisodes de ses soins, notamment dans les premiers temps de son hospitalisation.

3.5.3 Spécificités de la rencontre du patient en santé mentale

Il importe que l'entretien soit mené par un professionnel soignant qui puisse appréhender au mieux la rencontre avec le patient, et éviter que la conversation ne s'oriente sur la maladie du patient, ou ne suscite un stress supplémentaire. Il apparaît important d'éviter certaines questions ouvertes qui pourraient mettre en difficulté les patients atteints de troubles psychiatriques. Une vigilance particulière est nécessaire pour adapter le questionnaire au profil du patient.

L'entretien du patient, dans le cadre de la méthode du patient-traceur, est à distinguer de celui d'un entretien thérapeutique, ce d'autant qu'il vient s'ajouter aux nombreux entretiens thérapeutiques que le patient rencontre tout au long de son parcours de soins.

Le focus sur l'accueil, l'admission, moments complexes en psychiatrie, constitue une difficulté particulière de l'évaluation. La prise en compte de la parole du patient peut être complexe. Les troubles psychologiques et les difficultés de perception du réel peuvent représenter une difficulté supplémentaire, notamment en phase aiguë.

3.5.4 Vécu des patients après la rencontre du patient

Les patients ont perçu positivement cette démarche. Les patients ont été écoutés, et ont exprimé une satisfaction à être interrogés et entendus. Les patients ont été « agréablement surpris » rapporte un établissement ; « Pour une fois, on leur laisse le temps de parler ». Pour autant, « Ils sont parfois un peu déroutés car pas habitués à porter un regard critique sur leur prise en charge » est un autre exemple de retour d'établissement. Un patient est venu avec son épouse en dehors de ses séances de dialyse. Son entretien a duré bien plus que le temps prévu.

La rencontre des patients-traceurs n'a pas semblé entraîner d'inquiétude pour les patients.

Un établissement a prévu (préconisation de la CRUQPC) d'envoyer un courrier de remerciement au patient, occasion de leur demander leur avis sur l'entretien qu'ils ont eu.

3.5.5 Vécu des professionnels concernant cette rencontre du patient

Les professionnels ont trouvé l'expérience enrichissante et positive.

L'échange avec le patient crée une relation différente entre soignants et usagers. Le retour des informations collectées auprès du patient a été riche et parfois surprenant pour les professionnels. Il a en effet permis de confronter le point de vue du patient sur sa prise en charge aux points de vue des professionnels quant aux soins délivrés.

L'entretien donne « une vision globale du vécu du patient sur son séjour », donne « un indicateur de qualité de prise en charge ».

Les actions d'amélioration sont décidées en réponse aux constats issus de la rencontre avec les professionnels, en complément de la rencontre avec le patient.

3.6 Satisfaction des professionnels vis-à-vis de la méthode du patient-traceur

Les professionnels ont été satisfaits, voire extrêmement satisfaits, et trouvent la démarche motivante et concrète. Elle donne une vision globale de la prise en charge d'un patient. Elle permet de découvrir des éléments du parcours qui ne sont pas visibles habituellement par l'ensemble des professionnels. Elle conduit à une prise de conscience concernant la nécessité de formaliser et de tracer certaines étapes de la prise en charge. Certains médecins ont questionné la représentativité de la méthode : il a été précisé aux professionnels que l'ensemble des patients traceurs ne constitue pas un échantillon représentatif ; il ne s'agit pas en effet d'une méthode statistique.

Elle renforce la cohésion de l'équipe et renforce ou initie la dynamique d'équipe. Elle facilite la participation des professionnels qui ne s'engagent pas habituellement dans des groupes de travail. La réunion d'équipe permet de mesurer le rôle de chacun, la complexité de la chaîne de soins au niveau des inter-

faces. Elle s'avère être un très bon outil de communication : elle permet à chacun d'exprimer ses difficultés, ses solutions, de partager un langage commun. Elle crée une opportunité d'échanges avec des professionnels d'autres secteurs, elle permet d'apprendre du travail des autres, de prendre en compte les contraintes des autres collègues d'autres unités.

Certains professionnels se sont sentis très valorisés, car peu de démarches intègrent à ce point la pluriprofessionnalité dans l'analyse de la prise en charge (éducateur spécialisé, diététicienne, ergothérapeute). Ce temps d'échange est un temps privilégié, car il permet aux professionnels d'une équipe de se retrouver autour de la prise en charge du patient et de s'exprimer.

Outil managérial pour le cadre de santé, levier d'amélioration activé par l'équipe elle-même, c'est l'équipe qui met en évidence les points à améliorer. Les résultats de la démarche sont immédiatement perceptibles sur l'amélioration potentielle des pratiques. Elle permet une meilleure compréhension de la démarche de certification pour les équipes, jugée plus concrète pour les professionnels de santé. Les professionnels comprennent mieux la pertinence des autres évaluations des pratiques en cours. Il existe une attente forte des professionnels concernant la mise en œuvre effective des actions d'amélioration. Elle confirme les actions d'amélioration retenues lors de l'auto-évaluation et dans le PAQSS et le compte qualité.

Certaines expériences, peu nombreuses ont été moins positives. Les difficultés ont concerné :

- le caractère chronophage de la démarche, la durée trop longue qui laisse les professionnels « exsangues » ;
- le sentiment d'une équipe d'être remise en question et d'intrusion dans la prise en charge ;
- l'organisation de la rencontre avec les professionnels ;
- l'insatisfaction liée à l'utilisation de la grille ou sa non-adaptation à certains secteurs de la prise en charge ;
- le sentiment que la méthode ne s'intéresse qu'aux circuits et organisations.

Quelques établissements rapportent une certaine insatisfaction des professionnels, car l'évaluation ne permet pas d'évaluer complètement la prise en charge dans un secteur donné, ne reflétant pas suffisamment le sens du travail des soignants. L'expérimentation permet donc de montrer l'importance de bien fixer les objectifs en amont de la réalisation du patient de façon à choisir les références en conséquence et à adapter la grille d'investigation/de questionnements.

3.7 Complémentarité avec les autres méthodes

La méthode permet d'évaluer la globalité de la prise en charge et les interfaces. Le retour du patient est plus riche qu'un retour de questionnaire.

Les professionnels ont souligné la complémentarité de la méthode avec d'autres méthodes telles que l'analyse des processus, les staffs-EPP, la RMM, etc.

3.8 Suivi des patients-traceurs

La réalisation d'un « 2^e tour ciblé » et de plusieurs itérations sur un profil donné dans l'année est suggérée par un établissement.

Une forte attente des professionnels de mise en œuvre des actions d'amélioration a été exprimée une fois les actions d'amélioration identifiées. Un retour institutionnel est nécessaire pour donner corps aux actions d'amélioration qui parfois l'exigent, l'adhésion à la méthode venant de sa réelle capacité à améliorer.

La vérification de la mise en place des actions d'amélioration peut être réalisée lors d'une autre démarche patient-traceur. L'efficacité des actions d'amélioration peut être vérifiée avec plusieurs méthodes possibles : indicateurs, audit clinique ciblé, audit de processus, etc.

3.9 Question juridique de l'accès aux données du patient par les professionnels

Cette question a été mise en exergue lors de cette expérimentation. Les conditions requises pour qu'un professionnel puisse accéder et échanger des données de santé d'un patient sont les suivantes :

- être un professionnel de santé au sens du Code de la santé publique (professionnel de santé défini par le CSP) ;
- participer directement à la prise en charge du patient soit en assurant la continuité des soins, soit en contribuant à la détermination de la meilleure prise en charge sanitaire possible.

Ainsi, si la personne ne satisfait pas à ces deux conditions, la présentation et la discussion doivent se faire en respectant l'anonymat du patient.

Par ailleurs, si la personne est extérieure à la prise en charge, elle ne peut à la fois rencontrer le patient (l'échange avec le patient ne concernant pas sa maladie), et animer la rencontre avec les professionnels puisqu'elle aurait alors accès à des informations médicales concernant un patient qu'elle connaît puisqu'elle l'a rencontré ou qu'elle a prévu de le rencontrer. Dans cette situation, l'anonymat, condition de l'accès aux informations médicales pour une personne extérieure à la prise en charge, n'est pas respecté. Ce sujet du droit d'accès aux données personnelles de santé dans le cadre des démarches d'évaluation nécessite d'être pris en compte dans l'organisation de la mise en œuvre.

3.10 Information et recueil du consentement lorsque le patient est mineur ou sous tutelle

La partie du guide consacrée à l'information et au consentement des patients devra évoluer, considérant que pour mettre en œuvre la méthode, il est préférable de recueillir les deux consentements, celui du patient et celui de son représentant légal.

« Un professionnel de santé, qui participe à la prise en charge d'un patient, l'informe des objectifs et du déroulement de la méthode. Pour les mineurs et les personnes sous tutelle, l'information doit leur être délivrée en fonction de leur état de maturité et de leur capacité de discernement. L'information doit également être donnée aux représentants légaux. Le consentement doit être recueilli auprès du patient ainsi que des représentants légaux ».

4. Conclusion – Perspectives des établissements

L'expérimentation de la méthode permet d'objectiver que la méthode est bien accueillie par les professionnels de santé. Sous réserve d'être utilisée avec souplesse pour s'adapter aux organisations et spécificités de prises en charge et d'être conduite selon une démarche pédagogique et bienveillante, elle permet aux professionnels d'analyser leur pratique en équipe à partir d'une prise en charge en intégrant le regard du patient dans le processus d'évaluation, en s'intéressant aux interfaces et à la collaboration interprofessionnelle.

D'ores et déjà, beaucoup d'établissements expriment la volonté de poursuivre, en inscrivant le patient-traceur dans la politique qualité de l'établissement, en intégrant cette méthodologie dans les outils d'évaluation.

De nouveaux patients-traceurs sont programmés.

Plusieurs établissements ont élaboré ou entendent mettre en place un programme DPC à partir de cette méthode.

5. Communication et perspectives

Une nouvelle version du guide sera réalisée prenant en compte ce retour de l'expérimentation, et sera disponible au cours de l'automne 2014.

Une sélection d'exemples de patients-traceurs sera mise en ligne après anonymisation de ceux-ci et accord de l'établissement, l'objectif étant de proposer une diversité d'exemples.

L'adaptation de la grille d'investigation/du questionnaire dans différents secteurs permettraient d'apporter une aide aux établissements de santé.

La perspective de la réalisation d'un film est également plébiscitée.

Annexe 1. Liste des patients-traceurs réalisés par les établissements de santé

Le secteur mentionné correspond à celui où est hospitalisé le patient au moment de la réalisation du patient-traceur.

| Secteur | Intitulé du patient-traceur | Pourquoi ce patient ? |
|--------------|--|--|
| Cancérologie | Patiente de 67 ans, avec cancer digestif opéré, hospitalisée en HDJ d'oncologie pour 4 ^e cure de chimiothérapie | Profil patient correspondant au parcours recherché Patient de plus de 60 ans |
| | Patient pris en charge en radiothérapie pour une chimio-radiothérapie concomitante d'un cancer ORL | Coordination entre le département de Chirurgie, service ORL, et le département de Radiothérapie Implication éventuelle des Soins de Support |
| | Patiente prise en charge pour une chirurgie sénologique en ambulatoire | Nouvelle activité de Chirurgie Ambulatoire (février 2012) 1 494 entrées en 2013 ; 5,74 patients/jour Organisation du retour à domicile |
| | Patiente hospitalisée pour une autogreffe dans le cadre d'un myélome; de la consultation d'annonce à l'autogreffe | Activité interservice Activité avec des établissements périphériques (EFS) Pathologie fréquente (environ 70 autogreffes/an) Prise en charge longue Dysfonctionnements dans cette prise en charge complexe ? Schéma thérapeutique, parcours personnalisé de soins quasi existant, prise en charge standard Activité à haut risque |
| | Parcours de soins d'un patient suivi pour cancer du poumon avec traitement chirurgical | Parcours complexe Patient jeune, consentant et en capacité de s'exprimer Hospitalisations itératives Entrée directe dans le service pour ce séjour Patient suivi par les 3 C (centre de coordination en cancérologie) Chirurgie lourde |

| Secteurs/activités | Intitulé du patient-traceur | Pourquoi ce patient ? |
|--------------------|--|---|
| Chirurgie | Prise en charge d'une personne âgée (> 75 ans) pour une fracture du col du fémur : mode d'entrée par les urgences, transfert dans le département de chirurgie osseuse | Prise en charge fréquente Prise en charge multiservices Population à risque : personne âgée Patiente proche de la sortie Patiente communicante, entourage présent à l'entretien |
| | Intervention programmée pour une résection transurétrale d'un adénome prostatique | Intervention programmée Entrée directe dans le service Le patient a donné son consentement Le conjoint « aidant » est présent et peut donner son point de vue Patient déjà opéré ailleurs (comparaison de prise en charge) |
| | Patiente de 84 ans en chirurgie programmée de PTH | (23 % des patients hospitalisés) Population pouvant nécessiter une prise en charge particulière Spécialité concernée par des actions éducatives (exigence CPOM) PTH = pathologie ciblée pour développer les actions d'éducatives |
| | Enfant de 8 ans subissant une intervention chirurgicale d'extraction de dent en UACA | Spécialité pédiatrique de l'établissement > 2 000 enfants/an en ambulatoire Enfant (correspond au profil recherché) Chirurgie ambulatoire programmée Extraction dentaire |
| | Patiente de 77 ans hospitalisée en chirurgie digestive suite à une cholécystectomie compliquée, après une hospitalisation en rhumatologie pour douleurs articulaires de la main gauche | Patiente proposée par le médecin anesthésiste qui l'a pris en charge en USC au regard de son parcours complexe Hospitalisation dans plusieurs services (urgences, médecine, chirurgie, soins intensifs) Personne âgée Patiente sortante (interviewée le jour de sa sortie) |
| | Patient âgé hospitalisé en ambulatoire pour une opération de la cataracte | Patient faisant partie des populations nécessitant une prise en charge particulière Activité chirurgicale récente Processus ambulatoire nouvellement réorganisé |

| Secteurs/activités | Intitulé du patient-traceur | Pourquoi ce patient ? |
|--------------------|---|---|
| Chirurgie | Enfant de 6 mois hospitalisé en chirurgie ambulatoire pour exérèse d'un kyste du sourcil droit | A bénéficié d'une chirurgie ambulatoire Enfant de bas âge (6 mois) Choix de l'établissement d'expérimenter la méthode aussi en pédiatrie (3 tests ont été réalisés auprès des adultes) |
| | Patient de 30 ans hospitalisé dans le service de chirurgie pour une intervention programmée de <i>By-Pass</i> | Patient correspondant au profil recherché Nouvelle activité dans l'établissement Disponibilité du chirurgien Fréquence de la pathologie Patient disponible et ouvert, pouvant être rencontré le jour de son départ Passage en SSPI |
| | Patiente de 50 ans hospitalisée en mode ambulatoire à SOS Main pour une intervention programmée du canal carpien main gauche | Patient correspondant au profil recherché Activité majoritaire dans l'établissement Disponibilité du chirurgien Fréquence de la pathologie Patiente disponible, pouvant être rencontrée le jour de son départ |
| | Patiente de 63 ans hospitalisée dans le service d'orthopédie pour PTH programmée | Patient correspondant au profil recherché Fréquence de la pathologie Patiente à la veille de son transfert en convalescence Patiente disponible Volonté d'améliorer l'ensemble de la prise en charge du patient opéré pour PTH (douleur, kiné, coordination pluriprofessionnelle, etc.) Patient déjà opéré d'une PTH de l'autre côté en 2013 |
| | Patient de plus de 60 ans hospitalisé en orthopédie dans les suites d'un AVP avec PEC au SAU et intervention chirurgicale pour fracture du plateau tibial | Profil patient correspondant au parcours recherché Patient de plus de 60 ans Sortant ce jour |
| Dialyse | Patient âgé pris en charge en centre d'hémodialyse, polypathologique | Patient ayant le profil d'un patient en Centre : patient polypathologique, nécessitant un environnement sécurisé, un suivi médical rapproché, ayant un parcours de soins complexe avec des relais de prise en charge |

| Secteurs/activités | Intitulé du patient-traceur | Pourquoi ce patient ? |
|--------------------|--|---|
| Dialyse | Patient en autodialyse pris en charge par des infirmiers libéraux après une période d'éducation par des infirmiers de la structure | Patient ayant le profil d'un patient en auto-dialyse : patient jeune, bien cadré médicalement, en activité professionnelle, avec un parcours en centre hospitalier Secteur d'éducation, avec relais de prise en charge par des infirmiers libéraux, en cours d'inscription sur liste de greffe |
| | Patient pris en charge en unité de dialyse médicalisée en retour de greffe | Patient ayant le profil d'un patient en unité de dialyse médicalisée (UDM) : patient polypathologique ayant un parcours de soins complexe avec des relais de prise en charge. Mais patient bien « cadré » médicalement, stable, ne nécessitant pas une présence médicale permanente. Dialyse en soirée permettant le maintien de son activité professionnelle |
| | Prise en charge d'une IRC terminale en hémodialyse | Patient pris en charge depuis 3 ans et correspondant au profil de patient recherché Patient ayant changé de centre par proximité géographique Patient polypathologique et compliant à sa prise en charge Patient ayant donné son accord pour cette expérimentation |
| Médecine | Parcours de soins d'un patient présentant un syndrome coronarien aigu ST – troponine+ et admis en urgence pour coronarographie avec angioplastie | Patient conscient tout au long parcours Patient correspondant au profil Proche de la sortie (hors phase aiguë) Très favorable pour exprimer son point de vue (jeune retraité) |
| | Parcours de soin d'un patient hospitalisé dans un autre service que la gastro-entérologie, et pour lequel une colonoscopie est programmée et effectuée | Patient informé et consentant Porteur d'une pathologie chronique Correspondant au profil choisi |
| | Parcours de soins d'un patient de 57 ans présentant un AVC ischémique et traité par thrombolyse en urgence | Patient présent et capable de soutenir un entretien correspondant exactement au profil Conscient tout au long de son parcours de soins Coordination pompiers/SAMU lors de son transport par hélicoptère PEC dans un autre département |

| Secteurs/activités | Intitulé du patient-traceur | Pourquoi ce patient ? |
|------------------------------|---|---|
| Médecine | Éducation thérapeutique d'un enfant diabétique mis sous pompe à insuline | Collégien suivi depuis 2 ans dans le service Décision récente de rentrer dans le programme Parent « expert » volontaire pour l'entretien Parent désireux de donner son avis sur les + et les - du parcours |
| | Prise en charge ambulatoire d'une patiente pour une ponction ovocytaire dans le cadre d'un protocole de FIV | Prise en charge ambulatoire Patiente prise en charge pour la deuxième fois pour une ponction ovocytaire Patiente volontaire pour participer à l'expérimentation, communicante Prise en charge à l'interface entre la clinique et la biologie Parcours court pour une première expérimentation |
| | Patient hospitalisé en médecine pour embolie pulmonaire et adressé par les urgences du CHU | La médecine est un nouvel axe fort du projet médical depuis 2011 et en forte croissance (+35% entre 2012 et 2013) > 2 000 enfants/an en ambulatoire Patient de 67 ans Adressage direct du CHU Entrée par les urgences |
| | Patiente âgée adressée au SAU pour hypotension et crise convulsive post séance de dialyse et hospitalisée en médecine | Profil patient correspondant au parcours recherché Patiente âgée Transfert ce jour vers un autre ES pour poursuite de la PEC |
| Obstétrique- Néonatalogie | Patiente de 40 ans hospitalisée dans le service de maternité pour une césarienne programmée et projet d'allaitement | Patiente correspondant au profil recherché Fréquence de la pathologie Passage dans plusieurs services Césarienne itérative Patiente disponible, pouvant être rencontrée |
| | Patiente de 32 ans hospitalisée pour un accouchement | Patiente au parcours complexe et hospitalisée dans plusieurs services avec césarienne non programmée Patiente sortante |

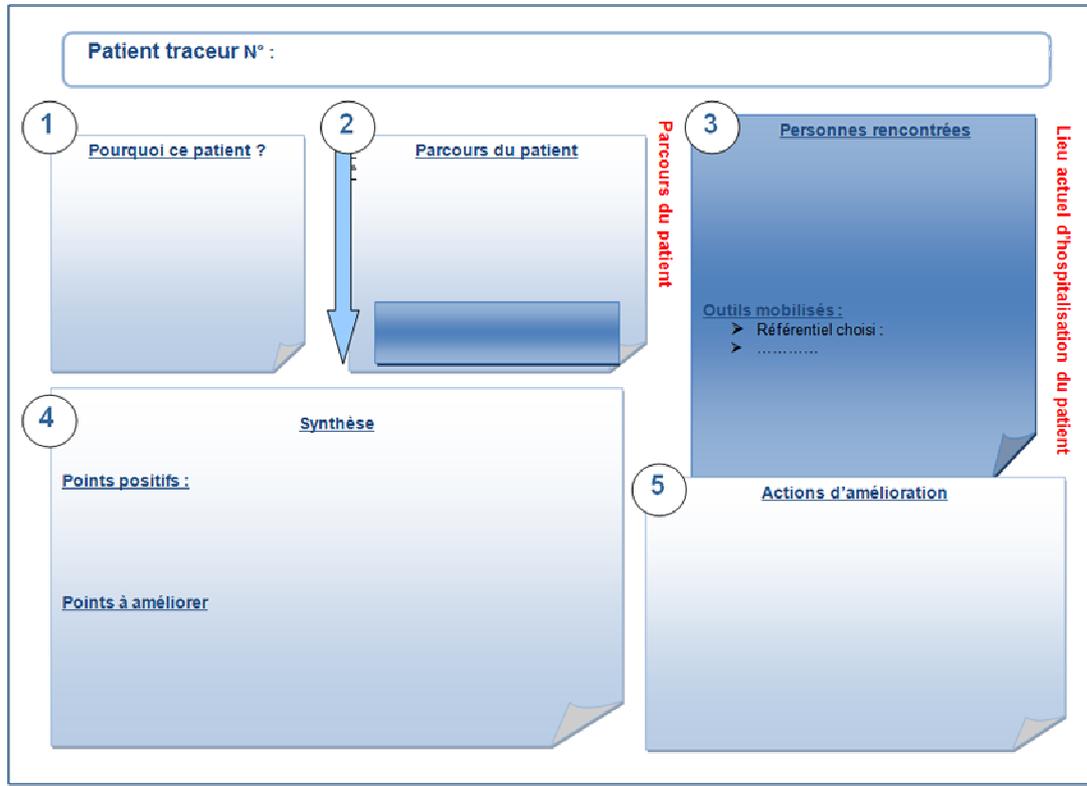
| Secteurs/activités | Intitulé du patient-traceur | Pourquoi ce patient ? |
|-------------------------------|--|--|
| Obstétrique- Néonatalogie | Parturiente hospitalisée en grossesse à risque pour accouchement par césarienne programmée (réalisée en urgence) | Profil de patient correspondant au profil PT identifié Césarienne réalisée en urgence |
| | Patiente prise en charge pour une césarienne en urgence à terme | Prise en charge fréquente de ce type de patiente dans l'établissement Prise en charge non planifiable et non programmable Évaluation des protocoles jugés critiques – risque de survenue EIG définis par l'établissement |
| | Bébé né en urgence et hospitalisé en néonatalogie | Patient faisant partie des populations nécessitant une prise en charge particulière Bébé prématuré (âge gestationnel 35 SA + 1) Prise en charge fréquente dans l'établissement Complexité du parcours du fait du transfert du bébé à l'extérieur et de son retour |
| Psychiatrie- Santé mentale | Enfant présentant des troubles envahissants du développement à l'hôpital de jour | Patient correspondant au profil recherché Famille pouvant être rencontrée Amélioration rapide et conséquente de certains symptômes |
| | Patient présentant une comorbidité psychiatrique – état dépressif majeur ; addiction à l'alcool avec incidence sur la famille suivi en consultation dans le service de psychiatrie générale, orienté en thérapies familiales puis à l'hôpital de jour d'addictologie | Patient pouvant être rencontré Questionner l'articulation des prises en charges entre les différents services concernés Questionner les difficultés d'amélioration de l'état de santé du patient (psychique, dépendance), malgré la prise en charge renforcée et la coordination des soins |
| | Patient psychotique avec hypocondrie délirante, reçu au Service d'Aide à l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées (SAIPPH), orienté à l'hôpital de jour | Patient pouvant être rencontré Pluriprise en charge Amélioration de l'état de santé du patient |
| | Patient schizophrène de 30 à 50 ans suivi en centre médico-psychologique, et nécessitant une hospitalisation complète suite à une prise en charge en psychiatrie de liaison | Patient correspondant au profil recherché Fréquence de la pathologie Parcours de soins complet et fréquent au sein de l'établissement Analyse possible de la coordination entre les différents services, avec les acteurs des services Patient pouvant être rencontré |

| Secteurs/activités | Intitulé du patient-traceur | Pourquoi ce patient ? |
|-------------------------------|---|---|
| Psychiatrie- Santé mentale | Patient hospitalisé aux appartements thérapeutiques et nécessitant une réhospitalisation en unité d'admission | Patient correspondant au profil recherché Hospitalisation dans plusieurs services, permettant l'analyse de la coordination entre les acteurs Patient proche de sa sortie Patient pouvant être rencontré |
| | Enfant présentant des troubles du comportement, et nécessitant une hospitalisation complète après une prise en charge de courte durée en centre hospitalier général | Patient correspondant au profil recherché Population spécifique (enfant) Population dominante de l'unité d'hospitalisation temps plein enfant de l'établissement Patient pouvant être rencontré |
| | Patient âgé de plus de 65 ans en hospitalisation complète, provenant d'un EHPAD et proche de sa sortie | Patient correspondant au profil recherché Population en lien avec une évaluation des pratiques professionnelles au sein de l'établissement Patient appartenant à une population vulnérable Personne âgée |
| | Patient hospitalisé pour crise d'angoisse et hétéro-agressivité en hospitalisation libre après transfert en psy | Patient sortant Passage par le service des urgences psychiatriques Patient interrogeable |
| | Prise en charge d'une schizophrénie résistante chez l'adulte | Patient correspondant au profil recherché polypathologique Patient nécessitant une importante coordination des soins au long cours Patient dont le dossier a fait l'objet d'un groupe d'analyse de pratique |
| SSR | Adolescente, 16 ans pour traitement orthopédique par halo-tracté et post-chirurgical d'une scoliose idiopathique, HC, DMS 4 mois en cours de séjour | Service des grands (CRF 16ans) Hospitalisation complète (HC) Patiente compliant, communicante Diversité des intervenants Cas clinique représentatif (orthopédie, l'un des trois pôles d'excellence) Double référence médicale En cours de séjour (J + 50) Adresseur habituel |

| Secteurs/activités | Intitulé du patient-traceur | Pourquoi ce patient ? |
|--------------------|---|---|
| SSR | Prise en charge en urgence d'un patient présentant un AVC non thrombolysé | Priorité de santé publique : prise en charge de l'AVC Prise en charge multiservices Patiente proche de la sortie Patiente communicante, entourage présent à l'entretien |
| | Jeune enfant de 6 ans, IMC hospitalisé pour bilan analyse quantifiée de la marche, CS chirurgicale et injection toxine botulique, H de J 1 j | Patiente de 6 ans compliant Accompagnée par la maman Hôpital de jour bilan/consultation Patiente connue depuis 6 mois Analyse du parcours du patient depuis sa première visite afin d'analyser la continuité de la prise en charge entre 2 hôpitaux de jour |
| | Jeune polyhandicapé de 6 ans sans langage oral avec troubles visuels et alimentaires, en postopératoire d'une ostéotomie de hanche. Hospitalisation complète DMS 3 mois, en fin de séjour | Petit garçon de 6 ans sans langage oral, Multiples intervenants Suivi en institut médico-éducatif (IME) habituellement Famille disponible DMS 3 mois en internat sans WE thérapeutique possible |
| | Prise en charge d'un traumatisme crânien chez l'enfant | Patient correspondant au profil recherché Jeune patient nécessitant une importante coordination des soins de rééducation Passage d'une hospitalisation complète à une prise en charge en hôpital de jour |
| | Réadaptation en SSR gériatrique dans les suites posttraumatiques et postopératoires d'une chute | Patient âgé (> 75 ans) Patient en capacité de répondre aux questions Un proche « aidant » a pu apporter son témoignage écrit Prise en charge fréquente dans l'établissement |
| | Parcours de soins d'un patient âgé de 75 ans ou plus présentant un syndrome confusionnel en pathologie associée, avec troubles cognitifs ou non, en provenance des urgences | Patient correspondant exactement au profil Patient capable de s'exprimer et de soutenir un entretien Fils « aidant » d'accord pour entretien téléphonique complémentaire A bénéficié d'une prise en charge spécialisée |
| | Patient de 83 ans hospitalisé au SSR en attente de la pose d'un stent, venant d'un autre établissement | Personne âgée Pathologie cardiaque Patient admis d'un autre établissement Demande faite sur trajectoire Entretien réalisé le jour du transfert du patient |

| Secteurs/activités | Intitulé du patient-traceur | Pourquoi ce patient ? |
|--------------------|---|---|
| SSR | Prise en charge d'une infection ostéo-articulaire sur prothèse. | Patient correspondant au profil recherché polypathologique Patient nécessitant une importante coordination des soins, proche de la sortie et acceptant d'être interrogé Suivi de la prise en charge en lien avec un autre hôpital |

Annexe 2. Trame de poster pour la restitution des patients traceurs



| |
|---|
| Comment s'est déroulée la préparation de la réalisation de ce patient traceur ? |
| Comment s'est déroulée la séquence de la rencontre avec les professionnels ? |
| Qui a animé cette rencontre ? |
| Point forts de cette séquence : |
| Point à améliorer pour cette séquence : |
| Qui a réalisé la rencontre avec le patient ? |
| Comment s'est déroulée cette rencontre ? |
| Point forts de cette séquence : |
| Point à améliorer pour cette séquence : |
| Avez-vous rencontré des difficultés lors de la réalisation de ce patient traceur ? |
| Quelle est la durée de réalisation de ce patient traceur |
| Avez-vous d'autres remarques ou suggestions en lien avec la réalisation de ce patient traceur ? |

Annexe 3. Document de synthèse de l'expérimentation à remplir par les établissements

The image shows the cover of a document from the Haute Autorité de Santé (HAS). At the top is the HAS logo, which consists of the letters 'HAS' in a stylized font with a red underline, and the text 'HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ' below it. A blue curved line is positioned below the logo. The main title of the document is 'Le patient-traceur en établissement de santé' in a blue font, with the subtitle 'Synthèse de l'expérimentation' below it. At the bottom of the cover is another instance of the HAS logo. Below the cover, there are two sets of dotted lines for filling in information: 'Institution ou établissement de santé :' followed by two lines of dots, and 'Réfèrent(s) nom(s) et prénom(s) :' followed by two lines of dots. A rounded rectangular box contains the following text: 'Ce document comporte deux parties : - La première partie est un questionnaire relatif à la mise en œuvre des patients traceurs réalisés dans le cadre de cette expérimentation. - La deuxième partie concerne vos remarques et recommandations pour faire évoluer le guide.'

PARTIE 1 – Questionnaire

Association des professionnels à la démarche et leur implication

Les professionnels ont-ils été associés, et se sont-ils impliqués dans cette démarche d'évaluation des pratiques ?

Dans la préparation (ex : recherche ou discussion autour du ou des références professionnels)

Dans le déroulement de la méthode

Dans la synthèse et l'élaboration du plan d'actions

Toutes les catégories professionnelles ont-elles été associées à la démarche (infirmières, aides-soignantes, médecins, etc.) ?

Toutes les catégories professionnelles se sont-elles impliquées dans la démarche (infirmières, aides-soignantes, médecins, etc.) ?

Une organisation particulière a-t-elle été mise en place pour permettre ce temps d'analyse de la pratique de l'équipe (ex : horaires de la réunion, participation même partielle des professionnels) ?

Globalement, la présence des professionnels a-t-elle été « suffisante » pour analyser la prise en charge dans de bonnes conditions ?

Animateur

Combien y a-t-il eu d'animateurs pour ces patients-traceurs ?

Quels ont été vos critères de choix de(s) l'animateur(s) ?

Faisait(ent)-il(s) partie de l'équipe de prise en charge ? Quelle(s) fonction(s) avait(ent)-il(s) ?

S'ils ne faisaient pas partie de l'équipe de prise en charge, quelle(s) fonction(s) occupait(ent)-il(s) dans l'établissement ?

Comment le ou les animateurs ont-ils « vécu » leurs missions ?

Comment le ou les animateurs a/ont-il/ils été formé(s) à la méthode du patient-traceur ?

Choix des références/des référentiels

Quels référentiels/quelles références avez-vous utilisés(es) ?

La grille HAS :

L'avez-vous utilisée telle quelle ?

L'avez-vous adaptée ?

Avez-vous utilisé une autre grille ?

Comment s'est fait le choix du ou des références/référentiels ?

Analyse de la prise en charge en équipe et avec l'animateur autour du dossier du patient

Les objectifs ont-ils été atteints dans le temps imparti ?

La mobilisation du ou des référentiels pour comparer les pratiques réelles aux pratiques recommandées a-t-elle pu se faire facilement ; si non quelles sont les difficultés que vous avez observées ?

Tous les professionnels ont-ils pu s'exprimer ?

Si le patient est passé par plusieurs services/unités (urgences puis chirurgie puis SSR), quelle approche avez-vous adoptée ?

Si le patient a été hospitalisé à plusieurs reprises dans le même service, quelle approche avez-vous utilisée ?

Rencontre avec le patient

L'information du patient et la recherche de son consentement ont-elles été aisées ?

Qui a rencontré le patient ?

Comment les professionnels ont-ils vécu l'entretien avec le patient ?

Des actions d'amélioration ont-elles été décidées en lien direct avec des constats issus de la rencontre avec le patient ?

Auriez-vous des préconisations à faire par rapport à cette rencontre ?

Les patients ont-ils exprimé une satisfaction à être interrogés sur leur ressenti et écoutés (réponse à établir avec les patients rencontrés) ?

Auriez-vous des recommandations à faire pour faciliter l'entretien avec le patient ?

Satisfaction des professionnels

Que peut-on dire du niveau de satisfaction générale des professionnels ?

Certains professionnels de santé sont-ils plus satisfaits que d'autres (médecins/infirmiers/kiné, etc.) ?

Pourriez-vous décrire ce qui constitue des éléments de satisfaction et a contrario quelles sont les raisons de non-satisfaction éventuelle (échange pluriprofessionnel au sein de l'équipe) ?

Travail en équipe et méthode du patient-traceur

Que pensez-vous de la méthode :

- en termes de complémentarité avec d'autres méthodes d'amélioration des pratiques ?

- en termes de travail en équipe ?

Rôles des différentes instances (CME, CRUQPC, CSIRMT, etc.)

Comment avez-vous impliqué les instances de l'établissement dans le cadre de cette expérimentation ?

CME

CSIRMT

CRUQPC

Autres (à préciser)

Comment pensez-vous impliquer les différentes instances ultérieurement pour la réalisation d'autres patients-traceurs, mais également dans le suivi de la réalisation de ceux-ci ?

Intégration dans le PAQSS et DPC

Comment pensez-vous suivre les plans d'actions ?

Comment comptez-vous intégrer les actions d'améliorations issues des patients-traceurs dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins ?

Comptez-vous utiliser la méthode du patient-traceur dans le cadre du DPC ?

PARTIE 2 – Guide

1. Préambule

Le préambule situe-t-il clairement le document (contexte, cibles du document, objectifs) ?

2. Synthèse de la méthode du patient traceur en 10 points

La synthèse de la méthode en 10 points est-elle utile, claire ?
Sa place dans le document est-elle pertinente ?

3. Quel est l'apport de cette méthode pour la qualité des soins ?

Après cette expérimentation, pensez-vous que les 4 points mis en exergue dans ce chapitre sont exhaustifs, clairs ?
Voyez-vous d'autres apports de la méthode qu'il serait utile de souligner ici ?

4. Comment déployer la méthode du patient traceur dans son établissement ?

Le rôle et les missions des acteurs ou des commissions sont-ils suffisamment détaillés ?
Avez-vous des propositions à faire pour enrichir et préciser les sections de ce chapitre ?

5. Comment mettre en œuvre la méthode du patient-traceur ?

5.1 Mobiliser les acteurs et planifier

Cette étape de mobilisation et de planification vous paraît-elle suffisamment claire et explicite dans le guide ?
Avez-vous des remarques à faire sur l'identification de l'animateur ?
Avez-vous des recommandations à faire pour obtenir l'adhésion et la participation de l'équipe ?
Le temps dédié de 2-3 heures vous paraît-il suffisant et acceptable ?

5.2 Mettre en œuvre la méthode

Le plan de ce chapitre vous paraît-il clair ?
Souhaiteriez-vous apporter des modifications/précisions sur :

Étape 1 : Préparation de la réunion

D'autres recommandations/ajustements vous sembleraient-elles/ils utiles après l'expérimentation réalisée ?

Étape 2 : Rencontre du patient et/ou de ses proches

D'autres recommandations/ajustements vous sembleraient-elles/ils utiles après l'expérimentation réalisée ?

Étape 3 : Analyse du dossier en équipe

D'autres recommandations/des ajustements vous sembleraient-elles/ils utiles après l'expérimentation réalisée ?

Étape 4 : Synthèse

D'autres recommandations/des ajustements vous sembleraient-elles/ils utiles après l'expérimentation réalisée ?

Étape 5 : Définition des actions d'amélioration et du plan d'actions

D'autres recommandations/ajustements vous sembleraient-elles/ils utiles après l'expérimentation réalisée ?

Étape 6 : Mise en œuvre et suivi du plan d'actions

D'autres recommandations/ajustements vous sembleraient-elles/ils utiles après l'expérimentation réalisée ?

Étape 7 : Assurer la traçabilité et l'archivage

D'autres recommandations/ajustements vous sembleraient-elles/ils utiles après l'expérimentation réalisée ?

1) Réaliser un bilan, communiquer et valoriser

D'autres recommandations/ajustements vous sembleraient-elles/ils utiles après l'expérimentation réalisée ?

2) Ajuster l'organisation de la mise en œuvre des patients traceurs

D'autres recommandations/des ajustements vous sembleraient-elles/ils utiles après l'expérimentation réalisée ?

6. Références bibliographiques

Remarques éventuelles.

7. Annexe 1 – Notice d'information du patient

Avez-vous des propositions à faire pour faire évoluer ce document d'information ?
Dans le fond, dans la forme ?

8. Annexe 2 – Introduction à la rencontre avec l'équipe

Ce document vous paraît-il utile ?
Proposez-vous des modifications (fond, forme) ?

9. Annexe 3 – Introduction à la rencontre avec le patient

Ce document peut-il aider les professionnels/les personnes chargées de s'entretenir avec le patient ?
D'autres outils sont-ils nécessaires ?

10. Annexe 4 – Grille d'entretien

Quelles sont vos remarques sur la grille en général ?
Nous vous remercions de bien vouloir lister les éléments objectifs pour lesquels vous souhaitez faire des remarques.
Les remarques peuvent porter sur le libellé de l'élément, son rattachement à un élément d'appréciation, etc.

| Éléments objectifs | Remarques |
|--------------------|-----------|
| | |
| | |
| | |

Si vous souhaitez enrichir cette grille avec d'autres éléments objectifs, vous pouvez les lister dans la grille ci-dessous.

| Éléments objectifs | Remarques |
|--------------------|-----------|
| | |
| | |
| | |

[Annexe 5 : Cas concrets](#)

Avez-vous des remarques sur ces illustrations ?

[Annexe 6 : Fiche de synthèse patient-traceur](#)

Avez-vous des remarques/propositions ?

[Annexe 7 : Plan d'action](#)

Avez-vous des remarques/propositions ?

[Annexe 8 : Bilan périodique patient-traceur/unité/service/secteur d'activité](#)

Avez-vous des remarques/propositions ?

[Annexe 9 : Bilan périodique patient-traceur dans l'établissement](#)

Avez-vous des remarques/propositions ?

Remerciements

À tous les professionnels et aux équipes qui ont testé la méthode

Aux membres des établissements de santé ayant participé aux réunions de lancement et de clôture de l'expérimentation

Madeleine AMALFI, IDE, chargée de coordination des EPP, CH, Aix-en-Provence.

Mylène ARNOULD, responsable du service qualité gestion des risques, CH Ravenel, Mirecourt.

Mélissa ARNAUD, qualitatif, union pour la défense de la santé mentale, hôpitaux de Saint-Maurice.

Sébastien ARRIVÉ, responsable qualité, ATIR Avignon.

P^r Patrice BEUTTER, médecin coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins, CHRU, Tours.

D^r Emmanuel BOLZINGER, obstétricien, coordinateur médical gestion des risques, hôpital privé Natecia, Lyon.

Widad BOUCHEKIA, étudiante en master 2 « qualité et gestion des risques », stagiaire au sein de la direction qualité CHRU, Tours.

Corinne BROCHET, responsable qualité gestion des risques, hôpital privé Natecia, Lyon.

Françoise BRUNEAUD, directrice de la qualité, CH, Le Mans.

Gaël BRUX, responsable qualité et sécurité environnement, clinique Saint-Jean, Montpellier.

Sabine COLLARD, cadre unité de soins intensifs d'hématologie, CLCC Becquerel, Rouen.

D^r Nathalie CONTENTIN, responsable assurance qualité, CLCC Becquerel, Rouen.

Marie Gabrielle CURTET, coordonnatrice des soins, hôpital privé Natecia, Lyon.

Marie-José DARMON, coordonnateur des risques associés aux soins, CH, Le Mans.

Caroline DEAU, coordonnatrice qualité et gestion des risques, clinique Sainte-Odile, groupe Adassa Diaconat, Strasbourg.

Agnès FRANGULIAN, directrice des soins, clinique Saint-Jean, Montpellier.

Nathalie GOUSSARD, responsable qualité, Institut Paul-Sivadon, association « L'Élan Retrouvé », Paris.

Sophie GROLEAU, assistante qualité, clinique Saint-Jean, Montpellier.

D^r Marc HABIB, médecin directeur, Institut Paul-Sivadon, association « L'Élan Retrouvé », Paris.

Ann-Laure LE GUERN, ingénieur qualité, CHU, Angers.

Béatrice LEROUX, cadre hôpital de jour, CLCC Becquerel, Rouen.

Isabelle LHOPITAL, directrice, membre de la Commission de certification des établissements de santé de la HAS, hôpital privé Natecia, Lyon.

Marielle MARBACH, ingénieur hospitalier, direction clientèle et qualité, hôpitaux de Saint-Maurice.

D^r Marie-Christine MOLL, médecin délégué à la qualité et à la gestion des risques et coordonnateur des risques en soins, CHU, Angers.

D^r Marylène MORDASINI, présidente de la CME, chef du pôle Vosges centrales, CH Ravenel, Mirecourt.

Cidalia MOUSSIER, cadre de santé, chargé de mission qualité et gestion des risques, direction de la qualité et de la patientelle, CHRU, Tours.

Jean de NAUROIS, directeur, ATIR Avignon.

Pascal OUDOIRE, responsable qualité et GDR, Fondation Ellen-Poidatz, Saint-Fargeau-Ponthierry.

Claire QUINTART, IDE hygiéniste, adjointe responsable qualité, Fondation Ellen-Poidatz, Saint-Fargeau-Ponthierry.

D^r Luc RODRIGUEZ, PH en Réanimation Polyvalente et président de la Commission Qualité de la CME de l'établissement, CHI d'Aix/Pertuis, Aix-en-Provence.

Christian RYBAK, cadre supérieur de santé, direction des soins, hôpitaux de Saint-Maurice.

Dr Claude SOUTIF, santé publique/néphrologie, PH retraité du CH d'Avignon, attaché qualité, CHI d'Aix/Pertuis, Aix-en-Provence.

Christophe TORRENS, ingénieur hospitalier, direction clientèle et qualité, hôpitaux de Saint-Maurice.

Gaëlle VILNAT, ingénieur qualité et gestion des risques, CH, Le Mans.

Claire VOLCK, référente de site du Diaconat, clinique Sainte-Odile, groupe Adassa Diaconat, Strasbourg.

Huguette ZEHACKER, cadre de santé, clinique Sainte-Odile, groupe Adassa Diaconat, Strasbourg.

Participants HAS aux réunions de lancement et de clôture de l'expérimentation

Caroline ABELMANN, chef de projet, mission juridique, HAS, Saint-Denis.

Laurence CHAZALETTE, chef de projet, service évaluation et amélioration des pratiques (SEVAM), DAQSS, HAS, Saint-Denis.

Anne DEPAIGNE-LOTH, chef de projet, service évaluation et amélioration des pratiques (SEVAM), DAQSS, HAS, Saint-Denis.

D' Mounir EL-MHAMDI, chef de projet, unité information certification, service certification des établissements de santé (SCES), DAQSS, HAS, Saint-Denis.

Thomas LE LUDEC, directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, DAQSS, HAS, Saint-Denis.

Yvonnick MORICE, membre du Collège de la HAS, président de la Commission de certification des établissements de santé, HAS, Saint-Denis.

Sandrine MORIN, chef de projet, service indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (SIPAQSS), DAQSS, HAS, Saint-Denis.

D' Vincent MOUNIC, chef de service, service développement de la certification (SDC), DAQSS, HAS, Saint-Denis.

D' Isabelle RULLON, chef de projet, pilote du projet patient-traceur, service développement de la certification (SDC), DAQSS, HAS, Saint-Denis.

~

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr