

JOURNÉE RÉGIONALE CAPPSS LA MÉTHODE DU PATIENT TRACEUR

Réseausantéqualité Nord – Pas-de-Calais – Picardie

Pauline Bailleul, Responsable Département Management de la Qualité
et de la Gestion des Risques

12 juin 2015

LE « PATIENT TRACEUR » ... KÉSAKO ?

- **Analyse** de façon **rétrospective** la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours, depuis son entrée dans l'établissement de santé jusqu'au moment de l'évaluation par patient traceur
- **Consiste, à partir d'un séjour d'un patient hospitalisé, à évaluer les processus de soins, les organisations et les systèmes qui s'y rattachent.** Elle permet d'**observer les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire** tout au long de la prise en charge et d'impliquer l'ensemble des acteurs qui contribue à sa prise en charge.
- **Prend en compte l'expérience du patient**

DÉROULEMENT DE LA MÉTHODE (EN INTERNE)

- 2 phases :
 - **Etude avec les professionnels sur la base du dossier patient**, pour comprendre le déroulement de son parcours et analyser les points critiques
 - **Un entretien avec le patient** (20 à 30 minutes)
- Reconnue comme méthode de Développement professionnel Continu (DPC) → Méthode pédagogique qui permet aux équipes d'apprendre à partir de situations réelles et qui favorise les échanges et la communication

SPÉCIFICITÉS DE LA MÉTHODE

- **Méthode orientée « Parcours »** → s'intéresse à la prise en charge globale d'un patient, aux interfaces entre services/secteurs, et à la collaboration entre professionnels
- Méthode permettant de **réaliser dans un temps limité un diagnostic global** de la qualité et de la sécurité de la prise en charge en identifiant des points positifs et des points à améliorer

L'ÉVALUATION INTER ÉTABLISSEMENTS « PATIENT TRACEUR » 2014

Réseausantéqualité Nord – Pas-de-Calais – Picardie

Pauline Bailleul, Responsable Département Management de la Qualité
et de la Gestion des Risques

LE RÉSEAU SANTÉ QUALITÉ (RSQ)

- Groupement d'intérêt public (GIP) crée en 1999
- Présent sur le Nord Pas-de-Calais et la Picardie
- Etablissements et structures de santé publics, privés et ESPIC des secteurs sanitaire et médico-social → 85 adhérents
- Organisme agréé EPP, Formation et DPC
- Structure régionale d'appui et d'évaluation (SRA/E)
- Membre de la FORAP (Fédération des SRA/E)



PRESTATIONS

- **PRESTATIONS DOCUMENTAIRES** : Lettre d'information, lettre d'actualité, accès aux ressources documentaires
- **SOS QUALITÉ**
- **RENCONTRES THÉMATIQUES** (3 à 4/an, sur ½ journée)
- **GROUPES DE TRAVAIL THÉMATIQUES RÉGIONAUX** (rédaction de guides, élaboration d'outils, audit croisé , etc.)
- **ORGANISME DE FORMATION, DPC** (Développement professionnel continu)
- **ACCOMPAGNEMENTS**



LES AUDITS CROISÉS

- Repositent sur :
 - Une mutualisation des ressources,
 - Un échange d’auditeurs entre établissements,
 - Un partage de savoir-faire et d’expériences rendus possibles par la dimension « réseau » du dispositif
- Audits croisés sur la prise en charge médicamenteuse réalisés tous les 2 ans (depuis 2010), en partenariat avec l’OMéDIT → En 2014, 74 établissements participants

GENÈSE DE L'ÉVALUATION CROISÉE « PATIENT TRACEUR »

- Expérience réussie d'audits croisés
- Apparition de la V2014 ; Parution du guide expérimental « Patient Traceur »
- Existence d'un groupe des CGDRAS (coordonnateurs de la gestion des risques associés aux soins) depuis juin 2013
→ Intérêt majeur de les intégrer dans la démarche de Certification V2014 et Patient Traceur, pour ancrer leur positionnement dans leur établissement respectif

EN AMONT – TRAVAUX DU GROUPE

- **Avril/Mai/Juin 2014 Réunions d'élaboration et de validation des grilles « PT »** : Prise en charge en SSR (AVC si possible) ; PeC en endoscopie
- **Été 2014 Test** des grilles dans 2 établissements volontaires (évaluateurs RSQ)
- **Sept. 2014 Ajustement** des grilles et des outils d'aide

ORGANISATION DE L'ÉVALUATION CROISÉE (1/2)

- **Eté 2014 Appel à participation :**
 - Engagement signé de la Direction et des équipes ;
Information CME et Direction des soins
 - Ciblage : établissements ayant leur visite de
Certification courant 2015 / début 2016
 - Mise à disposition d'une équipe d'évaluateurs
(idéalement trinôme Médecin/Paramédical/Qualité, dont
le CGDRAS, pour la complémentarité)

ORGANISATION DE L'ÉVALUATION CROISÉE (2/2)

- **Octobre 2014** Organisation des sessions de **formation des évaluateurs**
- **Répartition (non réciproque) des équipes** d'évaluateurs entre établissements volontaires :
 - Envoi des ordres de missions et du « Kit PT »
 - Réception de l'accord réciproque des équipes
- **Déc. 2014/ Janv. 2015** Réalisation des évaluations croisées et envoi des rapports
- **Mars 2015** Retour de débriefing en réunion

LES OUTILS (1/2)

- En amont :
 - **Formulaire d'engagement** de l'établissement (à accueillir des évaluateurs + à mettre à disposition une équipe et à prendre en charge leurs frais)
 - **Charte de l'évaluateur, Engagement de confidentialité, déclaration de conflit d'intérêt**
 - **Check-list** de l'établissement évalué
 - **Fiche signalétique** de description (succincte) de l'établissement
 - **Ordre de mission** (quelle équipe va où ?)
 - **Guide de la formation**

LES OUTILS (2/2)

- Pour l'évaluation :
 - **Notices d'information** de l'équipe + du patient
 - Formulaire de recueil du **consentement du patient**
 - **Plan d'évaluation**
 - **Protocole**
 - **Grille d'évaluation (Excel®)**
 - **Grille d'entretien avec le patient**
 - **Guide de correspondance** entre les items de l'évaluation et le manuel de Certification
 - **Fiche synthèse des résultats**

Etablissement de santé (ETS) évalué :
Date de l'évaluation :

Evaluateurs :

<u>Horaires</u>	<u>Étapes d'évaluation</u>	<u>Personne/fonction à rencontrer</u>
11h00	<p>Réunion d'ouverture</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présentation des participants - Rappel des modalités de l'évaluation 	<p>Direction générale, directeur chargé de la qualité Président de la CME ou représentant de la CME Représentant de la Direction des soins Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins Médecin(s) du service / IDE du service Cadre de santé du service et du plateau technique</p>
11h15 - 11h30	<p>Sélection du dossier patient</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présentation du patient 	<p>En collaboration avec l'équipe soignante, si possible 1 dossier sélectionné en amont (où l'accord du patient a été obtenu) – Patient proche de la sortie</p>
11h30 – 12h30	<p>Analyse du dossier patient</p>	<p>Trinôme d'évaluateurs Cadre du service</p>
12h30 – 13h30	PAUSE DEJEUNER	
13h30 – 14h00	<p>Entretien avec le patient et/ou ses proches</p>	<p>Patient et proche si besoin Trinôme d'évaluateurs</p>
14h – 14h15	<p>Débriefing entre évaluateurs</p>	<p>Trinôme d'évaluateurs</p>
14h15 – 15h45	<p>Analyse du dossier patient avec les équipes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entretien avec les équipes 	<p>Médecin référent du patient Cadre de santé du service Equipe référente du patient</p>
15H45 – 16h15	<p>Débriefing / Retour entre évaluateurs</p>	<p>Trinôme d'évaluateurs</p>
16H30	<p>Réunion de clôture</p> <p>Remerciement des participants</p>	<p>Représentant de la Direction générale, directeur chargé de la qualité Représentant de la Direction des soins Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins Médecin(s) du service/ IDE du service Cadre de santé du service et du plateau technique</p>

Plan établi le :

Par :

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
Admission et accueil du patient et de son entourage																		
1	Dossier patient	Admission	Le dossier permet de retrouver les modalités d'entrée : provenance du patient (domicile, institution, transfert d'un autre établissement), date, heure d'entrée, mode d'admission (programmé, non programmé).	Etiquette patient ou équivalent sur tous les supports du DP Présence d'un courrier de transfert (IPADSS) RCP dans les 48 premières heures	X									Bureau d'admission Dossier Patient Dossier administratif : Courrier de transfert de MCO en SSR				
2			Son accueil a été réalisé par une personne désignée.						Comment s'est passée votre admission? Qui vous a accueilli? 1					Bureau d'admission				
3	Identification du patient à toutes les étapes de sa PEC		Une vérification de l'identité du patient a été réalisée (pièce d'identité).	Pièce d'identité demandée systématiquement <i>/ Patient avec difficulté de communication</i>					Lors de votre admission, quelles pièces administratives avez-vous du fournir? Comment vous a-t-on demandé votre identité? 2				Comment vous assurez vous de l'identité du patient?	Bureau d'admission				
4	Droit des patients		La confidentialité de l'entretien avec le patient à l'admission a été respectée.						Où avez-vous été reçu pour les formalités d'admission? 3				<i>Observation (organisation, partage des pratiques pour veiller au respect de la confidentialité)</i> Quels moyens mettez vous en œuvre pour respecter la confidentialité des informations relatives au patient?	Bureau d'admission Professionnels de santé (brancardier, infirmier...)				
5	Parcours patient		La préadmission de ce patient a été organisée. Sa prise en charge est pré-organisée [planification des examens et des consultations]NC										<i>Observations</i> Comment planifier vous les examens et consultations du patient suite à sa préadmission ?	Bureau d'admission Professionnels de santé (infirmier, médecin...) Fiche "Trajectoire" Planning des examens, consultations, interventions Dossier Patient				
				Modalités chambre				relatives à votre PEC? (Norm du médecin, organisation médicale,...)					Personnel du service /					

LA FICHE SYNTHÈSE

- Rencontre (Date, lieu, champ audité,...)
- Objectifs
- Participants
- Parcours du patient
- Synthèse
- Remerciements
- Plan d'action

Liste Domaines/Thématiques	Points positifs de la prise en charge	Points à améliorer	Commentaires / Actions en cours
Admission	URGENCES - Prise en charge rapide		- Professionnels bienveillants, tout au long de la prise en charge
	SERVICE - Modalités d'entrée - Confidentialité - Conditions d'accès de l'entourage - Informations données au patient	SERVICE - Conditions d'accueil (lieu et durée d'attente) - Identitovigilance : Vérification de l'identité - Remise du livret d'accueil	
Evaluation initiale médicale	- Traçabilité dans le dossier (coordonnées médecin, documents médicaux, ordonnances, bilans, ...) - Prescriptions médicamenteuses conformes	- Réévaluation des restrictions de liberté	- Dossier patient informatisé
Evaluation initiale paramédicale	- Traçabilité dans le dossier (connaissance du patient, identité de la personne de confiance, constantes, évaluation de la douleur ...)		
Suivi médical sous traitement	- Traçabilité - Informations médicales relatives à l'évolution de la prise en charge	- Information du patient sur son traitement personnel	- Le traitement personnel du patient reste en chambre, il existe donc un risque - Présence du protocole « Gestion du traitement personnel du patient »
Administration du traitement	- Support - Information donnée au patient	- Médicaments à risques non connus des professionnels	- Travail de la pharmacie en cours
Bloc opératoire / Plateau technique	- Consentement/Explication de l'examen - Attente - Intimité/Dignité respectée - Absence d'attente post et pré acte	- Accessibilité des informations pour le suivi postopératoire - Défaut de vérification de l'identité du patient (brancardier, arrivée au bloc)	- La cellule d'identitovigilance de l'établissement est en cours de réflexion sur les modalités de vérification de l'identité au bloc opératoire
Sortie		- Absence de Planification - Absence de Projet de sortie	

BILAN DE L'ÉVALUATION CROISÉE RÉGIONALE

- Evaluation inter établissements réalisée en 2014 :
 - ✓ Prise en charge en SSR
 - ✓ Prise en charge en endoscopie
- 25 établissements participants :
 - ✓ 15 établissements pour la prise en charge en SSR
 - ✓ 10 établissements pour la prise en charge en Endoscopie

→ Soit 75 évaluateurs (médecins, paramédicaux et référents qualité risque)

L'ÉVALUATION CROISÉE POUR LES ÉVALUÉS

- Mobilisation des acteurs :
 - De la Direction
 - Des équipes de soins « au complet » devant être évaluées
- Grilles et outils créés, adaptés et testés par les établissements du groupe de travail RSQ
- Appropriation de la méthode par les professionnels
- Résultats

PRÉPARATION DE L'ÉVALUATION POUR LES ÉVALUATEURS

- Implication des équipes pluri professionnelles, mobilisation des évaluateurs (médecins!)
- Prise de connaissance d'un autre l'établissement , d'autres modes d'organisation, de pratiques, etc., échanges de pratiques → mise en place de « réseaux »
- Formation à la méthode et mise en pratique, avec un accompagnement extérieur

L'ÉVALUATION PATIENT TRACEUR POUR LE RÉSEAU

- Faisabilité du plan d'évaluation
- Adaptabilité de la grille d'évaluation au terrain
- Facilité d'utilisation de la grille d'évaluation
- Nombre d'évaluateurs
- Satisfaction générale
- Renouvellement prévu début 2016

MERCI DE VOTRE ATTENTION !