

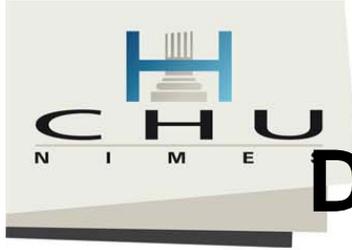


MÉTHODOLOGIE « PATIENT TRACEUR »

**8 décembre 2016 CNGOF, Corum,
Montpellier.**

CHARLES ARICH

charlesarich30@gmail.com



Déclaration de conflits d'intérêts

Médecin retraité (Réanimation Médicale et Cardiologie)

Ancien coordonnateur de la Gestion des Risques au CHU de Nîmes

Experts près les Tribunaux et la CCI

Expert-visiteur à l'HAS

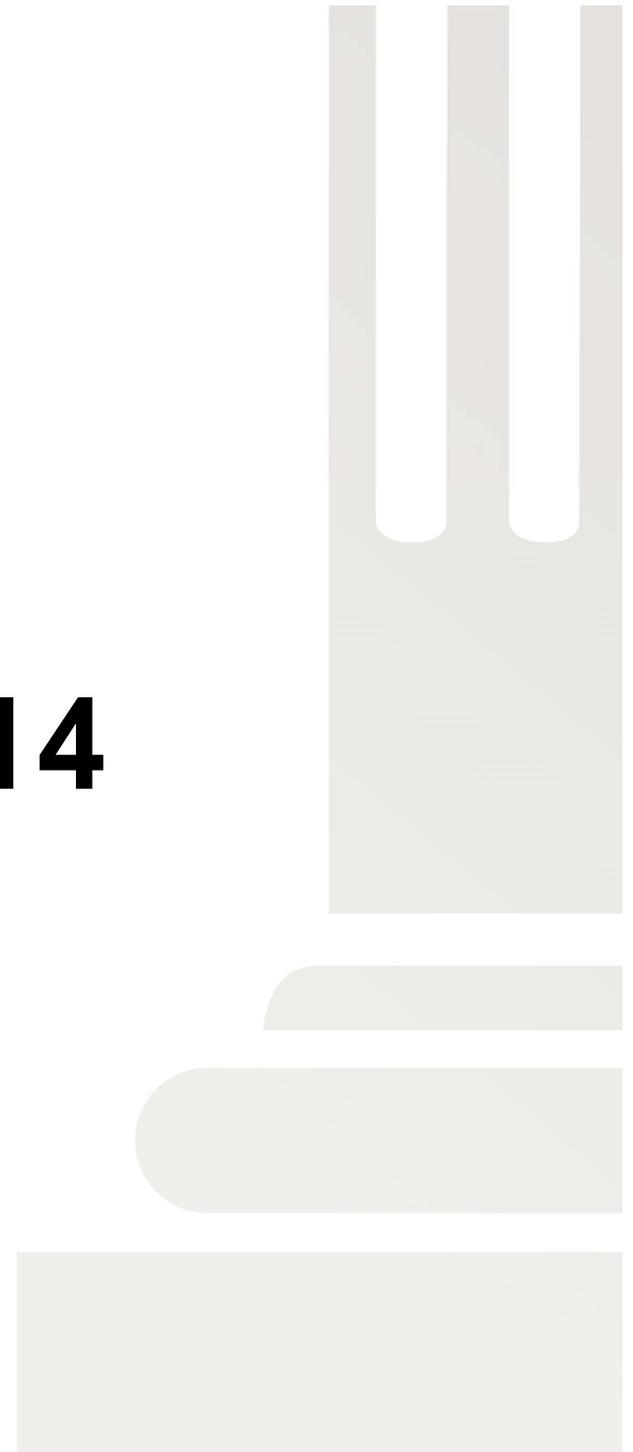
Formation

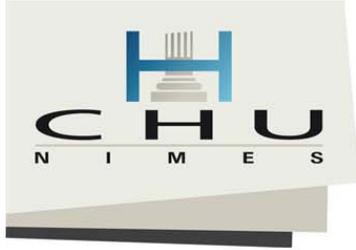


Les propos tenus dans cette présentation
n'engagent que l'orateur et en rien la Haute
Autorité de Santé



La V 2014





BILAN de la V 2010 (selon CA)

• *Points positifs:*

- *Plutôt plus simple*
- *Intérêt des PEP*
- *Qualité du manuel*

• *Points négatifs:*

- *Effet soufflet*
- *Médecins peu concernés sauf RMM et RCP*
- *Grands vs petits*
- *Début vs fin.*



Les enjeux de la V2014

- **Action sur les cultures hospitalières**
 - **Management par la qualité / Approche processus par thématique**
- **Démarche continue et synchrone avec les autres**
 - **Plus personnalisée à l'ES (compte qualité)**
 - **Inscrite dans le pilotage global de l'ES (charge de travail)**
 - **Evaluant la réalité de la prise en charge sur le terrain (audit processus, patient traceur) et la maturité du management de la qualité – gestion des risques**
- ***Nouvelles méthodes de visite, formation et entraînement renforcé des EV***
- ***Rapport plus court avec ce qui marche, est remarquable ou doit être amélioré***



PRINCIPES

- Autoévaluation non obligatoire sous le format actuel, mais
 - **Obligation de conduire une autoévaluation de leurs démarches qualité**
 - **Possibilité de continuer à utiliser l’outil d’autoévaluation - désormais appelé « outil de d’autodiagnostic qualité »**
 - **En fait, avec les Eléments d’investigation Obligatoires (EIO), l’auto évaluation redevient quasi obligatoire.**

Référence 8 : Le programme global et coordonné de management de la qualité et de la sécurité des soins					
Critère 8.a : Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins					
E1 Prévoir	Réponses aux EA	E2 Mettre en œuvre	Réponses aux EA	E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA
Un programme d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins est formalisé.	A déterminer	Des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de sécurité des soins sont mis en œuvre dans les secteurs d'activité.	A déterminer	Le suivi des plans d'actions des secteurs d'activité est assuré.	A déterminer
Constats :		Constats :		Constats :	
A sélectionner					
Ce programme prend en compte l'analyse de la conformité à la réglementation, les dysfonctionnements et les risques majeurs et récurrents.	A déterminer			L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est évaluée annuellement.	A déterminer
Constats :				Constats :	
Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte.	A déterminer			Le programme est réajusté en fonction des résultats des évaluations.	A déterminer
Constats :				Constats :	



PRINCIPES

- **Maintien du manuel de certification dans sa version V2010**
 - **Introduction modifiée**
 - **2 PEP supplémentaires**
 - **critère 18.a « Continuité et coordination de la prise en charge des patients » étendu à l'ensemble des prises en charge**
 - **critère 26.b « Organisation de secteurs d'activité à risque majeur » étendu aux salles de naissance et à la radiologie interventionnelle**





Les 5 briques de la V2014

Compte qualité

Audit de processus

Patient traceur

EIO

SARA



Le PATIENT TRACEUR





Préambule

- Analyse de manière rétrospective du parcours d'un patient
 - de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval,
 - en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes
- La méthode du patient-traceur a été développée et expérimentée en France, en s'appuyant sur l'expérience d'autres pays
- Méthode d'amélioration de la qualité des soins qui peut être utilisée en dehors de la certification.
- Reconnue comme méthode de développement professionnel continu (DPC),
 - méthode pédagogique à partir de situations réelles
 - favorise les échanges et la communication,
 - d'une part, entre les acteurs de la prise en charge
 - d'autre part, avec le patient acteur de celle-ci.

Pour moi, méthode pouvant permettre de voir ce que les EV verront.

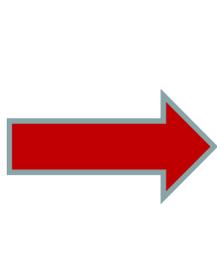


Méthode du « Patient traceur » : objectif

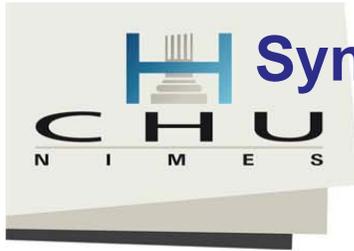
Selon l'HAS

« *L'objectif est d'évaluer au travers de l'expérience de soins d'un patient les modalités de sa prise en charge **et donc** les processus et les organisations qui s'y rattachent. Cette méthode place le regard des experts-visiteurs au cœur des parcours de soins, au contact des équipes au sein des unités de soins.*

*Elle complète les **audits de processus** ou conduit à en réaliser à partir des constats effectués. »*



**Elle n'est pas une évaluation de la pertinence
de la stratégie
diagnostique et thérapeutique
du patient**



Synthèse de la méthode du patient traceur en 10 points

Point 1

Une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques, proche du métier des professionnels de soins qui permet d'analyser la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire.

Point 2

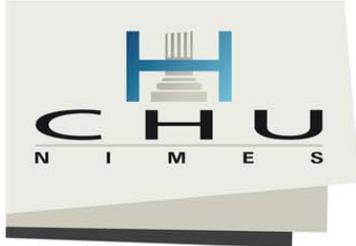
Le dossier du patient sert de fil conducteur.

Point 3

Une méthode qui en compte l'expérience du patient et de ses proches

Point 4

La mise en œuvre de la méthode nécessite une organisation au niveau de l'établissement et des secteurs d'activité



Synthèse de la méthode du patient traceur en 10 points

Point 5

Une méthode qui requiert un temps dédié et la disponibilité des acteurs en charge du patient

Point 6

L'analyse de la prise en charge est réalisée à partir de grille d'entretien équipe et patient permettant de comparer la pratique réelle aux pratiques de référence

Point 7

Une méthode qui nécessite un animateur, formé à la méthode, « leader reconnu par ses pairs » ayant des compétences en animation de groupe.

Il doit favoriser un climat de confiance de façon à créer un dialogue le plus constructif possible.

« Un exercice » qui est transparent et non-culpabilisant dans une approche constructive multi professionnelle dépourvue de jugement et sans recherche de responsabilité.

La démarche doit rester une démarche pédagogique.



Synthèse de la méthode du patient traceur en 10 points

Point 8

Le choix du patient dont on souhaite analyser la prise en charge. L'information de ce patient sur la méthode et la recherche de son consentement pour pouvoir le rencontrer.

Point 9

Une méthode qui garantit l'anonymat des données traitées et le secret professionnel.

Point 10

Une méthode reconnue comme méthode de Développement Professionnel Continu (DPC).

Elle permet de travailler en équipe pluridisciplinaire et pluri professionnelle.



Exemples de patients-traceurs

Adulte en Cancérologie :
chimiothérapie

Enfant en réanimation
pédiatrique

Adulte en chirurgie
ambulatoire

Adulte en unité neurovasculaire AVC

Adulte aux Urgences

Urgences pédiatriques

Adulte aux urgences gynéco-
obstétrique

Urgences adulte cardiologie,

Adulte, cancérologie en HAD

Adulte pneumologie

Adulte, chirurgie : cancer du
sein

Adulte Ophtalmologie en plus de 24
heures

Adulte, chirurgie ORL

Patient âgé : traumatologie / orthopédie

Hématologie ; greffe de moelle

Accouchement complexe
(césarienne)

Accouchement sans
complication

Adulte, chirurgie digestive

Adulte, Prostatectomie transurétrale

Adulte Néphrologie : dialyse en centre
lourd

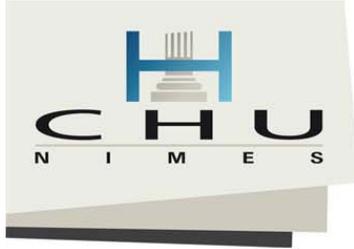
Patient âgé, médecine : polypathologie
court séjour

PLAN d'analyse	Réponses
Admission programmée	
Admission non programmée par les urgences	
Admission non programmée par une filière spécifique	
Accueil dans le service	
Identification	
Douleur	
Evaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et projet de soins personnalisé	
Examens de laboratoire	
Passage au bloc opératoire	
Demande d'examen et transmission des résultats d'imagerie	
Demande d'examen et transmission des résultats d'endoscopie	
Demande d'examen et transmission des résultats d'exploration fonctionnelle	
Radiothérapie	
Prise en charge médicamenteuse	
Prise en charge transfusionnelle	
Education thérapeutique	

PLAN d'analyse	Réponses
Sortie	
Continuité et coordination de la prise en charge	
Gestion des données du patient	
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance	
Respect de la dignité et de l'intimité du patient.	
Respect de la confidentialité des informations	
Prise en compte de l'entourage	
En cas de restriction de liberté	
Si hospitalisation sans consentement	
Information du patient sur son état de santé et les soins	
Consentement et participation du patient	
Personne de confiance	
Si le patient a fait l'objet d'un évènement indésirable ou dommage lié aux soins	
Si le patient a fait l'objet d'une urgence vitale	
Si le patient a fait ou fait l'objet d'un isolement	
Si le patient est en fin de vie	

**Passage au
bloc opératoire**

- ✓ **Information du patient**
- ✓ **Consentement du patient**
- ✓ **Préparation du patient dans le service**
- ✓ **Coordination avec l'amont /aval**
- ✓ **Organisation de sa prise en charge**
- ✓ **ATB prophylaxie (réalisation et timing selon prescription)**
- ✓ **Check List**
- ✓ **Risques spécifiques à ce patient identifiés et connus**
- ✓ **Traçabilité des dispositifs médicaux implantés.**
- ✓ **Information du patient sur le matériel implanté**



Passage au bloc opératoire

- ❑ **Visite préopératoire d'anesthésie est renseignée (OPESIM).**
- ❑ Information du patient
- ❑ Consentement du patient
- ❑ Préparation du patient dans le service
- ❑ Coordination avec l'amont /aval
- ❑ Organisation de sa prise en charge
- ❑ **ATB prophylaxie (OPESIM réalisation et timing selon prescription)**
- ❑ **Check-list conforme (OPERA → Dossier patient)**
- ❑ Risques spécifiques à ce patient identifiés et connus
- ❑ Traçabilité des dispositifs médicaux implantés.
- ❑ Information du patient sur le matériel implanté
- ❑ **Prise en charge douleur en SSPI tracée (OPESIM → Réveil)**
- ❑ **Score de sortie de SSPI tracée (OPESIM → Réveil)**
- ❑ **Validation médicale de sortie de SSPI (OPESIM)**



CHECK-LIST PATIENT TRACEUR / RISQUE INFECTIEUX

1 - Antécédent hospitalisation à l'étranger et/ou rapatriement sanitaire demandé

- Oui Non

2- Température notée aux urgences

- Oui Non sans objet

3- Si mise en place des précautions complémentaires d'Hygiène

- Prescription médicale tracée Oui Non
- Levée prescription médicale tracée : Oui Non

4- Si chirurgie

- Fiche de liaison présente : Oui Non
- Fiche de liaison renseignée : Oui Non
- Risque Creutzfeldt Jakob tracé Oui Non
- Antibioprophylaxie tracée Oui Non

5 – Si endoscopie :

- Risque Creutzfeldt Jakob tracé Oui Non
- Traçabilité du traitement de l'endoscope Oui Non

6 – Antibiothérapie réévaluée au 3^{ème} jour

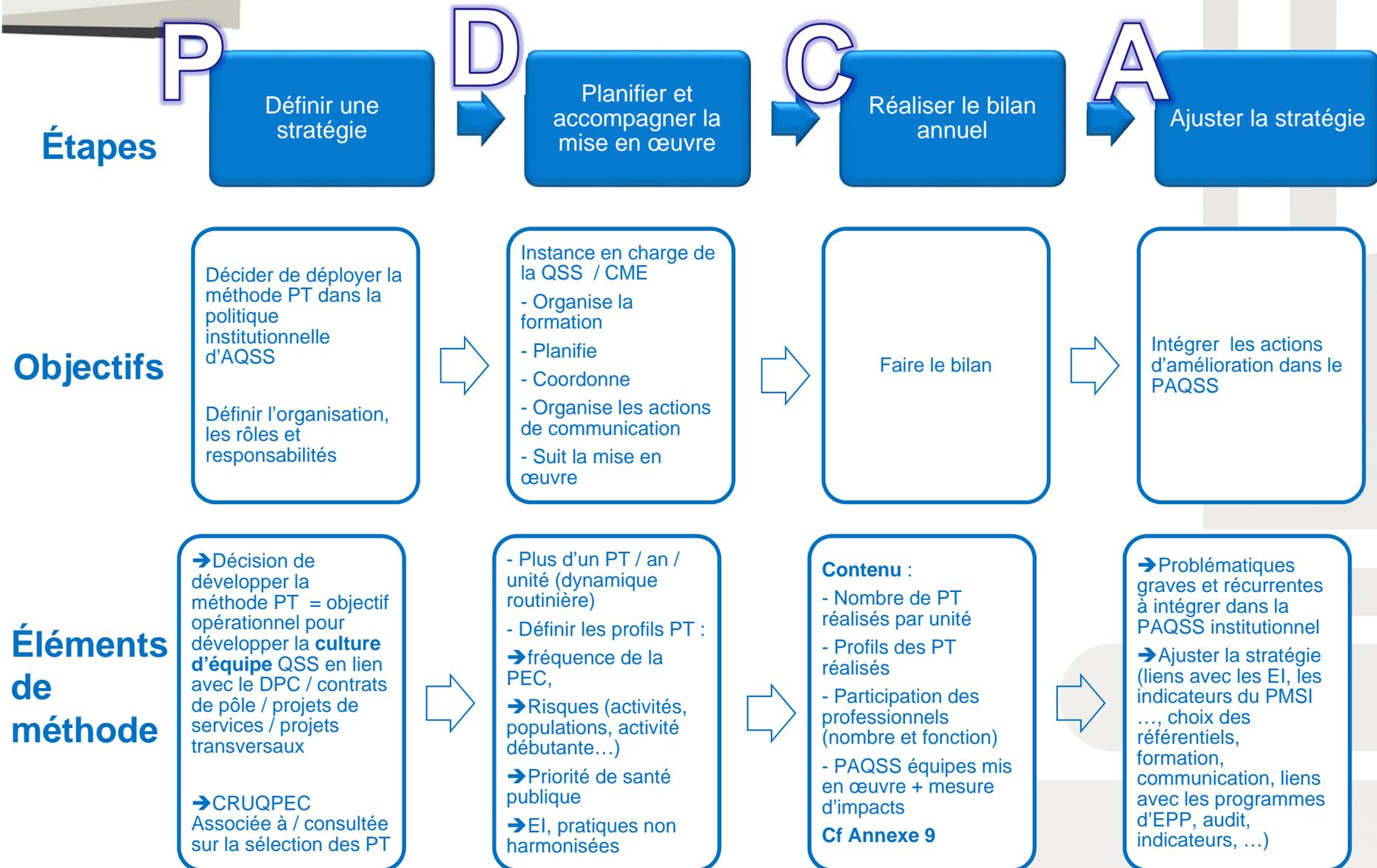
- Oui Non sans objet

7- Si infection / colonisation

- information du patient Oui Non
- Traçabilité Oui Non



Organisation à l'échelle de l'établissement



Mise en œuvre dans l'unité de soins

ÉTAPES POUR LA MISE EN ŒUVRE DES PATIENTS - TRACEURS

POLITIQUE ET ORGANISATION

Mobiliser les acteurs et planifier

- Identifier l'animateur.
- Obtenir l'adhésion et la participation de l'équipe.
- Prévoir un temps dédié régulier.

METTRE EN ŒUVRE

Mettre en œuvre la méthode

- Étape 1 : Préparation
- Choisir le patient.
 - Choisir les référentiels.
- Étape 2 : Rencontre du patient et / ou de ses proches
- Informer le patient et recueillir son consentement.
 - Rencontrer le patient.
 - Rencontrer les proches.
- Étape 3 : Analyse du dossier en équipe
- Étape 4 : Synthèse
- Étape 5 : Définition des actions d'amélioration et du plan d'actions
- Étape 6 : Mise en œuvre et suivi du plan d'actions
- Étape 7 : Traçabilité et archivage

MESURER

Réaliser un bilan, valoriser et communiquer

- Réaliser le bilan annuel.
- Communiquer sur le projet - Valoriser.

AGIR ET AMÉLIORER

Ajuster l'organisation de la mise en œuvre

- Ajuster l'organisation de la mise en œuvre des patients - traceurs.



Synthèse entretien avec le patient

Liste domaines / thématiques	Points à améliorer	Point fort	Commentaires	E : équipe H : hôpital
Admission/accueil BE / urgences	La patiente a noté qu'elle avait été très secouée lors de son trajet en hélicoptère par le SAMU			
Admission / accueil en service	Dit ne pas avoir reçu le livret d'accueil			
Information du patient Consentement		A été informé par: Le Pédiatre L'Anesthésiste Le Gynécologue		
Identité	La patiente ne se rappelle pas si son identité a été vérifiée par le médecin du SAMU Lors de notre visite, elle était hospitalisée depuis 6 semaines et ne portait plus le bracelet.			
PEC médicament	A gardé ses médicaments personnels (neomercazole) mais on lui a clairement signifié qu'elle ne devait pas le prendre. Le service lui avait remis des ovules (orogyn) avec le mode d'emploi.			
PEC douleur		N'a pas eu mal, dit avoir été questionnée sur sa douleur tous les jours.		
ETP		Non diabétique		
PEC nutritionnelle		Estimations du patient recueillies		
Risque suicidaire	Fenêtre ouvrable			
Environnement	Chambre à 1 lit			
Sécurité biens et personnes				



Synthèse entretien équipe

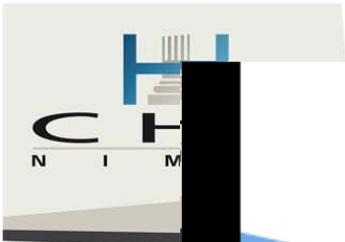
Liste domaines / thématiques	Points à améliorer	Point fort	Commentaires	Responsabilité E : équipe H : hôpital
Admission non programmée par une filière spécifique	Coordination sur le mode de transport (voir régulation SAMU).		Transfert par hélicoptère agité (secousses ++) selon la patiente	
Accueil dans le service	La patiente n'a pas reçu de livret d'accueil.		Livret d'accueil en cours d'actualisation.	E
Identification	Identification du nom de naissance même si identique au nom d'usage (faire double saisie).		Nom de naissance pas renseignée pour la patiente car c'est son nom d'usage.	H
Evaluation initiale et continue et projet de soins	Pas d'évaluation du risque suicidaire	Bonne gestion du projet de soin. Bonne traçabilité du projet de soin.	Revue bi-mensuelle du projet de soin lors du staff gynéco-obstétrique	
Demande et résultats d'examen d'imagerie		Bonne gestion des résultats d'imagerie et des examens.	Les examens sont versés dans le dossier de la patiente.	
Prise en charge médicamenteuse	Amélioration de la traçabilité des prises de médicament à la demande.			E
Gestion des données du patient		Bonne gestion du dossier patient (complémentarité des outils informatiques).		
Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance				
Personne de confiance Personne à prévenir	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NON	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> OUI	Réflexion sur la modification du système de nomination de la personne de confiance.	



Synthèse

Liste domaines / thématiques	Ecart, Points à améliorer	Commentaires	Responsabilité E : équipe H : hôpital
Dossier patient	<p>Pas d'observation, ni Traitement habituel Sortie le 01/09 ; au 02/09 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de CR opératoire à J2 • Pas de CR hospitalisation à J1 • Pas de prescription de sortie (Pharma) 	CR consultations présents et détaillés remplaçant avantageusement l'observation	E
Prise en charge médicamenteuse	<p>Traitement personnel dans la table de nuit, et pris par la patiente selon ses dires.</p> <ul style="list-style-type: none"> • en doublon avec le traitement hospitalier (statine) , • non indiqué après l'intervention (Vesicare) o • dont l'interaction médicamenteuse avec les morphiniques est dangereuse : clonazépam (Rivotril ™) et d'indication d'ailleurs douteuse 		E
Imagerie médicale	Accessibilité à l'imagerie ICG difficile pour les cas de cancer hospitalisés. Parcours patient complexe et difficile.	Patiente non concernée car ne souffrant pas de cancer, mais problème sérieux pour le service.	H
bloc opératoire	<p>check List réalisée partiellement, 5 items sur 11 renseignés (uniquement sur l'étape 1) . Mise en œuvre de la check List non conforme</p>		H

Liste domaines / thématiques	Ecart ou point d'amélioration constaté lors du patient traceur n°1	Objectifs à atteindre	Mesures d'amélioration décidées	Responsable de l'action d'amélioration à mettre en place	Délai	Suivi de l'action : modalités, mesure de l'impact, indicateur(s)
Dossier patient	Pas de CR opératoire à J2	CRO présent à la sortie	Remise du CRO à la sortie possible uniquement pour UCA	Chirurgien (s)		
Dossier patient	Pas de CR hospitalisation à J1	CR Hospit remis au patient à sa sortie	Validation CRH à J0 possible uniquement pour UCA	Médecin référent patient		
Dossier patient	Pas de prescription de sortie (Pharma)	Prescription de sortie Pharma	Rappel de ce point aux internes	Médecin référent patient ou interne		
Prise en charge médicamenteuse	Traitement personnel non retiré	Traitement personnel retiré	Rappel de cette règle à l'équipe IDE	Equipe IDE		
Imagerie médicale	Accessibilité à l'imagerie ICG difficile pour cancéreux hospitalisés en gynéco	Continuité de prise en charge des hospitalisés		Délégation parcours patient		
Bloc opératoire	Check list bloc opératoire non conforme	Réalisation correcte check list	Réalisation correcte check list	Bloc Opératoire		



HAS

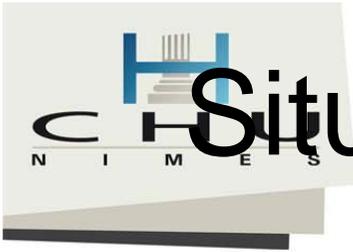
HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance

Guide méthodologique

Mars 2014



Situation à discuter à partir du dossier

Horodatage.

Le déclenchement du travail (46), la décision d'extraction fœtale en urgence, instrumentale (47) ou par césarienne (48) sont horodatés et l'indication tracée. Les retards éventuels aux soins sont documentés et analysés. La prévention du risque infectieux (17, 18) et de thrombose veineuse (49) est assurée. Le compte-rendu de césarienne est conforme à la directive qualité CNGOF.

Une procédure précise les situations (situation hémodynamique instable, hypertension grave, etc.) requérant une surveillance en SSPI par du personnel formé, dédié et identifié. Le retour au secteur d'hospitalisation répond aux critères établis.

En cas d'embolie amniotique, le bloc dispose du « kit embolie amniotique » pour réaliser les prélèvements en vue du diagnostic (5) .

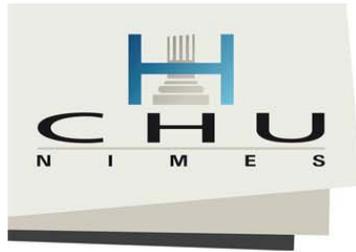


Le protocole d'identification du nouveau-né est défini, mis en œuvre et évalué en lien avec la cellule d'identitovigilance : pose du bracelet d'identification au bras, identité provisoire avant la déclaration à l'état civil, etc.

Les modalités de prise en charge spécifique sont formalisées et appliquées, par exemple :

- la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'hypothermie ;
- la prise en charge du nouveau-né de mère diabétique ;
- la suspicion d'infection materno-foetale bactérienne à streptocoque B ou autre (53) ;
- la prise en charge du nouveau-né de mère positive au virus de l'immunodéficience humaine ;
- la prise en charge du nouveau-né de mère présentant une addiction (54) ;
- la prise en charge du nouveau-né de mère prenant un traitement médicamenteux.





Une organisation explicite de la réanimation du nouveau-né, formalisée et évaluée est en place pour assurer une prise en charge optimale qui exige :

- la liste des situations à risques anténataux pour anticiper les besoins de réanimation ;
- l'appel anticipé du pédiatre, en cas de facteur de risque identifié ;
- la planification de la présence dans les délais compatibles avec l'urgence du pédiatre ou d'un autre professionnel formé à la réanimation du nouveau-né en salle de naissance (sage-femme, IDE, etc.) ;
- la répartition des rôles respectifs des intervenants (sage-femme dans l'attente du pédiatre, anesthésiste en renfort, etc.) selon un protocole formalisé ;
- une bonne communication au sein de l'équipe ;
- la disponibilité en permanence des produits de santé nécessaires (médicaments et DM en état de fonctionnement), dont la maintenance est assurée à périodicité définie par un professionnel identifié.



Conclusions

Méthode qui obtient facilement
l'adhésion des équipes

Méthode permettant d'aller sur le
terrain





Merci de votre attention