



# Initiation à la Méthode du Patient traceur



Réseau des correspondants en hygiène des ES  
15 avril – 17 septembre 2015  
ARLIN Martinique

# Qu'est-ce que le « patient traceur »?

- **Méthode d'amélioration de la qualité de soins** (comme RMM, audit clinique, chemin clinique...)
- **Préconisée par l'HAS:**
  - Méthode utilisée par les experts-visiteurs pour la certification V2014
  - Méthode utilisable en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire pour évaluer la totalité d'une prise en charge

# Définition

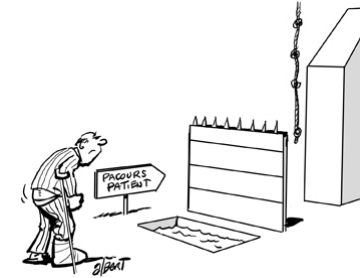


- La méthode du patient-traceur est une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire:
  - Permet d'analyser de manière rétrospective la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours dans l'établissement
  - ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire
  - afin d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration
  - prend en compte l'expérience du patient et de ses proches.

- A partir d'un séjour d'un patient on évalue :

- Les processus de soins
  - Les organisations
  - Les systèmes
- } qui s'y rattachent

# Objectifs



- Evaluer le **parcours du patient** de l'amont jusqu'à l'aval, la prise en charge avec les interfaces, et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaires

Pour l'évaluateur

- Réaliser un diagnostic global de la qualité et de la sécurité des prises en charge

Pour le professionnel

- Intégrer l'expérience des patients et de ses proches

- Impliquer l'ensemble des acteurs dans une démarche et une dynamique d'équipe centrée sur le patient

Pour le patient

- S'assurer que le système est conforme aux critères de la grille (HAS)
- Relever les écarts éventuels
- Détecter les axes d'amélioration possibles, mettre en œuvre des actions correctives et préventives

- Donner confiance à l'évaluateur
- Démontrer la conformité de son système
- Améliorer son système en mettant en œuvre des actions correctives et préventives

- Être acteur de la qualité des soins et de sa prise en charge en émettant un avis

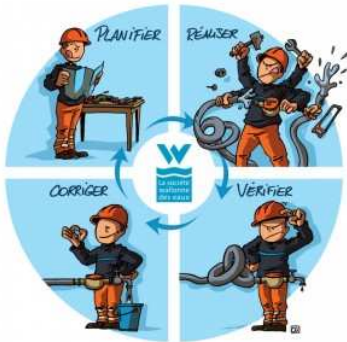
# Les étapes



Choix du patient



Information du patient, recueil de son consentement, rencontre (et/ou ses proches)



Analyse en équipe, à partir du dossier patient, du processus de prise en charge au regard du/des référentiels choisis  
Analyse qui intègre les résultats de l'entretien patient/proches

Analyse des écarts éventuels/référentiels

Mise en place et suivi des actions d'amélioration



# La méthode requiert...

- **Des ressources et des compétences:**
  - Un **auditeur** (ou **animateur**), de préférence extérieur à l'équipe de soins en charge du patient:
    - Professionnel de santé
    - Charisme
    - Doué des qualités requises
    - Formé aux méthodes d'évaluation
- **Des professionnels engagés:** obtenir l'adhésion et la participation de l'équipe
- **Des méthodes:**
  - Formaliser le parcours patient (adapter la grille d'audit)
  - Etablir le plan d'audit



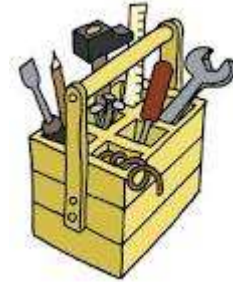
# Choix du patient

- Patient dont la prise en charge est préférentiellement **complexe** et qui a traversé **différentes unités**
- Dont la prise en charge a nécessité **l'intervention de différents professionnels**, internes ou externes à l'unité
- Idéalement **proche de la sortie**
- Patient **informé et consentant**
- **Rencontre des proches possible** avec consentement

PATIENT TRACEUR



# Les outils



- Mis à disposition par la HAS
  - Guide méthodologique
  - Grille « Patient traceur » équipe [Grille EQUIPE](#)
  - Grille audit « Patient traceur » HAS
- [Grille audit patient traceur HAS](#)
  - 18 fiches exemples de patient traceur (synthèse)
  - des annexes: documents modèles (information/consentement du patient; guide d'entretien ave le patient....)



## Prise en charge d'un bébé né en urgence et hospitalisé en néonatalogie

1

### Pourquoi ce patient ?

- 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 dans l'établissement

2

### Parcours du patient

- Consultation de chirurgie
- Bloc césarienne
- Néonatalogie
- Transfert dans un autre établissement en réanimation – néonatalogie
- **Retour en néonatalogie**

Mode de sortie : retour à domicile

3

### Personnes rencontrées

- Pédiatre néonatalogue responsable de l'admission et du suivi de l'enfant et coordonnateur du service
- Cadre de santé du service
- Infirmière qui a pris en charge le bébé
- Infirmière puéricultrice de PMI
- Les parents du bébé

#### Outils mobilisés

Référentiel choisi :

- Grille expérimentale PT HAS adaptée à la prise en charge
- Grille d'entretien avec les proches adaptée à la prise en charge

Supports utilisés :

- Dossier du patient (papier/informatisé)
- Protocoles du service

Parcours du patient

Lieu actuel d'hospitalisation du patient

4

### Synthèse

#### Points positifs

- Staffs hebdomadaires organisés favorisant la coordination des professionnels
- Mise en place d'une EPP sur les soins de développement (bienveillance)
- Parents informés et accompagnés qui participent à la prise en charge du bébé
- Observations médicales et paramédicales détaillées et actualisées tout au long du séjour
- Organisation optimale de la sortie avec l'ensemble des professionnels

#### Points à améliorer

- Formaliser certaines étapes du parcours (par ex. : accueil des parents)
- Améliorer l'identitovigilance

5

### Actions d'amélioration

- Sécuriser le processus d'identification des nouveau-nés (vérification de l'identité des parents/mise en place de bracelet y compris en urgence/scanner les documents officiels dans le dossier du patient)
- Formaliser : l'accueil des parents, l'identitovigilance, la planification des éléments de surveillance
- Traçabilité du dossier du patient en salle d'accouchement : formaliser la prise en charge pédiatrique à la naissance du bébé

## Prise en charge d'un patient de 55 ans en unité de dialyse médicalisée (UDM) après 12 ans d'une première greffe rénale

1

### Pourquoi ce patient ?

- Patient ayant le profil d'un patient en UDM
- Patient poly pathologique ayant un parcours de soins complexe mais patient bien « cadré », médicalement, stable, ne nécessitant pas une présence médicale permanente
- Patient avec dialyse en soirée permettant le maintien de son activité professionnelle

2

### Parcours du patient

- Atteinte rénale découverte en 1982
- Transfert dans l'établissement d'un patient dialysé depuis 1999, puis greffé depuis 12ans
- Depuis 3 ans, dégradation de l'évolution clinique
- Création d'une nouvelle FAV en 2013 car un retour en dialyse est envisagé à court terme
- Retour en dialyse en 2014, en centre de jour avant passage en UDM en soirée

Passage en UDM en soirée

3

### Personnes rencontrées

- Le patient
- Médecin
- Cadre de santé
- Infirmières
- Aides-soignantes
- Assistante sociale
- Psychologue
- Diététicienne
- Secrétaire médicale

#### Outils mobilisés

- Référentiel HAS pour rencontre de l'équipe
- Grille d'entretien patient HAS complétée d'éléments spécifiques à la prise en charge : jours et heures de dialyse, PEC psychologue, diététicienne, assistante sociale, consultation accueil, relais de prise en charge

Parcours du patient

Lieu actuel d'hospitalisation du patient

4

### Synthèse

#### Points positifs

- Entière confiance du patient en l'équipe médicale dont il loue la compétence, la disponibilité et l'écoute
- Les attentes et les priorités du patient sont prises en compte
- Patient volontaire et impliqué dans sa prise en charge, co décideur de sa prise en charge
- Dossier bien tenu, traçabilité et synthèses effectives

#### Points à améliorer

- Nécessité de renforcement du suivi au retour de greffe exprimé par le patient
- Information délivrée au patient nécessitant d'être renforcée, structurée et d'être harmonisée entre les professionnels
- Prise en charge de l'anxiété du patient et de ses proches

5

### Actions d'amélioration

- Mettre en place un suivi plus resserré pour les patients en retour de greffe, afin de suivre les multiples problèmes (HTA, immunosuppression, sevrage de la cortisone, prise en charge de l'anxiété)
- Réduire les sources d'inquiétudes et de questionnement en délivrant une information complète sur les traitements : pourquoi tel ou tel traitement ? modalités de prise ? Rapport bénéfice/risque ?
- Assurer la prise en charge de l'anxiété du patient et de son entourage

# Prise en charge d'une personne âgée de 82 ans pour une fracture du col du fémur, mode d'entrée par les urgences, transfert dans le département de chirurgie osseuse (DCO)

1

## Pourquoi ce patient ?

- Prise en charge fréquente
- Prise en charge multiservice
- Population à risque : personne âgée
- Patiente proche de la sortie
- Patiente communicante
- Entourage présent à l'entretien

2

## Parcours du patient

- Urgences
- Imagerie des urgences : radiologie
- Département de chirurgie osseuse (DCO)
- Bloc opératoire des urgences
- Imagerie des urgences
- Département de chirurgie osseuse

Mode de sortie : retour à domicile

Parcours du patient

3

## Personnes rencontrées

- Cadre de santé des urgences
- Médecin des urgences
- Cadre de santé en imagerie
- Cadre de santé du département de chirurgie osseuse DCO)
- IDE jour du DCO
- IDE nuit du DCO
- Aide-soignante du DCO
- Médecin référent de la patiente au DCO
- Médecin anesthésiste des urgences
- IBODE des urgences
- Cadre de santé de la salle de réveil des urgences
- Cadre de santé du bloc opératoire
- Assistante sociale
- Professionnel ayant participé directement à la PEC de la patiente

Lieu actuel d'hospitalisation du patient

4

## Synthèse

### Points positifs

- Traçabilité des prescriptions et des soins
- Rapidité de PEC aux urgences et en imagerie (intervention médecin urgentiste et chirurgien orthopédiste)
- Qualité de la PEC de la douleur, thérapeutique (évaluation, prescription, administration) et pendant les manipulations
- PEC sociale efficace (en lien avec l'isolement de la patiente)
- Visite préanesthésique systématique (la veille de l'intervention dans ce cas)
- Existence d'une fiche navette remplie par les chirurgiens de l'arrivée de la patiente aux urgences jusqu'au retour de bloc
- Récupération rapide de l'ordonnance du médecin traitant (traitement personnel)

### Points à améliorer

- Réalisation de la check-list au bloc opératoire à améliorer
- Délai d'attente à jeun de la patiente long pour une chirurgie semi-programmée
- Difficulté de programmation de la chirurgie semi-programmée dans le cadre de la traumatologie
- Concertation pour la prescription postopératoire entre les chirurgiens et médecins anesthésistes à organiser
- Dans certains cas le traitement personnel est recopié par les IDE et régularisé ultérieurement

5

## Actions d'amélioration

- Informatisation de la check-list au bloc opératoire (en cours), prévoir évaluation de son utilisation
- Prévoir modalités organisationnelles pour intégration des urgences ou semi urgences dans la planification programmée
- Utilisation d'un support unique de prescription post - opératoire
- Revoir les modalités de prise en charge du traitement personnel de la patiente

# Pour en savoir plus....

[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661702/fr/le-patient-traceur-en-etablissement-de-sante)

