



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Le patient-traceur en établissement de santé

Méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Guide méthodologique

Date de validation par le collège : 26 novembre 2014

Ce document est téléchargeable sur

www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service documentation – Information des publics

2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Sommaire

Préambule	4
Méthode du patient traceur en dix points	5
1. Quel est l'apport de cette méthode pour la qualité des soins ?.....	6
2. Comment inscrire la méthode du patient-traceur dans la démarche de son établissement et comment l'organiser ?	7
2.1 Établir la stratégie (<i>Plan</i>).....	8
2.2 Planifier et accompagner la mise en œuvre des patients-traceurs dans l'établissement (<i>Do</i>).....	9
2.3 Réaliser un bilan au niveau de l'établissement (<i>Check</i>) et communiquer	10
2.4 Ajuster la stratégie au niveau de l'établissement (<i>Act</i>).....	10
3. Comment réaliser des évaluations selon la méthode du patient-traceur ?.....	11
3.1 Mobiliser les acteurs et planifier.....	13
3.2 Mettre en œuvre la méthode.....	14
3.3 Réaliser un bilan, communiquer et valoriser	20
3.4 Ajuster l'organisation de la mise en œuvre des patients-traceurs.....	21
Stratégie de recherche documentaire	22
Références bibliographiques.....	23
Outils mis à la disposition des établissements de santé	25
Annexe 1. Notice d'information pour le patient.....	26
Annexe 2. Guide d'entretien avec le patient : recommandations et grille d'entretien	27
Annexe 3. Guide pour la rencontre avec l'équipe : recommandations et grille	36
Annexe 4. Fiche de synthèse patient-traceur	47
Annexe 5. Quatre exemples de patients-traceurs	49

Préambule

La méthode du patient-traceur permet d'analyser de manière rétrospective le 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 qui concourent à sa prise en charge.

La méthode du patient-traceur a été développée et expérimentée en France dans le cadre de l'évolution des méthodes de visites de certification des établissements de santé, en s'appuyant sur l'expérience d'autres pays telle que celle de la *Joint Commission* aux États-Unis (*Joint Commission* 2008).

Cette méthode est également une méthode d'amélioration de la qualité des soins (*Joint Commission*, 2008 et 2011), utilisable par les établissements de santé, reconnue comme méthode de développement professionnel continu (DPC) (HAS, 2012), complémentaire des autres méthodes telles que la RMM, l'audit clinique, le chemin clinique qui font l'objet de guides HAS spécifiques. Elle permet de révéler d'éventuels dysfonctionnements qui contribuent à élaborer un diagnostic fondé sur des approches croisées (audit de processus, autres méthodes EPP), mais elle n'est pas une méthode statistique.

La méthode du patient-traceur a une double originalité :

- elle prend en compte l'expérience du patient ;
- elle permet de réunir les professionnels de l'équipe autour de la prise en charge du patient tout au long de son parcours, et favorise ainsi les échanges et la communication entre les acteurs de la prise en charge et avec le patient acteur de celle-ci. Son approche pédagogique, sans jugement ni recherche de responsabilités, permet l'adhésion des professionnels et donc un déploiement pérenne de la méthode.

Sa mise en œuvre en établissement de santé s'inscrit dans la politique et le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement.

Le guide a pour objectif d'apporter des principes et repères méthodologiques pour la mise en œuvre de cette méthode dans les établissements, et propose en annexe des guides d'entretien avec les équipes, le patient et ses proches. Ces guides sont élaborés en référence au manuel de certification (version V2010) (HAS, 2014).

Ce guide s'adresse :

- aux équipes de soins des établissements de santé ;
- à la direction, au président de CME, aux Comités et instances en charge de la qualité des soins et de la gestion des risques, à la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), aux responsables des pôles pour l'intégration de la méthode dans la stratégie de l'établissement et pour l'accompagnement méthodologique ;
- aux structures ayant vocation à accompagner ou à former les établissements (Structures Régionales d'Évaluation (SRE), organismes de formation ou de conseil, etc.) ;
- aux organismes de DPC (ODPC) qui souhaitent proposer un programme de DPC utilisant cette méthode.

Les annexes proposées dans ce guide ont pour objet d'aider les établissements. Elles sont adaptables par l'établissement et les équipes.

Méthode du patient traceur en dix points

1	Une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire qui 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 ; - d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration.
2	La méthode prend en compte l'expérience du patient et de ses proches.
3	La mise en œuvre de la méthode du patient-traceur s'inscrit dans la démarche qualité et gestion des risques de l'établissement, et nécessite une organisation au niveau de l'établissement, et des secteurs d'activités, ainsi qu'un appui méthodologique de professionnels formés à la démarche.
4	Un animateur (ou un binôme d'animateurs), formé à la méthode et aux méthodes d'évaluation, reconnu par ses pairs et ayant des compétences en animation de groupe, a la responsabilité de coordonner et d'animer la rencontre avec les professionnels. Il doit favoriser un climat de confiance, de façon à créer un dialogue le plus constructif possible. La méthode est conduite selon une démarche pédagogique, transparente, bienveillante et non culpabilisante, sans jugement sur le travail et recherche de responsabilité des professionnels.
5	La réunion avec l'équipe requiert la disponibilité des professionnels en charge du patient, notamment des médecins avec un temps dédié : 2 h 00 à 2 h 30 environ. Ce temps à consacrer permet l'analyse et la mise en exergue de nombreux points d'amélioration. Ce temps ne comprend pas le temps de préparation et d'organisation des rencontres.
6	Le parcours du patient, ses différentes étapes et les éléments du dossier du patient servent de fil conducteur de la méthode.
7	Quel que soit le type de prise en charge, la mise en œuvre de la méthode repose sur : - le choix d'un patient correspondant à un profil préalablement défini dont on souhaite analyser la prise en charge ; - l'information de ce patient et la recherche de son consentement pour analyser sa prise en charge et le rencontrer lui et/ou ses proches ; - la rencontre du patient d'une durée d'environ 30 minutes ; - l'analyse de la prise en charge avec les professionnels autour du dossier du patient intégrant les résultats de l'échange avec le patient et/ou de ses proches et un temps d'échange avec les professionnels pour synthétiser, analyser les constats (points positifs et points à améliorer) et prioriser les actions d'amélioration à mettre en œuvre ; - la mise en œuvre et le suivi des actions d'amélioration.
8	L'analyse de la prise en charge est réalisée à partir de guides d'entretien : pour la rencontre avec le patient (et/ou les proches) d'une part, et pour l'analyse de la prise en charge avec l'équipe, d'autre part. Ces guides doivent être adaptés au profil du patient, et permettent de comparer la pratique réelle aux pratiques de référence.
9	La méthode doit garantir le secret professionnel (article L. 1110-4 du Code de la santé publique), la confraternité (article 56 du Code de la déontologie médicale), étendue à tous les professionnels et la confidentialité des échanges.
10	La méthode est reconnue comme méthode de développement professionnel continu (DPC) (HAS, 2012), et permet de travailler en équipe pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

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

Cette méthode, mise en œuvre par les équipes présente plusieurs caractéristiques, et répond à plusieurs objectifs. Elle permet :

► d'intégrer le patient et son expérience ainsi que celle de ses proches dans l'évaluation de la prise en charge

Cette méthode prend en compte l'expérience du patient et de ses proches. Les informations et enseignements issus de l'entretien avec le patient sont intégrés à l'analyse de la prise en charge du patient.

► d'évaluer le parcours du patient, de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval

Elle permet d'évaluer, dans un temps relativement court par rapport à d'autres méthodes d'évaluation, le processus de prise en charge du patient depuis son entrée, les interfaces entre les secteurs et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire tout au long de la prise en charge, en incluant l'organisation et la collaboration avec l'extérieur, en amont et en aval de l'hospitalisation. Elle offre la possibilité d'évaluer de manière plus ciblée une étape de la prise en charge.

► de contribuer au diagnostic global de la qualité et de la sécurité de la prise en charge, en identifiant les points positifs et les points à améliorer

Ce diagnostic, au plus près de la réalité du terrain, constitue une démarche contributive à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour l'ensemble du parcours, et permet également de se préparer à la visite de certification. La méthode s'articule et se situe en complémentarité avec les autres méthodes d'amélioration de la qualité et de gestion des risques, et notamment les analyses de processus. En effet, la réalisation des patients-traceurs, dont le parcours fait appel à de nombreux processus de l'établissement, contribue à l'analyse de ses processus et à leur amélioration. Lors de l'expérimentation de la méthode, les actions d'amélioration identifiées ont concerné par ordre décroissant la continuité, la coordination et l'organisation des soins, le dossier du patient, l'identification du patient, l'accueil et les droits du patient, la prise en charge médicamenteuse, la prise en charge de la douleur, l'éducation thérapeutique du patient et la mise en œuvre des check-lists pour la sécurité des patients.

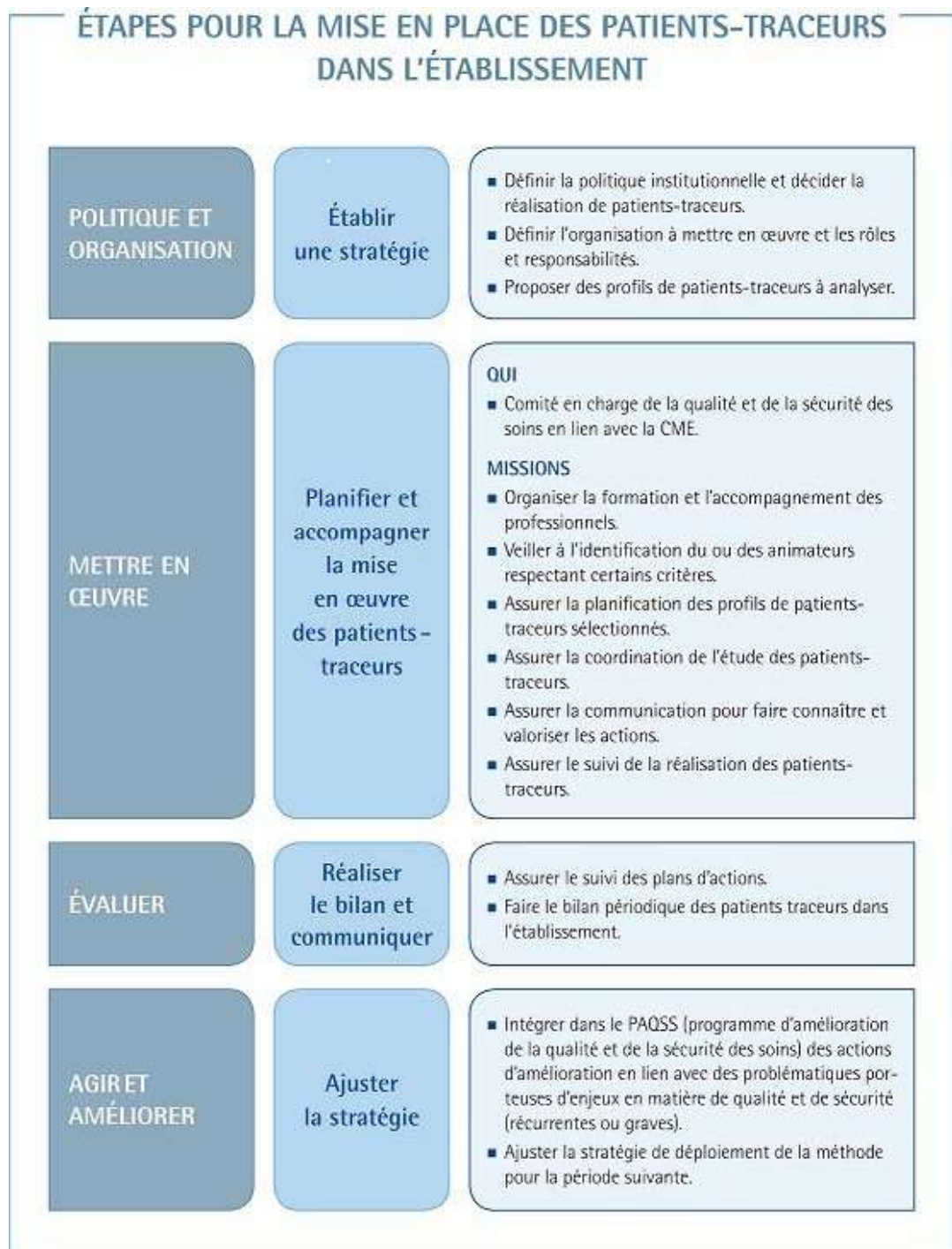
► de travailler en équipe pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle à partir de la prise en charge d'un patient

Elle permet d'impliquer, dans une véritable démarche d'équipe, l'ensemble des acteurs qui contribuent à la prise en charge du patient et qui se seront mis d'accord pour mener ce travail en commun. Des professionnels de santé de la ville peuvent également être invités (infirmiers, pharmaciens d'officine, kinésithérapeutes, médecins généralistes, etc.). Un regard et une analyse de l'équipe sur ses propres pratiques renforcent la dynamique d'équipe, contribuent à la définition et la mise en œuvre d'un projet d'équipe, et permettent de développer une culture partagée qualité/sécurité. Cette approche d'une évaluation centrée sur le patient est facilement appropriable par les professionnels des équipes de soins, car en lien avec le cœur de leur métier. Cette méthode est un outil de management pour l'encadrement médico-soignant d'un secteur d'activité.

La participation des acteurs de proximité à cette analyse permet à chacun de mieux comprendre la démarche et d'en être acteur.

2. Comment inscrire la méthode du patient-traceur dans la démarche de son établissement et comment l'organiser ?

Au niveau institutionnel, l'inscription de la méthode dans la démarche de son établissement et son organisation peuvent être déclinées selon la démarche de gestion de la qualité dite « PDCA » (*Plan, Do, Check, Act*). La démarche comporte quatre étapes et s'adapte à l'organisation de l'établissement, à sa taille et à ses moyens.



2.1 Établir la stratégie (*Plan*)

La stratégie de mise en place de la méthode dans l'établissement comporte trois éléments.

2.1.1 Définir la politique institutionnelle et décider la réalisation d'évaluations patients-traceurs

La décision de développer la méthode du patient-traceur émane d'une politique institutionnelle et/ou d'initiatives locales d'équipes, de pôles ou de services qui seront portées au niveau institutionnel. La démarche s'inscrit dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement. Le déploiement de cette méthode dans l'établissement contribue au développement d'une culture qualité et sécurité des équipes. La mise en œuvre d'un programme de DPC, à partir de cette méthode en mobilisant les équipes, peut constituer un levier pour la mise en œuvre du patient-traceur.

La CME contribue à l'élaboration de la stratégie de déploiement de cette méthode dans l'établissement, intégrée dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et le plan de DPC.

Les autres instances sont consultées, et en particulier la CRUQPC qui donne un avis, notamment sur le choix de spécialités à privilégier dans la sélection des profils de patients-traceurs, en fonction des éléments tels que résultats d'enquêtes de satisfaction, événements indésirables, plaintes et réclamations.

2.1.2 Définir l'organisation à mettre en place, les rôles et responsabilités

L'organisation à mettre en place concerne notamment l'accompagnement des équipes dans la mise en œuvre des évaluations patients-traceurs et l'identification d'un ou de plusieurs animateurs dans l'établissement, voire à l'extérieur de l'établissement.

2.1.3 Proposer des profils de patients-traceurs à analyser

Ce choix doit prendre en compte à la fois les projets, le volontariat des équipes et les enjeux d'amélioration identifiés dans l'établissement à partir des informations institutionnelles disponibles (notamment les données du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), les résultats du PMSI, les plaintes et réclamations, les événements indésirables, les résultats des questionnaires de sortie et des enquêtes de satisfaction).

Ces enjeux d'amélioration sont liés à :

- la fréquence de la prise en charge du type de patient choisi ;
- l'existence de risques liés à certaines activités ;
- la prise en charge de populations vulnérables ;
- une activité débutante ou innovante ;
- la prise en compte des priorités de santé publique ;
- la nécessité d'harmoniser les pratiques ;
- un projet d'équipe, etc.

Le profil des patients-traceurs est choisi en définissant :

- les unités/services/secteurs d'activité ;
- les pathologies ou problèmes de santé (exemples : accident vasculaire cérébral [AVC], infarctus du myocarde [IDM], chirurgie de la hanche, adolescent en crise admis aux urgences, etc.) ;
- les populations (personnes âgées, enfants, adolescents, etc.) ;
- les activités (chimiothérapie, endoscopie, etc.).

Pour exemple de profil de patient-traceur : une personne âgée admise par les urgences pour une fracture de hanche et hospitalisée dans le service de chirurgie orthopédique.

2.2 Planifier et accompagner la mise en œuvre des patients-traceurs dans l'établissement (*Do*)

La mise en œuvre de la stratégie relève du/des comité(s) et de l'/des instance(s) en charge de la qualité et de la gestion des risques en lien avec la CME.

Le comité/l'instance en charge de la qualité et de la gestion des risques doit :

- assurer l'organisation de la formation et l'accompagnement des professionnels animant dans les unités la mise en œuvre des patients-traceurs ;
- veiller à l'identification du ou des animateurs respectant certains critères :
 - professionnel formé à la démarche qualité et aux méthodes d'évaluation,
 - professionnel ayant l'expérience et la compétence nécessaires pour animer une réunion d'équipe avec tact et bienveillance,
 - professionnel formé à la méthode du patient-traceur (lecture et appropriation du guide, échanges entre établissements de santé, formation interne ou externe),
 - professionnel reconnu par ses pairs et crédible sur l'analyse des prises en charge clinique. L'animateur est donc un professionnel de santé, ou un professionnel de santé fait partie du binôme d'animateurs,
 - professionnel reconnu pour ses qualités de neutralité et d'objectivité.
- assurer la planification des profils de patients-traceurs sélectionnés, en collaboration avec les acteurs des unités/des services de soin/des secteurs. La planification des profils de patients-traceurs tient compte des propositions institutionnelles et des souhaits de pôles et services. Une planification annuelle des patients-traceurs est souhaitable ;
- assurer :
 - la coordination de l'analyse des parcours de prise en charge, en favorisant la coopération des différents unités/secteurs/départements,
 - la communication pour faire connaître et valoriser les actions réalisées par les équipes,
 - le suivi de la réalisation des patients-traceurs dans les différentes unités/services/secteurs.

Il peut être utile de débiter avec les équipes les plus motivées qui joueront un rôle moteur vis-à-vis des autres équipes.

Le nombre de patients-traceurs dépend des dynamiques locales. L'analyse régulière de parcours de patients au sein d'une même équipe permet une appropriation de la méthode par les professionnels, une démarche continue d'amélioration des prises en charge autour de cette méthode en créant une dynamique d'équipe, et permet d'affiner l'identification des dysfonctionnements dans la prise en charge des patients.

Toutefois, dès le premier patient-traceur, la méthode permet de générer des bénéfices reconnus par tous les professionnels en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au sein de l'équipe.

La mise en œuvre par les professionnels de la méthode du patient-traceur peut leur permettre de valider leur DPC dans le cadre d'un programme de DPC, mis en œuvre par un organisme enregistré par l'Organisme Gestionnaire du DPC (OGDPC) et évalué favorablement par la ou les commissions scientifiques indépendantes concernées.

2.3 Réaliser un bilan au niveau de l'établissement (*Check*) et communiquer

Un bilan, par exemple annuel, de l'ensemble des patients-traceurs étudiés, structuré par secteur d'activité permet de mettre en évidence des forces et faiblesses de chacun de ces secteurs. La CME, la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) ou équivalent, et la CRUQPC sont associées à l'analyse de ce bilan de même que d'autres instances ou comités. L'analyse des actions d'amélioration issues de la mise en œuvre des patients-traceurs est réalisée. Les raisons, pour lesquelles certaines ont été reportées ou abandonnées, sont analysées. L'organisation mise en place pour la mise en œuvre des patients-traceurs est également évaluée.

Le retour d'information à la CRUQPC constitue un complément à l'évaluation de la satisfaction des patients, et donne la possibilité de faire une évaluation comparative des entretiens avec les patients et des entretiens avec les équipes.

Une communication est réalisée aux instances ou comités (CME, CSIRMT, CRUQPC, etc.), et vers les professionnels, les équipes, les représentants d'usagers et les patients. Elle est réalisée dans le cadre de la politique qualité, par le biais des revues d'information du personnel, des revues de direction, des comptes-rendus de réunion de commissions concernées, des rapports d'activité, de l'affichage dans les services, des journaux ou lettres internes, de l'organisation de partage d'expériences autour de la méthode.

2.4 Ajuster la stratégie au niveau de l'établissement (*Act*)

Les actions d'amélioration en lien avec des problématiques, porteuses d'enjeux en matière de qualité et de sécurité (récurrentes ou graves), sont intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS).

La stratégie de déploiement de la méthode est ajustée pour la période suivante. Elle est cohérente avec le PAQSS, le compte qualité, les résultats des patients-traceurs réalisés, le suivi des plans d'action, le bilan de l'organisation mise en place pour la réalisation des patients-traceurs, les plaintes, le bilan des événements indésirables, les résultats du PMSI, etc.

3. Comment réaliser des évaluations selon la méthode du patient-traceur ?

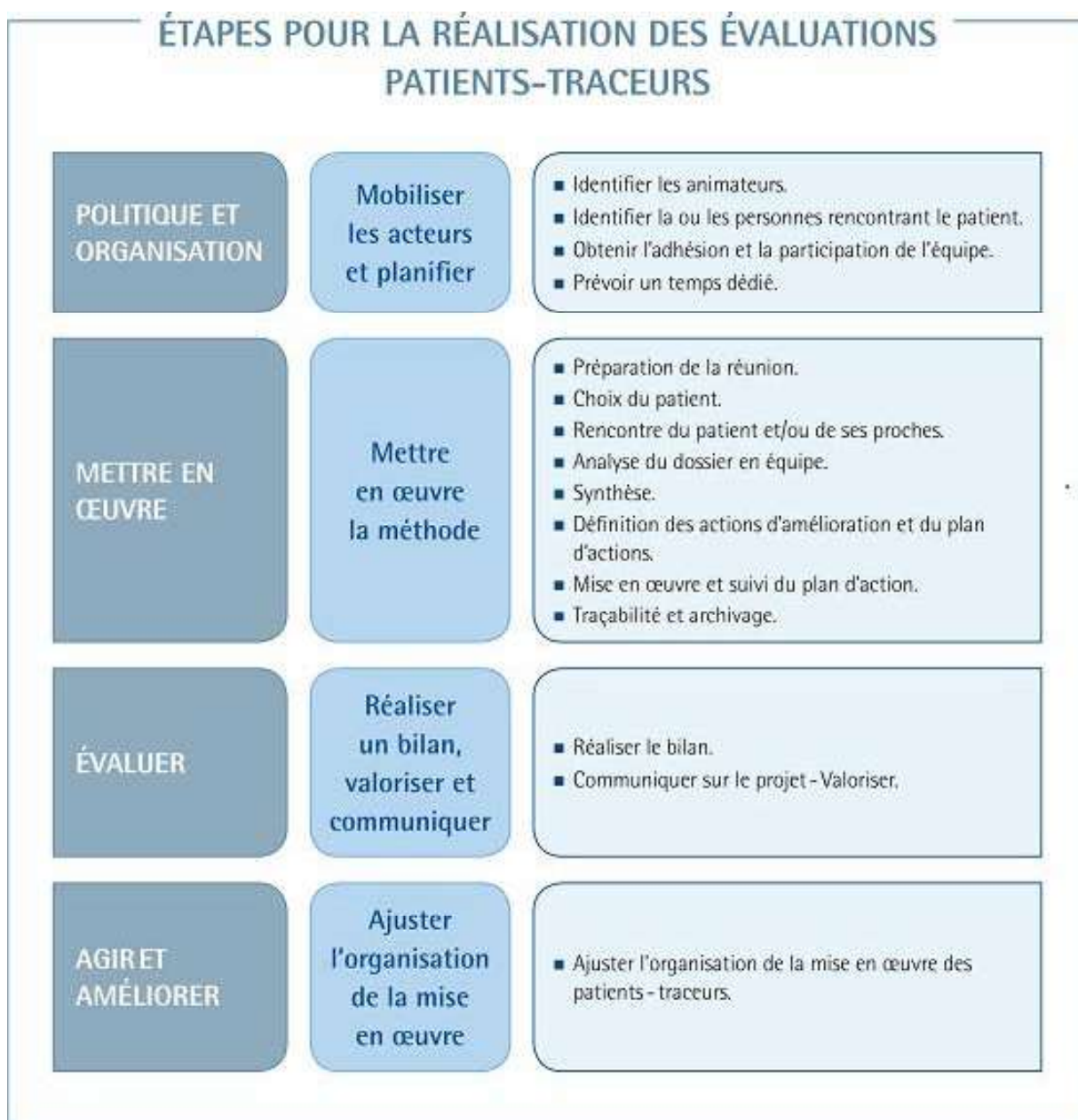
La mise en œuvre des évaluations patients-traceurs dans les unités/services/secteurs peut également être déclinée selon la méthode de gestion de la qualité dite PDCA (*Plan, Do, Check, Act*).

Les prérequis de la méthode sont :

- un travail et une dynamique d'équipe propice à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- le respect des dispositions législatives et réglementaires : elle doit garantir notamment le respect du secret professionnel (article L. 1110-4 Code de la santé publique).

La méthode du patient-traceur ayant pour vocation d'évaluer la prise en charge globale du patient dans le cadre de son parcours, la coordination avec les professionnels et les structures d'amont et d'aval, il convient de ne pas limiter le champ d'investigation à un segment limité du parcours du patient ou à une analyse de la pratique exclusivement médicale ou paramédicale, ce qui restreindrait la portée de cette méthode et rendrait, de ce fait, son utilisation moins pertinente.

Quatre grandes étapes sont à respecter.



3.1 Mobiliser les acteurs et planifier

3.1.1 Identifier l'animateur ou le binôme d'animateurs de la réunion de l'équipe de soins

L'animateur est un professionnel de santé choisi le plus souvent à l'extérieur de l'équipe de soins en charge du patient (coordonnateur des risques associés aux soins, médecin ou cadre de santé, auditeurs au sein de l'établissement, voire extérieurs à l'établissement) (exemple : une personne adressée par une Structure Régionale d'Évaluation), etc.), ce qui permet aux équipes de prendre du recul sur leurs pratiques, mais il peut faire également partie de l'équipe. Un binôme d'animateurs, comprenant au moins un professionnel de santé, est également une solution possible. Si l'animateur ou les animateurs sont extérieurs à l'équipe de soins en charge du patient, la présentation du cas se fait de manière anonyme.

Les animateurs ont la responsabilité de conduire la démarche avec tact et bienveillance, et doivent favoriser un climat de confiance, de façon à créer un dialogue le plus constructif possible. La démarche doit rester pédagogique.

3.1.2 Identifier la ou les personnes rencontrant le patient

Cette rencontre avec le patient se déroule idéalement en binôme pour faciliter la fluidité de l'entretien et la prise de note. La personne qui interviewe le patient doit être compétente pour mener un entretien avec le patient, et être formée à la méthode du patient-traceur. L'entretien, dans le cadre du patient-traceur, n'est pas de même nature que les entretiens habituellement réalisés par les professionnels. Il ne peut en aucun cas porter sur l'état de santé du patient. Il s'agit de prendre du recul par rapport à la relation habituelle de soin pour écouter la perception du patient sur sa prise en charge. Une formation à ce type d'entretien est souhaitable.

En aucun cas, il n'est possible que la personne qui réalise l'entretien soit membre de l'équipe qui prend en charge le patient. Il ne faut jamais sous-estimer le degré de dépendance d'une personne hospitalisée vis-à-vis des professionnels de l'établissement. La personne, qui réalise l'entretien, peut être un professionnel soignant d'un autre service, un responsable qualité, etc. La deuxième personne qui interviewe le patient est un représentant des usagers ou un autre professionnel de santé. Pour garantir le respect du secret professionnel, les personnes qui rencontrent le patient ne peuvent pas animer la réunion d'équipe.

Si le patient le souhaite, l'entretien peut avoir lieu en présence d'un proche.

3.1.3 Obtenir l'adhésion et la participation de l'équipe

La présentation de la méthode et de ses objectifs aux professionnels est essentielle.

Pour impliquer les professionnels de l'équipe de soins, il est également recommandé de faire participer l'équipe à l'identification des profils de patients-traceurs pour lesquels les professionnels perçoivent des marges d'amélioration.

L'anticipation est nécessaire pour permettre la disponibilité des différentes catégories professionnelles ayant participé à la prise en charge du patient tout au long de son parcours.

La présence du médecin référent du patient est indispensable. Il est également essentiel que, lors de la première réalisation d'un patient-traceur, le médecin responsable de l'unité et le cadre de santé soient présents. Certains professionnels ne pourront rester tout le temps de l'évaluation patient-traceur. Leur présence même réduite est précieuse.

3.1.4 Prévoir un temps dédié

Deux heures à deux heures trente sont nécessaires pour réaliser une évaluation patient-traceur lors de la réunion d'équipe de soins, temps qu'il est souhaitable de ne pas dépasser. Ce temps comprend l'analyse de la prise en charge avec l'équipe, la synthèse immédiate avec la définition en équipe des actions d'amélioration prioritaires à mettre en œuvre. Ce temps aura été planifié à l'avance après le temps de rencontre avec le patient.

L'adhésion de l'équipe à la méthode ne s'obtiendra que si la méthode est ressentie comme véritablement efficace en termes d'amélioration, si elle est déclinée de façon à répondre aux souhaits des professionnels (ex : intégration de la discussion clinique et de la technicité ou de la spécificité de la prise en charge), et si l'établissement s'engage à en faire un véritable levier de progrès.

3.2 Mettre en œuvre la méthode

Étape 1	Préparation de la réunion	• Reconstituer le parcours du patient à partir du profil type • Adapter la grille pour la réunion avec l'équipe (grille « équipe ») • Organiser de façon pratique la réunion
Étape 2	Choix du patient	• Identifier le patient • Informer le patient et recueillir son consentement • Adapter la grille pour l'entretien avec le patient (grille « patient ») • Organiser une rencontre éventuelle avec les proches
Étape 3	Rencontre du patient et/ou de ses proches	• Rencontrer le patient • Rencontrer les proches du patient
Étape 4	Analyse de la prise en charge en équipe	• Introduire • Conduire l'analyse et la discussion en équipe
Étape 5	Synthèse	
Étape 6	Définition des actions d'amélioration et du plan d'actions	
Étape 7	Mise en œuvre et suivi du plan d'actions	
Étape 8	Traçabilité/archivage	

► ÉTAPE 1. Préparation de la réunion

L'animateur prépare la réunion avec des professionnels de l'équipe de soins et comprenant un ou des « référent(s) » de la ou des spécialité(s) concernée(s) par la pathologie du patient.

□ Reconstituer le parcours du patient à partir du profil type

À partir du profil du patient défini, le parcours théorique du patient est reconstitué. Il s'agit de repérer les secteurs et les équipes impliqués dans la prise en charge, ce qui permet d'anticiper et d'organiser la rencontre avec les professionnels.

□ Adapter la grille pour la réunion avec l'équipe (Annexe 3)

Elle est adaptée au profil type du patient par suppression des critères n'ayant pas lieu d'être utilisés et complétée en fonction des objectifs définis par l'équipe par d'autres critères pertinents issus de la réglementation, des recommandations professionnelles, des protocoles, des procédures, des processus de prises en charge. Cette adaptation est effectuée de manière pluriprofessionnelle avec les référents de la prise en charge.

L'étude de la pertinence des actes diagnostiques ou thérapeutiques n'est pas réalisée de façon habituelle avec cette méthode. En effet, pour étudier la pertinence, il est souvent plus adapté de recourir à des méthodes spécifiques (revue de pertinence, etc.). Toutefois, si cela est le choix de l'équipe, et à condition de définir précisément les objectifs et d'utiliser les référentiels adaptés, une étude de la pertinence de certains actes peut être réalisée.

L'adaptation de la grille au patient et à son parcours réel sera « finalisée » après le choix du patient.

Si plusieurs évaluations patients-traceurs correspondant au même profil sont réalisées au sein d'un même secteur d'activité, le temps dédié à l'adaptation de la grille sera notablement diminué après le premier patient-traceur réalisé. L'appropriation progressive des outils par les professionnels permet de gagner du temps au fil des patients-traceurs réalisés.

□ Organiser de façon pratique la réunion

Les professionnels du secteur d'activité ayant participé à la prise en charge du patient, préalablement informés sur la méthode et dont on a recherché l'adhésion en amont, sont invités à la réunion pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire idéalement précédée de la rencontre avec le patient.

► ÉTAPE 2. Choix du patient

Cette étape consiste à sélectionner un patient correspondant au profil recherché.

□ Identifier le patient

L'animateur prend connaissance avec le médecin de l'unité/du service ou le cadre de santé du profil des patients présents dans l'unité de soins/le service, au moins la veille de la rencontre avec le patient.

Il identifie ceux qui répondent au profil de patients-traceurs sélectionné (unités/services/secteurs, pathologies ou problèmes de santé, populations, activités), et choisit le patient dont la prise en charge correspond « préférentiellement » à une situation complexe liée à la présence éventuelle de plusieurs facteurs (médicaux, sociaux, etc.) et à sa trajectoire dans l'établissement. Ce patient a généralement traversé différentes unités, sa prise en charge a nécessité l'intervention de différents professionnels, internes ou externes à l'unité/service. Afin de pouvoir analyser la prise en charge hospitalière la plus étendue possible et l'organisation de la sortie jusqu'au plus proche de la sortie, on choisira idéalement un

patient qui en est proche. Cela permet de croiser un certain nombre de points critiques de la prise en charge. Si plusieurs patients répondent à ces critères, on choisira le patient en fonction de la disponibilité des professionnels. Le choix du patient est réalisé avec l'accord du médecin référent du patient (médecin qui a la responsabilité du patient dans l'unité/service).

Ce choix est confirmé après information et consentement du patient.

□ Informer le patient et recueillir son consentement

Un professionnel de santé (ex : le cadre de santé ou le responsable du pôle, de l'unité, etc.), qui participe à la prise en charge de ce patient, informe le patient des objectifs et du déroulement de la méthode et recueille son consentement. Un consentement oral est suffisant. Ce consentement est tracé. Un document d'information est remis au patient (Annexe 1). Il est souhaitable de prévenir le patient au moins 24 heures avant qu'il ne soit rencontré, afin de pouvoir recueillir son consentement dans de bonnes conditions, et de pouvoir informer son ou ses proches le cas échéant.

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 de ses représentants légaux.

□ Adapter la grille pour l'entretien avec le patient (Annexe 2)

Une adaptation éventuelle de la grille « patient » au patient et à sa prise en charge est réalisée pour se préparer à cette rencontre.

□ Organiser une rencontre éventuelle avec les proches

La rencontre des proches est complémentaire de la rencontre du patient. Elle est possible, même si l'état du patient ne lui permet pas d'en être informé et d'exprimer son consentement. À l'inverse, si le patient est en mesure de s'exprimer, son consentement sera toujours recherché avant de rencontrer les proches.

Dans tous les cas, aucune information médicale relative au patient n'est transmise dans le cadre de cet échange et, la grille « patient » qui comporte quelques questions destinées aux proches, est adaptée en conséquence.

► ÉTAPE 3. Rencontre du patient et/ou de ses proches

□ Rencontrer le patient (Annexe 2)

Il s'agit d'une dimension importante de la méthode du patient-traceur qui intègre le regard du patient sur le vécu de sa prise en charge. La rencontre du patient est systématique, sauf si l'état du patient ne permet pas l'entretien. S'il n'est pas possible de rencontrer le patient qui fait l'objet de la méthode, la méthode peut être mise en œuvre, mais elle sera « privée » des éléments issus de la rencontre avec le patient. La seule rencontre avec les proches est toutefois possible et peut être également très informative.

La personne qui réalise l'entretien rappelle les objectifs de la méthode et l'utilisation qui sera faite des informations recueillies. Dans tous les cas, ces personnes sont soumises au secret professionnel et à la plus stricte confidentialité. La présence des proches peut être facilitante : informations complémentaires, présence rassurante pour le patient.

La personne qui rencontre le patient adapte l'entretien en fonction de la compréhension du patient, de son état général, etc. Les questions concernent sa perception en termes de bien-

traitance, confidentialité, information, prise en charge de la douleur, délai d'attente, etc. Elles ne peuvent être des questions personnelles sur la maladie du patient. L'entretien avec le patient permet également de rechercher des éléments factuels (mesure effective de la douleur, vérification de son identité avant tout acte diagnostique ou thérapeutique, etc.).

Commencer par la rencontre du patient permet ensuite d'exploiter plus aisément, avec l'ensemble de l'équipe, les informations obtenues auprès de celui-ci.

Avec l'accord du patient et à des fins d'amélioration de l'organisation et des pratiques, les informations issues de cet entretien seront restituées à l'animateur (de manière anonyme, si celui-ci est extérieur à la prise en charge) en vue de la réunion avec l'équipe.

❑ Rencontrer les proches du patient

La rencontre des proches est également réalisée préférentiellement par un membre extérieur à l'équipe de soins. La grille « patient » intègre quelques questions destinées à être posées aux proches.

Le questionnement porte sur leur perception de la prise en charge du patient et sur des éléments factuels tels que l'information et l'accueil qu'ils ont reçus en tant qu'entourage de la personne malade (ex : transmission d'informations utiles à la préparation de la sortie). Il ne s'agit donc en aucun cas de les considérer comme des porte-parole du point de vue du patient, mais de prendre en compte leur propre point de vue en tant que proche.

Une synthèse des échanges avec le patient et/ou les proches, réalisée par la ou les personnes l'ayant rencontré permet de préparer le retour vers l'équipe. Les informations relatives à cet échange sont données à l'animateur avec l'accord du patient.

► ÉTAPE 4. Analyse de la prise en charge en équipe

Il s'agit d'analyser en équipe la prise en charge globale du patient, de son entrée à l'hôpital jusqu'au moment de l'évaluation. Si le patient a traversé plusieurs services/unités, il est important d'évaluer la qualité de la prise en charge au niveau des interfaces et la collaboration entre les professionnels entre les différents services.

En cas de séjours multiples dans une même unité (cancérologie, maladie chronique), l'analyse de la prise en charge en équipe peut inclure l'analyse de certains points critiques ou étape de la prise en charge telles que les modalités d'annonce du diagnostic, et surtout les éléments de coordination et de continuité de la prise en charge : par exemple, la présence des comptes-rendus d'hospitalisation dans le dossier correspondant aux précédents séjours.

La présentation du cas se fait de manière anonyme, dès lors qu'une personne extérieure à l'équipe de soins est présente.

Dans tous les cas, c'est (ce sont) le ou les médecin(s) ou les autres professionnels soignants en charge du patient qui recherche(nt) l'information demandée dans le dossier.

L'animateur ou les animateurs vont introduire la réunion, puis conduire l'analyse et la discussion en équipe.

❑ Introduire la réunion

Un temps d'ouverture permet à l'animateur de rappeler les objectifs de la méthode, le temps dédié, le cadre de référence qui sera celui de l'analyse de la prise en charge. Il précise que tous les professionnels sont invités à s'exprimer. Les rôles et responsabilités sont définis : animateur, personne en charge de rédiger la synthèse, etc.

L'animateur structure cette rencontre. Le dossier du patient, outil de traçabilité des actions effectuées permet de suivre et de comprendre le parcours du patient.

□ Conduire l'analyse et la discussion en équipe

L'analyse débute par un bref résumé de l'hospitalisation réalisé par le médecin référent comportant le motif d'hospitalisation, la provenance du patient et sa date d'arrivée, les différentes unités/services/secteurs par lesquels le patient est passé, l'évolution de son état de santé, le devenir prévu du patient.

On rappelle qu'un entretien avec le patient a eu lieu, et que le point de vue du patient viendra alimenter la discussion au fur et à mesure de l'analyse de la prise en charge. L'animateur utilise ensuite la grille « équipe » adaptée au patient et à son contexte, pour structurer l'échange avec les professionnels ayant participé à la prise en charge. Son utilisation permet de comparer les pratiques réelles aux pratiques recommandées. L'analyse rétrospective se fait étape par étape, depuis l'entrée du patient dans l'unité/service/secteur, jusqu'au moment de l'évaluation, en analysant la prise en charge avec l'équipe sur le ton de la discussion et en recherchant les éléments de traçabilité devant être retrouvés dans le dossier du patient, élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

Le travail d'analyse est centré sur le parcours de ce patient selon les étapes principales de la prise en charge par :

- l'admission et l'accueil du patient dans l'unité/service/secteur et la prise en charge initiale ;
- le séjour du patient : le suivi du patient ;
- la sortie ou éléments de la préparation de la sortie du patient ou transfert.

Les interfaces, entre les différents secteurs d'activité et la collaboration entre acteurs de la prise en charge, sont étudiées.

Il importe de concilier une approche globale chronologique (l'analyse de la prise en charge débute avec l'entrée du patient dans l'établissement et se termine avec sa sortie ou son transfert ou leur planification) et une approche d'analyse, par thématique, dans le secteur d'activité, en profitant de la présence des professionnels concernés (ex : la prise en charge médicamenteuse dans l'unité est analysée avec les professionnels de la prescription jusqu'à l'administration).

L'animateur, fait part avec tact et avec toutes les précautions nécessaires, des constats issus de l'échange qui a eu lieu avec le patient et/ou ses proches au fur et à mesure de l'analyse de la prise en charge, constats que le patient a accepté de partager avec l'équipe.

L'animateur s'assure de la concordance entre les réponses de l'équipe et celles du patient. Si tel n'est pas le cas, l'animateur et l'équipe discutent ensemble des raisons possibles de cette divergence, afin d'identifier ce qui pourrait être éventuellement amélioré.

La combinaison de l'analyse du dossier et d'une discussion d'équipe autour de la prise en charge, complétée par la restitution de l'entretien avec le patient, et/ou les proches le cas échéant, permet de réaliser un diagnostic.

Ce diagnostic met en exergue des points positifs de la prise en charge, mais également des points d'amélioration.

Les constats, points positifs et points à améliorer, issus de l'analyse sont validés au fur et à mesure avec l'équipe et tracés, permettant d'élaborer ultérieurement le plan d'actions. D'autres actions d'amélioration sur cette prise en charge, identifiées spontanément par l'équipe même si elles ne concernent pas ce patient, pourront être retenues.

Cette analyse est conduite selon une démarche pédagogique, transparente, bienveillante et non culpabilisante, sans jugement sur le travail et recherche de responsabilité des professionnels (Annexe 3).

Tous les acteurs concernés sont invités à participer. L'animateur veille à ce que tous les professionnels s'expriment. Cette réunion donne une véritable opportunité aux professionnels, tous réunis autour de la prise en charge du patient, d'échanger entre eux.

► ÉTAPE 5. Synthèse

Une synthèse « immédiate » est réalisée à partir des constats réalisés tout au long de l'analyse de la prise en charge.

Les points positifs de la prise en charge sont rappelés. Ils permettent de valoriser l'équipe et de rendre pérennes les bonnes pratiques.

Une synthèse des écarts entre les pratiques réelles et les pratiques recommandées est effectuée. Une hiérarchisation de l'importance des points à améliorer constatés est réalisée. Un consensus de l'équipe est recherché.

Certains dysfonctionnements peuvent nécessiter un signalement et la mise en œuvre ultérieure d'une analyse des causes profondes avec des méthodes complémentaires (méthode Alarm par exemple, dans le cadre d'une RMM, arbre des causes).

Le patient doit être informé de tout nouvel élément relatif à son état de santé ou si d'éventuels risques nouveaux sont identifiés (article L.1111-2 du Code de la santé publique). Ainsi, par exemple, le constat, lors de la réalisation du patient-traceur, que le patient a reçu un traitement non approprié, responsable d'un dommage, devra faire l'objet d'une information à celui-ci. Cette information est délivrée par le médecin référent du patient.

Une synthèse écrite est établie et partagée entre tous les membres de l'équipe.

À la demande du patient, celui-ci sera informé de la synthèse et des axes d'amélioration décidés.

► ÉTAPE 6. Définition des actions d'amélioration et du plan d'actions

Si un dysfonctionnement important est mis en évidence, une action corrective est mise en place immédiatement.

La définition du plan d'actions est réalisée par l'équipe à partir des résultats du patient-traceur ainsi que des données des autres démarches d'évaluation des pratiques et de l'analyse des événements indésirables.

Les actions d'amélioration sont priorisées de façon participative avec l'équipe. Des objectifs clairs sont associés à ces actions d'amélioration, les responsabilités et les délais définis. Un responsable est identifié pour chaque action d'amélioration à mettre en œuvre. Certaines actions identifiées par l'équipe peuvent nécessiter une validation institutionnelle (investissements, changement d'organisation).

La mise en évidence d'événements récurrents est prise en compte dans le plan d'actions.

Les actions d'amélioration sont intégrées dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS), et inscrites dans le compte qualité pour les thématiques concernées.

► ÉTAPE 7. Mise en œuvre et suivi du plan d'actions

Le plan d'actions est pris en compte dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement. Il sera intéressant devant des problématiques communes à plusieurs unités ou équipes de mutualiser les approches pour la mise en place des actions d'amélioration. À cette fin, il sera utile de transmettre les informations correspondantes aux différentes personnes et structures compétentes sur le sujet (structure qualité, CLIN, coordonnateur des risques, etc.) qui pourront suggérer ces mutualisations.

Comme pour toute démarche d'amélioration, le suivi comportera :

- un suivi de la conduite des actions d'amélioration : les étapes du plan d'action ont-elles ou non été réalisées ? ;
- la mesure de l'efficacité et/ou de l'impact des actions, c'est-à-dire de la maîtrise des pratiques ou de l'organisation recherchée. Cette mesure fait appel à plusieurs méthodes possibles en fonction de la situation : indicateurs, audit clinique ciblé, audit de processus.

Si une nouvelle évaluation patient-traceur est conduite à distance, elle permet également de vérifier, sur un nouveau patient, la mise en œuvre effective des actions d'amélioration, mais l'étude d'un seul patient ne permet pas de s'assurer de la maîtrise d'une étape de la prise en charge.

► ÉTAPE 8. Assurer la traçabilité et l'archivage

Les documents de synthèse et les plans d'actions sont anonymes, c'est-à-dire qu'ils ne comportent aucune information permettant d'identifier directement ou indirectement le patient.

Ils sont archivés avec les autres documents qualité du secteur d'activité (c'est-à-dire avec les autres documents existants du même type, par exemple : procédures, recommandations, rapport d'audit, démarches d'EPP, compte-rendu de RMM, démarche de certification, etc.).

Le dossier du patient ne mentionne pas la réalisation de la méthode du patient-traceur. Une fiche d'émargement est indispensable pour chaque réunion, afin que les personnes présentes puissent faire valoir leur participation dans un programme de DPC.

3.3 Réaliser un bilan, communiquer et valoriser

3.3.1 Réaliser le bilan

Il est recommandé de réaliser, à périodicité régulière, une synthèse des analyses patients-traceurs menées au niveau de l'unité/service/secteur et du suivi des actions d'amélioration sous la forme d'un bilan. Les analyses patient-traceur ne peuvent contenir aucune information directement ou indirectement nominative. Il permet à l'établissement de dresser un bilan de l'ensemble des démarches patients-traceurs réalisées dans l'établissement. Il est intégré dans le bilan global des évaluations de pratiques réalisées au sein de l'établissement, dans le cadre de l'évaluation du processus de gestion de la qualité et de la sécurité.

Ce bilan, réalisé par secteur d'activités (ambulatoire, médecine, chirurgie conventionnelle, plateaux techniques/bloc opératoire, obstétrique, etc.), permet l'émergence de points positifs spécifiques et/ou d'actions d'amélioration thématiques plus présentes dans certains secteurs.

3.3.2 Communiquer sur le projet et valoriser

La communication sur la démarche et ses résultats est essentielle. Elle valorise et motive les équipes.

En interne et en externe, la communication mise en place par l'établissement et la publication d'expériences sur la réalisation des patients-traceurs et leurs résultats permettent un partage d'expériences entre les équipes.

La mise en œuvre de programmes de DPC, à partir de cette méthode reconnue comme méthode de DPC, permet aux professionnels de santé impliqués de valider leur obligation de DPC (HAS, 2012). Ainsi, la dynamique d'équipe créée au travers de ces patients-traceurs offre un cadre propice, et s'avère être un véritable levier pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

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

L'organisation des patients-traceurs pour la période suivante tient compte du bilan effectué et de l'analyse de l'organisation de la mise en œuvre. Elle dépend des nouveaux profils éventuels de patients-traceurs choisis, de leur périodicité, etc. Elle prend en compte également la satisfaction des professionnels et des patients que l'on peut évaluer grâce à un questionnaire.

Avertissement

Dans la procédure de certification V2014, la méthode du patient traceur constitue une des deux nouvelles méthodes de visite. C'est un expert-visiteur qui anime la rencontre avec l'équipe et qui s'entretient avec le patient. Sa mise en œuvre en visite de certification peut comporter des variations par rapport à la déclinaison proposée lors de la mise en œuvre de celle-ci par les équipes pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires d'un établissement de santé. Toutefois, elle reste dans tous les cas une méthode pédagogique, transparente, bienveillante à l'égard des professionnels de santé, dont la finalité est l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la prise en charge des patients.

Stratégie de recherche documentaire

La recherche documentaire a porté sur l'identification des publications (rapports, guides méthodologiques, retours d'expériences publiés) sur le patient traceur sans limite de date, ni de langue.

Compte tenu du sujet la recherche des littératures grise a été primordiale ; pour cela les sites internet des agences internationales de certification et d'évaluation de la qualité :

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care	http://www.safetyandquality.gov.au/
ACHS Australian Council on Healthcare Standards	http://www.achs.org.au/publications-resources/
CCHSA Conseil canadien d'agrément des services de santé	http://www.accreditation.ca/fr/default.aspx
Care quality commission	http://www.cqc.org.uk/
Health foundation	http://www.health.org.uk/
Health Quality and Safety Commission of New Zealand	http://www.hqsc.govt.nz/
JCAHO : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (US)	http://www.jointcommission.org/
King's Fund	http://www.kingsfund.org.uk/
Institute for Healthcare Improvement	http://www.ihl.org/Pages/default.aspx
Healthcare Quality Improvement Scotland	http://www.healthcareimprovementscotland.org/home.aspx
NIAZ Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals	http://en.niaz.nl/
NHS Improvement	http://www.improvement.nhs.uk/CommissioningAWorldClassImagingService/HealthcareCommission/tabid/77/Default.aspx

Une recherche complémentaire a été conduite dans la base de données Medline à partir de l'équation de recherche suivante : *(Patient journey OR patient tracer OR tracer methodol*)[title]*.

Quatre-vingt-onze références ont été obtenues.

Une sélection de références figure dans l'annexe « Références bibliographiques ». Des références complémentaires ont été ajoutées pour préciser le concept d'« expérience patient » utilisée dans ce guide.

Références bibliographiques

1. Tracers: they're not just for accreditation surveys. ED Manag 2005;17(8):88-9.
2. Centre for Clinical Governance Research in Health, Greenfield D, Travaglia J, Pawsey M. Unannounced surveys and tracer methodology: literature review. A report for the Australian accreditation research network: examining future health care accreditation research. Sydney: University of New South Wales. ; 2007.
[http://www.med.unsw.edu.au/medweb.nsf/resources/2007Articles10/\\$file/Unannounced+Surveys+and+Tracer+Methodology+-+Literature+Review.pdf](http://www.med.unsw.edu.au/medweb.nsf/resources/2007Articles10/$file/Unannounced+Surveys+and+Tracer+Methodology+-+Literature+Review.pdf)
3. COMPAQ-HPST, Haute Autorité de Santé. Mesure de l'expérience du patient. Analyse des initiatives internationales. Paris: COMPAQ-HPST; 2011.
http://www.compahpst.fr/images/Bibliographie/rapport_experiencev2.pdf
4. Dubiel P. Preparing for a JCAHO survey: utilization of imaging specific tracers. Radiol Manage 2007;29(2):30-5.
5. Greenfield D, Hinchcliff R, Westbrook M, Jones D, Low L, Johnston B, *et al.* An empirical test of accreditation patient journey surveys: randomized trial. Int J Health Care Qual Assur 2012;24(5):495-500.
6. Haute Autorité de Santé. Expérience patient dans l'Infarctus du myocarde. Programme pilote « Infarctus du myocarde » des 1ers signes à 1 an de suivi ambulatoire. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/rapport_experience_patient_vf.pdf
7. Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu. Méthodes et modalités de DPC. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf
8. Haute Autorité de Santé. Manuel de certification des établissements de santé V2010. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Applied tracer methodology. Tips and strategies for continuous systems improvement. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources; 2007.
10. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Tracer methodology. Tips and strategies for continuous systems improvement. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources; 2008.
11. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. More mock tracers. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources; 2011.
12. Kalucy L, Katterl R, Jackson-Bowers E. Patient experience of health care performance. PHC RIS Policy issue review. Adelaide: Primary Health Care Research & Information Service; 2009.
http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/e/lib/lib/downloaded_files/publications/pdfs/news_8359.pdf
13. Murphy-Knoll L. Nurses and the Joint Commission tracer methodology. J Nurs Care Qual 2006;21(1):5-7.
14. Trebble TM, Hansi N, Hydes T, Smith MA, Baker M. Process mapping the patient journey: an introduction. BMJ 2010;341:c4078.
15. Whalen E. Tracer and trauma: are you prepared for JCAHO? J Trauma Nurs 2004;11(2):53-4.
16. Wolf JA, Niederhauser V, Marshburn D, LaVela SL. Defining patient experience. Patient Exper J 2014;1(1):7-19

Outils mis à la disposition des établissements de santé

- 1. Notice d'information pour le patient**
- 2. Guide d'entretien avec le patient : recommandations et grille d'entretien**
- 3. Guide pour la rencontre avec l'équipe : recommandations et grille**
- 4. Fiche de synthèse patient-traceur**
- 5. Quatre exemples de patients-traceurs**

Annexe 1. Notice d'information pour le patient

	NOM DE L'ÉTABLISSEMENT _____ INFORMATION AUX PATIENTS ÉVALUATION DE VOTRE PARCOURS DE SOINS PAR LA METHODE DU « PATIENT - TRACEUR » Pour améliorer continuellement la prise en charge des patients, nous vous proposons de répondre à quelques questions portant sur votre séjour et vos soins. Cet entretien dure environ 30 minutes <i>Pour plus d'informations :</i> Veuillez consulter les indications figurant dans la notice ci-après.  1
Méthode du patient - traceur Les équipes qui vous soignent évaluent régulièrement leurs pratiques et l'organisation mise en place pour améliorer la prise en charge des patients. La méthode du patient traceur consiste à choisir des patients qui sont actuellement hospitalisés, à évaluer leur prise en charge depuis leur entrée dans l'établissement de santé jusqu'à ce jour, en prenant en compte leur propre expérience de l'hospitalisation. Nous vous proposons d'être l'un de ces patients. Nous souhaitons vous interroger sur votre perception des soins et sur les informations que vous avez reçues. L'objectif est d'identifier des situations qui pourraient justifier que des actions d'amélioration soient conduites pour améliorer la prise en charge des patients. Il ne s'agit pas de vous poser des questions sur votre maladie. Si vous êtes d'accord, un (ou deux) professionnel(s) de l'établissement pouvant être accompagné(s) d'un représentant des usagers vous rencontrera (ont) pour vous écouter et vous poser quelques questions. La présence de proches est possible si vous le souhaitez. Avec votre accord, il(s) pourra (ont) également les rencontrer. 2	Quel type de questions peut-on me poser ? Il vous sera demandé par exemple si vous avez été informé du déroulement de votre séjour et de vos soins, des examens que vous alliez avoir, des résultats de vos examens. On vous demandera si on s'est préoccupé de l'existence de douleurs, si on a pris en compte vos préférences alimentaires, si vous avez été associé à toutes les décisions qui vous concernent, etc. Puis-je vraiment parler librement ? Il est important de pouvoir donner votre opinion en tant que patient, de pouvoir vous exprimer. Votre perception concernant votre prise en charge dans le cadre de votre parcours de soins vient s'ajouter à l'analyse faite par l'équipe. L'ensemble des réponses est confidentiel et est soumis au secret professionnel. Avec votre accord, les informations recueillies durant l'échange que nous aurons pourront être restituées à l'équipe à des fins d'amélioration des organisations et des pratiques. Puis-je refuser de répondre aux questions ? Vous avez la liberté d'accepter ou non de réaliser cet entretien ; vous pouvez refuser à tout moment d'y participer bien qu'ayant donné votre consentement. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions. Nous vous remercions de votre contribution à l'amélioration de la qualité des soins. 3

Annexe 2. Guide d'entretien avec le patient : recommandations et grille d'entretien

Recommandations pour la rencontre avec le patient

► Présentation du contexte

Cette rencontre s'inscrit dans le cadre de l'analyse de la prise en charge d'un patient par la méthode du patient-traceur. Le patient a été informé préalablement des objectifs et modalités de la méthode du patient-traceur. Il a donné son accord pour être rencontré (consentement oral). Cet entretien diffère de celui habituel entre le patient et les soignants. En effet, l'objet de cet entretien est d'évaluer la perception qu'a le patient de sa prise en charge. L'échange ne doit pas être orienté sur la maladie du patient, tout en laissant le patient s'exprimer. L'entretien doit suivre l'histoire et le vécu du patient.

L'entretien est confidentiel et est soumis au secret professionnel. L'échange dure environ 30 minutes. Sa durée s'adapte au patient, à son état général, à son souhait. Un questionnaire d'entretien est proposé dans ce guide. Il doit être adapté au patient, au contexte et spécificités de sa prise en charge par les équipes. Il sert de repère et de « mémo », et doit être utilisé avec souplesse pour s'adapter au rythme du patient. Il est organisé autour du parcours du patient, et interroge différentes thématiques de sa prise en charge : prise en charge de la douleur, passage au bloc opératoire, respects des droits du patient, etc.

Il est nécessaire de réaliser l'entretien avec le patient dans un endroit calme et propice à la confidentialité (éviter les lieux de passage, veiller à ne pas être dérangé au cours de l'entretien, réaliser l'entretien en dehors des repas, etc.).

Un vocabulaire simple et clair est utilisé avec une attitude bienveillante et empathique. Il importe de laisser parler les patients, de reformuler éventuellement les questions pour mieux se faire comprendre ou les réponses du patient pour s'assurer de bien comprendre ce que le patient a voulu exprimer, et de recentrer l'échange sur les objectifs de l'entretien si nécessaire.

► Rappel des objectifs de la rencontre et thématiques abordées

L'objectif de cette rencontre est de recueillir la perception du patient sur sa prise en charge et d'évaluer des éléments factuels tels que la prise en charge effective de la douleur.

Ainsi plusieurs thématiques de la prise en charge sont analysées avec le regard du patient : son information, la continuité des soins, les délais d'attente, la confidentialité, le respect de l'intimité, la bientraitance, etc.

► Principes guidant la rencontre avec le patient

Il est essentiel de laisser un espace de parole, d'expression au patient pour recueillir son point de vue, de le mettre en confiance avant de poser des questions plus précises.

Pour ce faire, des questions ouvertes non orientées permettront au patient de s'exprimer sur son vécu. Ces questions seront complétées par des questions fermées portant sur des aspects de la prise en charge que le patient n'aura pas abordés spontanément et que la personne qui interviewe le patient souhaite appréhender.

► Exemples de questions ouvertes

Racontez-moi votre arrivée à l'hôpital/clinique ? Comment cela s'est-il passé ?

Comment s'est déroulée ensuite votre hospitalisation ?

Pour tout ce qui est de l'ordre de l'aide au quotidien, comment cela s'est-il passé ?

► Exemples de questions fermées

Quand vous êtes arrivé dans le service, a-t-on vérifié votre identité ? Et au bloc opératoire ?

Vous a-t-on présenté la notion de personne de confiance, et proposer d'en désigner une ?

Vous a-t-on remis le livret d'accueil ?

Grille d'entretien avec le patient

Étapes ou thèmes de la prise en charge	Exemples de questions	Liens avec les critères (Certification V2014)
Admission et accueil du patient et de son entourage	Racontez-moi votre arrivée à l'hôpital. Par quel service êtes-vous arrivé ?	10c, 16a, 18a
À l'admission	Êtes-vous passé par les urgences ? Êtes-vous passé par les admissions ? Avez-vous été admis directement depuis votre domicile dans le service ? Avez-vous été transféré d'un autre établissement de santé ? • Comment s'est passée l'attente ? • Vous a-t-on expliqué les conditions de votre prise en charge ? • Avez-vous eu les réponses à toutes vos questions ?	
Admission-accueil <i>Aux urgences</i>	Avez-vous séjourné aux urgences ? Comment s'est passé votre séjour aux urgences ? Avez-vous toujours eu des réponses adaptées à vos besoins (par exemple : confort de l'attente, intimité, prise en charge de la douleur ou de l'angoisse) ? Avez-vous eu les informations dont vous aviez besoin ? Avez-vous pu conserver des relations avec vos proches ? Combien de temps êtes-vous resté aux urgences ?	10b 10a, 10b, 10d (proche) 12a 25a

Étapes ou thèmes de la prise en charge	Exemples de questions	Liens avec les critères (Certification V2014)
Admission et accueil du patient et de son entourage <i>Dans le service</i>	Concernant votre accueil dans votre chambre, dans le service, comment cela s'est-il passé ? Le personnel s'est-il présenté ? D'une manière générale, savez-vous de qui il s'agit lorsqu'un professionnel vient vous voir ? Quelles étaient vos questions à votre arrivée ? Avez-vous eu des réponses à toutes vos questions ? Combien de temps avez-vous attendu avant d'être pris en charge ? Vous a-t-on remis le livret d'accueil, voire le livret spécifique du service ? Si oui, à quel moment ? Vous a-t-on parlé de la personne de confiance et vous a-t-on proposé d'en désigner une ? Vous a-t-on informé de la possibilité de rédiger des directives anticipées ? Êtes-vous informé que vous avez le droit d'accéder à votre dossier médical ?	Réf. 10, 11, 12, 13, 16a, 19a, Réf 25
Admission et accueil du patient et de son entourage	Vos proches peuvent-ils facilement venir vous voir en ce qui concerne les horaires de visite, la possibilité d'hébergement (question pour les proches également) ? <u>Proches</u> Comment vous êtes-vous senti considéré par l'équipe de soins ? Vous sentez-vous considéré comme des alliés, des partenaires par les professionnels ? Avez-vous eu l'impression quelque fois d'être mis à l'écart ? <i>Pour les parents des enfants hospitalisés</i> Avez-vous la possibilité de venir voir votre enfant à tout moment (hormis prescription particulière dans l'intérêt de l'enfant) ? <i>Pour les proches d'un patient handicapé</i> En cas de situation d'handicap du patient, pouvez-vous en tant qu'accompagnant de cette personne être présent en continu auprès de votre proche ? <u>Pour les patients et/ou proches</u> En cas de situation grave : pouvez-vous échanger régulièrement avec les professionnels pour prendre des informations, exprimer vos inquiétudes ? Avez-vous pu rencontrer des psychologues ? Y a-t-il un lieu dédié où vous pouvez vous retrouver avec vos proches, ou vous pouvez discuter avec les professionnels ?	Réf. 10

Étapes ou thèmes de la prise en charge	Exemples de questions	Liens avec les critères (Manuel de certification V2014)
Information du patient Consentement et participation du patient	Avez-vous été régulièrement informé sur votre maladie et son évolution, vos examens (la date prévue, et les résultats de ces examens), votre traitement ? Avez-vous toujours compris ce que l'on vous disait, avez-vous pu redemander des explications si nécessaire ? Saviez-vous à qui poser vos questions ? Vous a-t-on sollicité pour connaître votre avis, votre point de vue ? Avez-vous pu donner votre avis ? Avez-vous pu participer aux décisions qui vous concernaient ? Avez-vous été informé des complications possibles (bénéfices-risques) avant des examens dits « invasifs » ? Avez-vous eu accès pour votre information à des ressources extérieures (association de patients, d'usagers, de bénévoles, etc.) ? Souhaitiez-vous que votre entourage soit associé à votre prise en charge ? Si oui, vos proches ont-ils été informés de votre état de santé, de vos examens, de votre traitement ? Si oui, comment ont-ils été associés aux décisions concernant votre prise en charge (question pour les proches également) ? Y a-t-il eu un problème dans la réalisation de vos soins (recherche d'événement indésirable) ? Comment en avez-vous été informé ? Qu'est-ce qui vous en a été dit ?	11a
Prise en charge médicamenteuse	Concernant la prise des médicaments, y a-t-il des points particuliers que vous voudriez signaler ? Aviez-vous déjà des médicaments à prendre avant votre arrivée à l'hôpital ? Comment cela s'est-il passé ? Vous a-t-on demandé votre traitement personnel à l'entrée ? Vos ordonnances ? L'(les)avez-vous remis(es) au personnel ? Avez-vous été informé sur les traitements médicamenteux, leurs effets, les modalités de prises, leurs effets indésirables potentiels ? Vous a-t-on informé lors de la modification de traitement ? Vous a-t-on aidé à la prise du médicament (si besoin) ?	Réf. 20

Étapes ou thèmes de la prise en charge	Exemples de questions	Liens avec les critères (Manuel de certification V2014)
Prise en charge de la douleur	Avez-vous eu mal pendant cette hospitalisation ? Dans tous les cas, a-t-on recherché si vous aviez mal, éventuellement plusieurs fois ? A-t-on évalué votre douleur au moyen d'une réglette ou d'une échelle ? Si vous avez eu un traitement pour soulager votre douleur, a-t-il été efficace ? Si non, l'avez-vous dit au médecin ou à l'infirmière et a-t-on modifié votre traitement ? Allez-vous mieux maintenant ?	12a
Éducation thérapeutique du patient	Concernant votre maladie, votre traitement, les changements à apporter à votre mode de vie, la façon de suivre votre maladie, comment vous a-t-on impliqué ? Avez-vous eu des moments d'échange pour que les professionnels identifient avec vous ce que vous avez besoin d'apprendre pour mieux comprendre votre maladie, votre traitement et les raisons de le suivre régulièrement, reconnaître des symptômes ? Vous a-t-on expliqué, montré, fait faire certains gestes pour être plus autonome dans la gestion de votre maladie (par exemple mesure de la pression artérielle, du souffle, de la glycémie, injection) ? Avez-vous participé à des séances d'éducation thérapeutique en groupe (le cas échéant) ? Avez-vous le sentiment aujourd'hui de pouvoir gérer votre maladie, anticiper les problèmes, adapter votre traitement à vos besoins ? Vous a-t-on donné les coordonnées de professionnels ou d'équipe qui vous proposeront après la sortie des séances d'éducation pour vous aider à bien gérer vos traitements, les changements à apporter à votre mode de vie en lien avec la maladie ?	23a
Identification du patient	À votre arrivée dans l'établissement et dans le ou les services, comment a-t-on vérifié votre identité (carte d'identité, passeport, permis de conduire) ? Quels sont les autres moments où on a revérifié votre identité ? A-t-on vérifié votre identité au bloc opératoire ? Avant tout examen ou traitement ? Portez-vous un bracelet d'identification ? Si oui, les professionnels et en particulier « les nouveaux professionnels » ont-ils regardé votre bracelet ?	15a

Étapes ou thèmes de la prise en charge	Exemples de questions	Liens avec les critères (Manuel de certification V2014)
Bloc opératoire	Vous êtes passé au bloc opératoire. Pouvez-vous me raconter votre parcours de la préparation à votre retour du bloc opératoire dans votre chambre et la manière dont vous l'avez vécu ? Avez-vous été informé du bénéfice et des risques de l'intervention et de l'anesthésie ? A-t-on recherché votre consentement ? Si ces points n'ont pas été évoqués antérieurement avec le patient : Concernant la préparation préopératoire : interroger le patient sur information, identification, intimité Concernant les conditions de brancardage : interroger le patient sur intimité, sécurité, confidentialité Concernant les conditions d'accueil au bloc : interroger le patient sur identification, délai de prise en charge, surveillance Concernant les conditions de prise en charge en salle de réveil : interroger le patient sur intimité, confidentialité, douleur, confort.	26a
Prise en charge nutritionnelle	Comment s'est passée la prise de vos repas ? A-t-on pris en compte vos attentes et besoins ? Vous a-t-on pesé lors de votre hospitalisation ? Si vous en avez eu le besoin, avez-vous pu être aidé pour la prise des repas ? Êtes-vous satisfait des repas ?	6c, 19b
Transfusion	Vous a-t-on informé des raisons pour lesquelles vous alliez être/vous avez été transfusé ? Comment ? A-t-on recherché votre consentement ? Vous a-t-on expliqué la nécessité de réaliser un bilan biologique après votre transfusion ?	8j
Environnement	Que pensez-vous des chambres, du ménage, de l'état de propreté ? Le service est-il calme ? Pouvez-vous vous reposer dans de bonnes conditions ? La température est-elle agréable ?	Réf. 7
Sécurité des biens et des personnes	Vous sentez-vous en sécurité dans la chambre, dans l'hôpital ? Comment s'est-on assuré de la sécurité de vos biens ?	6a

Étapes ou thèmes de la prise en charge	Exemples de questions	Liens avec les critères (Manuel de certification V2014)
Droits du patient	Comment se passe le contact avec les professionnels ? Vous êtes-vous senti écouté, aidé pour tous les gestes (toilette, habillage, repas, déplacement, etc.), informé au quotidien ? Votre accès aux toilettes, au bassin ont-ils été facilités ? Question à poser uniquement pour les patients continents : est-il arrivé que l'on vous mette une protection urinaire pour plus de facilité ? Avez-vous été aidé rapidement pour toutes les situations d'inconfort ? <u>Intimité</u> Avez-vous eu le sentiment d'être respecté dans votre intimité (rideaux, paravents, portes fermées) ? Comment votre intimité a-t-elle été respectée dans les différentes situations que vous avez rencontrées ? Au moment des toilettes par exemple ou de certains examens, avez-vous pu bénéficier de rideaux, de paravents, les portes étaient-elles toujours fermées dans ces moments-là ? Les conditions de réalisation de ces soins ou examens vous ont-elles parues respectueuses de votre dignité ? <u>Dignité</u> Plus généralement, que pouvez-vous dire concernant le respect de votre dignité (écoute, respect, bienveillance, empathie, etc.) ? <u>Confidentialité</u> Comment a été prise en compte la confidentialité des informations qui vous concernent ? Y a-t-il eu des moments où la confidentialité des informations vous concernant n'a pas été respectée ? Lors de votre transport ? <u>Droits d'accès aux soins de santé</u> Votre situation personnelle sur un plan social ou économique peut-elle constituer un frein pour votre prise en charge médicale ? Dans ce cas, avez-vous pu l'exprimer aux professionnels de l'établissement ? Vous a-t-il été proposé des solutions ? De rencontrer une assistante sociale ?	Réf. 10 et 11

Étapes ou thèmes de la prise en charge	Exemples de questions	Liens avec les critères (Manuel de certification V2014)
Sortie du patient (ou transfert)	Qu'est-il prévu pour votre sortie ? Vous sentez-vous en sécurité pour sortir ? Avez-vous des questions et ou des inquiétudes à ce sujet ? En a-t-on parlé avec vous et vos proches ? Avez-vous pu exprimer ce que vous souhaitez ? Le moment de votre sortie ? Le lieu ? A-t-on pris en compte vos souhaits et ceux de vos proches ? En fonction de la date de sortie/date du patient : avez-vous reçu toutes les informations pour sortir dans de bonnes conditions ? Savez-vous si votre médecin est prévenu de votre sortie (le cas échéant) ? Vous a-t-on expliqué et/ou informé : - de votre traitement de sortie (dosage, horaire, effets indésirables possibles) ; - des consultations de suivi, des soins paramédicaux et le régime éventuel ; - de la reprise des activités (travail, sport, etc.). Vous a-t-on expliqué les signes ou les complications pouvant vous amener à recontacter votre médecin ou l'hôpital ? Avez-vous les coordonnées des professionnels dont vous pouvez avoir besoin ?	24a
Vos propositions d'amélioration	Auriez-vous des suggestions à proposer pour améliorer le confort, votre bien-être et plus généralement votre prise en charge dans l'établissement ou les services ? Quels sont les points forts de l'établissement ? Quels sont les points plus faibles ? Avez-vous reçu un questionnaire de satisfaction (si fin d'hospitalisation) ?	

Annexe 3. Guide pour la rencontre avec l'équipe : recommandations et grille

Recommandations pour la rencontre avec l'équipe

► Présentation du contexte

Un animateur ou un binôme d'animateurs mène cet entretien avec l'équipe au moyen d'un questionnaire d'évaluation. Cet outil, établi à partir des exigences de la certification, nécessite d'être adapté au patient et à sa prise en charge. Des points clés spécifiques de la prise en charge, des critères correspondants à des démarches EPP, des éléments des indicateurs IPAQSS peuvent être ajoutés.

Le questionnement proposé constitue un repère. Il n'a pas vocation à être exhaustif. L'adaptation du questionnaire permet donc de répondre aux objectifs que s'est fixée l'équipe et une appropriation locale. La démarche peut être ainsi déclinée dans le quotidien des professionnels.

Le parcours du patient et ses différentes étapes ainsi que le dossier du patient, outil de communication, de coordination et d'information entre les acteurs de soins et avec les patients, anonymisé si l'animateur est extérieur à la prise en charge, servent de fil conducteur à la démarche. Il permet de suivre et de comprendre le parcours qu'a été celui du patient. Il est un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire.

► Rappel des objectifs de la rencontre et thématiques abordées

Le questionnement a pour point de départ le patient choisi. L'analyse concerne :

- les différentes étapes de la prise en charge jusqu'au moment présent de l'hospitalisation, en recherchant les éléments de traçabilité de la prise en charge ou leur absence dans le dossier : accueil, phase diagnostique, phase de traitement, évaluation continue de la prise en charge, préparation à la sortie ou au transfert du patient ;
- les thématiques transversales à la prise en charge telles que l'information du patient, la bientraitance, la continuité des soins, la gestion des événements indésirables.

► Modalités d'animation

On rappelle que l'analyse en équipe doit être conduite selon une démarche pédagogique, transparente, bienveillante et non culpabilisante, sans jugement sur le travail et recherche de responsabilité des professionnels. Il est essentiel de permettre à l'équipe de s'exprimer en toute confiance ; on pourra utiliser des questions ouvertes pour faciliter l'expression et des questions plus fermées lorsque l'on recherche une réponse précise de la part de l'équipe. Le ton de l'échange est celui de la discussion et non pas de l'« inspection », ce qui est essentiel pour que les professionnels adhèrent à la méthode et la déploient de manière pérenne. Les professionnels en charge du patient recherchent les informations dans son dossier. Il est par ailleurs important que chacun puisse s'exprimer. Le questionnement s'adapte lors de la rencontre à la dynamique de l'équipe.

Il se peut que toutes les dimensions de la prise en charge n'aient pu être analysées dans le temps imparti.

Les éventuels points à améliorer sont identifiés et validés par l'ensemble des professionnels.

Le cas doit être présenté de manière anonyme dès lors qu'une personne extérieure à la prise en charge est présente.

Grille pour la rencontre avec l'équipe

Étapes Thématiques	Thématiques V2014	Questionnement	P/E (Patient Équipe)	Critères
Admission et accueil du patient et de son entourage	PARCOURS	Quel a été le mode d'admission de ce patient ? - admission directe (dans le cas de filière/parcours spécifique par exemple) ; - admission programmée ; - admission par les urgences. En cas d'admission programmée, comment a été organisée la préadmission : fiche de préadmission remplie par l'établissement adresseur, planification des consultations et des examens ? Son délai d'attente est-il compatible avec sa prise en charge ? Les conditions de la prise en charge ont-elles été expliquées au patient ?	P/E	16a, 18a
Admission et accueil du patient et de son entourage Urgences	PARCOURS-URGENCES	Quelle a été la durée d'attente du patient aux urgences ? Était-elle compatible avec le degré d'urgence de sa prise en charge ?	P/E	25a
	PARCOURS-URGENCES	Les circuits de prise en charge et l'accueil du patient sont-ils adaptés (patients appartenant aux populations vulnérables, telles que les personnes âgées, les enfants-adolescents, les personnes handicapées, etc.) ?	P/E	19a
Admission et accueil du patient et de son entourage	PARCOURS DROITS DU PATIENT	Ses conditions d'accueil ont-elles été satisfaisantes ? Existe-t-il des modalités d'accueil du patient particulières si celui-ci appartient à une population vulnérable ? Le ou les professionnels référents du patient ont-ils été désignés ? A-t-on remis au patient le livret d'accueil et/ou le livret spécifique du service ? A-t-on expliqué au patient ce qu'est la personne de confiance et lui a-t-on proposé d'en désigner une ? Si oui, retrouve-t-on la personne de confiance dans le dossier du patient ? A-t-on informé le patient de son droit d'accès à son dossier médical ? A-t-on informé le patient de la possibilité de rédiger des directives anticipées ?	P/E	11a, 13a, 16a, 14b, 19a

Le patient-traceur en établissement de santé

Accueil de son entourage	DROITS DU PATIENT PARCOURS	Les proches peuvent-ils facilement venir voir le patient en ce qui concerne les horaires de visite, la possibilité d'hébergement ?	P/E	10d, 6c
	DROITS DU PATIENT DROITS DU PATIENT EN FIN DE VIE PARCOURS	Une organisation est-elle en place pour permettre ? - l'accueil et la présence en continu des parents des enfants hospitalisés (hormis prescription particulière dans l'intérêt de l'enfant) ; - l'accueil et la présence en continu des accompagnants des personnes handicapées ; - l'adaptation de l'accueil à la situation du patient (contrainte, isolement, etc.).	P/E	6c, 10d, 19a
	DROITS DU PATIENT DROITS DU PATIENT EN FIN DE VIE PARCOURS	En cas de situation grave, un accueil spécifique est-il organisé (espace d'information, d'écoute, et de soutien) ? Les conditions d'accès de son entourage sont-elles adaptées (horaires de visite, possibilités d'hébergement, possibilité d'accès permanent) ?	P/E	6c, 10d, 13a
Evaluation initiale et continue, projet personnalisé de soins	PARCOURS	Évaluation initiale L'évaluation initiale du patient a-t-elle été réalisée dans un délai adapté à son état de santé ?	E	17a,
	PARCOURS	Les éléments suivants sont-ils retrouvés dans le dossier du patient ? - les coordonnées du médecin désigné par le patient (il s'agit du médecin référent) ; - les coordonnées du médecin qui a adressé le patient, si différent du médecin référent ; - les coordonnées du médecin responsable du patient au cours de sa prise en charge hospitalière ; - le document médical à l'origine de la prise en charge : lettre du médecin qui a adressé le patient, lettre de mutation interservices ou transfert, fiche des urgences, lettre de consultation hospitalière (avec la nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences) ; le bilan fait en amont de l'hospitalisation, si applicable, etc. ; - les ordonnances du patient ; - le nom du pharmacien d'officine ; - le motif d'hospitalisation, les antécédents et les facteurs de risques du patient : médicaux, chirurgicaux, allergiques, et notamment relevé des allergies médicamenteuses ; - le repérage du risque suicidaire le cas échéant ; - le repérage des troubles nutritionnels : poids, taille, IMC ; - la dimension somatique en santé mentale, etc.	E	14a, 17a, 17b, 19b, 19c

Le patient-traceur en établissement de santé

Évaluation initiale et continue, projet personnalisé de soins	PARCOURS	- les éléments de connaissance du patient (exemples : son mode de vie, ses besoins et ses attentes) ; - l'identité de la personne de confiance (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec le patient) ; - l'identité de la personne à prévenir (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec le patient) ; - ses souhaits (exemple : chambre individuelle) ; - son traitement personnel, si applicable ; - si applicable, le repérage de ses troubles éventuels de la déglutition et son profil gériatrique justifiant une aide à l'administration, les informations nécessaires à la prise en charge des personnes handicapées (mode de communication, d'alimentation, troubles neuromoteurs, etc.) ; - si applicable, une fiche de liaison pour les personnes handicapées provenant de structure médico-sociale ; - ses constantes à l'arrivée (poids, taille, pouls, pression artérielle et constantes spécifiques du service) ; - l'évaluation de sa douleur ; - les conclusions de l'examen clinique initial ; - etc.	E	11a, 12a, 14a, 17a, 17b, 19a, 19b, 19c, 20a bis
	PARCOURS	L'élaboration du projet de soins personnalisé prend-il en compte la réflexion bénéfice-risque ? Le patient et son entourage ont-ils été impliqués dans la construction du projet de soins personnalisé ? Le projet de soins personnalisé a-t-il été élaboré avec l'ensemble des professionnels concernés ?	P/E	17a
	PARCOURS	Suivant la population à laquelle appartient le patient, une réflexion et un projet spécifique connus des professionnels sont-ils mis en œuvre ? Une formation/sensibilisation des professionnels a-t-elle été réalisée en direction des professionnels en lien avec la population à laquelle appartient ce patient ? Concernant ce patient : exemples d'actions menées en direction de la population à laquelle appartient ce patient.	P/E	17a, 19a
	PARCOURS	L'efficacité du traitement est-elle évaluée et la recherche d'éventuels effets secondaires réalisée ? Le projet de soins personnalisé a-t-il été réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et s'il y a lieu l'entourage ?	P/E	17a
	PARCOURS	Si le patient est en santé mentale, retrouve-t-on dans son dossier une évaluation régulière de son état somatique tout au long de l'hospitalisation ? En cas de restriction de liberté, la décision de mise en œuvre des mesures de limitation de liberté est-elle motivée (réflexion bénéfice-risque), réévaluée et tracée dans le dossier du	P/E	14a, 17b
	PARCOURS			

Le patient-traceur en établissement de santé

		patient (prescription médicale), et l'information du patient (et/ou entourage) et la recherche de son consentement sont-elles tracées ?		
Évaluation initiale et continue, projet personnalisé de soins	PARCOURS	Les informations médicales relatives à l'évolution de sa prise en charge durant son hospitalisation sont-elles actualisées ? Les correspondances échangées entre les professionnels de santé, les nouvelle(s) prescription(s), les résultats des examens et des consultations sont-ils retrouvés dans le dossier ? Les décisions prises au cours de réunions multiprofessionnelles et/ou multidisciplinaires sont-elles tracées ? Les autres éléments du dossier sont tracés. Ils concernent : - la fiche inventaire ; - les soins réalisés par les aides-soignantes : toilettes, environnement, prise des repas, etc. ; - les éléments de traçabilité des autres intervenants sont actualisés, notamment ceux issus : • du kinésithérapeute, • de la diététicienne, • de l'assistance sociale, • de l'ergothérapeute, • du psychologue, • de l'EMSP.	E	14a
Information du patient Consentement et participation du patient	DROITS DU PATIENT	Le patient a-t-il été informé sur sa maladie, ses examens (la date prévue, et les résultats de ces examens), son traitement, les modifications apportées à son traitement ? Le patient a-t-il été informé des complications possibles avant des examens « invasifs » (information orale complétée de supports écrits remis et expliqués au patient, accès à des ressources d'information extérieures si besoin) et a-t-on recherché son consentement ? Le consentement du patient en cas d'examen biologique le nécessitant est-il tracé ? L'information donnée au patient et à ses proches sur son état de santé, sur ses examens, sur ses traitements est-elle tracée ?	P/E	11a, 11b
Examens complémentaires	IMAGERIE BIOLOGIE	Les prescriptions d'examens complémentaires ou demandes d'avis complémentaires sont-elles identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen datées et signées) ? Les délais d'obtention de RDV et de retour des résultats d'examens sont-ils compatibles avec la prise en charge du patient ?	E	21a, 22a

Le patient-traceur en établissement de santé

Examens complémentaires	MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DANS LES SECTEURS À RISQUE GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	Endoscopie : Le patient a-t-il été informé à toutes les étapes de sa prise en charge (bénéfice-risque et consentement éclairé recueilli, consignes avant et après la procédure) ? L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est-il opérationnel et conforme aux règles définies (enseignements médicaux, réflexion bénéfice-risque, risques spécifiques pour ce patient, notamment évaluation risque ATNC, risque de saignement, risques allergiques, etc.) ? Retrouve-t-on le compte-rendu, la check-list si applicable, la fiche de liaison entre secteur d'endoscopie et service clinique, etc. ? La traçabilité de l'acte, du nettoyage, désinfection du stockage de l'endoscope est-elle effective ? Évaluation portant sur identification du patient/dignité/intimité/confidentialité.	P/E	26b
Prise en charge médicamenteuse	MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	Continuité du traitement médicamenteux Le traitement personnel du patient à l'admission a-t-il été pris en compte ? Retrouve-t-on dans le dossier les ordonnances du patient, le nom du pharmacien d'officine ? Retrouve-t-on dans le dossier la traçabilité du retrait de ses médicaments personnels à l'admission, sauf avis du médecin et/ou du pharmacien ? Le cas échéant, a-t-on une trace de la conciliation médicamenteuse à l'admission ?	P/E	20a bis
Prise en charge médicamenteuse	MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	Prescriptions médicamenteuses Les prescriptions médicamenteuses de même que les modifications des prescriptions sont-elles datées, avec le nom du prescripteur, (par un médecin habilité à prescrire), signées et lisibles : poids, taille, dénomination du médicament, posologie (dosage unitaire, rythme d'administration et voie d'administration) ? Absence d'abréviation (en l'absence d'informatisation). Si prescription d'injectables, les modalités de dilution, de la vitesse et de la durée de perfusion, en clair ou par référence à un protocole préétabli à dispensation contrôlée, sont-elles précisées ? L'évaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures est-elle tracée ?	E	20a bis, 8h
Prise en charge médicamenteuse	MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	Dispensation Les ordonnances pour les médicaments à risques et les médicaments à dispensation contrôlée sont-elles préétablies ? Les interventions pharmaceutiques à la suite de l'identification d'une anomalie dans la prescription sont-elles tracées dans le dossier ?	E	20a bis, 8h
Prise en charge médicamenteuse	MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	Administration Si applicable, le repérage des troubles éventuels de la déglutition et du profil gériatrique justifiant une aide à l'administration, les informations nécessaires à la prise en charge des personnes handicapées (mode de communication, d'alimentation, troubles neuro-moteurs, etc.) sont-ils retrouvés dans le dossier ? Le support de traçabilité de l'administration est-il adapté ?	P/E	20a bis

Le patient-traceur en établissement de santé

Prise en charge médicamenteuse		Retrouve-t-on la date, l'heure, la dose administrée, le nom et le prénom, ou initiales avec correspondance dans le dossier de l'infirmier(ère) ayant administré le médicament ? L'aide à l'administration est-elle tracée (si applicable) ? En cas de non-administration, le motif et l'information du médecin sont-ils tracés ?		
	MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	Information du patient et éducation du patient à la prise de son traitement L'information du patient sur les modifications apportées à son traitement est-elle réalisée et tracée ? Si applicable, l'éducation du patient à la prise de son traitement médicamenteux (type de médicament, utilité et intérêt, administration et surveillance) est-elle réalisée et tracée ?	P/E	11a, 20a bis
Prise en charge de la douleur	PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	Le patient a-t-il été douloureux ? L'évaluation et la réévaluation de la douleur sont-elles réalisées et tracées ? Une (des) grille (s) d'évaluation de la douleur spécifique (s) est (sont)-elle(s) utilisée(s) si besoin ? Des modifications du traitement ont-elles été apportées ? Si applicable, la prescription pour la prise en charge de la douleur (ou le suivi du protocole antalgique) est-elle effective ? Le patient a-t-il été soulagé ? Les besoins d'éducation thérapeutique sur la prise en charge de la douleur du patient ont-ils été évalués ? La mise en place de l'éducation thérapeutique à la PEC de la douleur, si besoin identifiée, est-elle tracée ?	P/E	12a
Éducation thérapeutique du patient. Prévention et éducation pour la santé	PARCOURS	Les besoins en termes d'actions éducatives ont-ils été évalués ? Si un besoin d'actions éducatives est identifié : - le patient participe-t-il à un programme d'ETP autorisé ? • Si programme d'ETP autorisé dans l'établissement : mise en place d'un projet d'ETP personnalisé. • Si pas de programme dans l'établissement mais dans l'environnement : organisation mise en œuvre pour permettre au patient d'entrer dans ce programme, - ou bien, le patient bénéficie-t-il d'activités d'éducation ciblée (apprentissage d'un geste, d'une technique de soin, d'une auto-surveillance ou d'une auto-évaluation de symptômes, en préparation d'une inclusion dans un programme d'ETP, ou en soutien du patient en l'absence de suivi éducatif structuré ; lors de l'analyse avec le patient d'un incident qui l'a amené aux urgences, etc.). • Les actions d'éducation thérapeutique ciblées, le cas échéant, sont-elles tracées ? Le patient a-t-il appris des conduites lui permettant de gérer sa maladie ? Quels sont les domaines dans lesquels le patient a acquis de l'autonomie ou n'est pas encore autonome ? Des actions d'éducation à la santé, notamment dans le domaine nutritionnel, sont-elles mises en œuvre auprès du patient et de son entourage ? Le contrôle des vaccinations a-t-il été réalisé ?	P/E	23a, 19b

Le patient-traceur en établissement de santé

Identification du patient	IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE LA PRISE EN CHARGE	À son arrivée, une vérification de l'identité (identité du patient, bracelet d'identification, etc.) a-t-elle été réalisée en lien avec les documents administratifs du patient (exemple : étiquettes, etc.) ? Lors de l'administration ou de la réalisation d'un acte, la vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et l'identité du patient concerné par la prescription est-elle tracée ? Chaque pièce du dossier comporte-t-elle l'identification du patient (nom, prénom, date de naissance ou numéro d'identification, la date ou l'identité du professionnel qui a recueilli ou produit l'information ?	P/E	15a
Urgences vitales	PARCOURS DU PATIENT	Si le patient était concerné, le matériel était-il disponible et opérationnel ? Dans tous les cas : - le matériel est-il disponible et opérationnel actuellement ? - les numéros d'appels sont-ils disponibles dans tous les secteurs ? - les professionnels ont-ils été formés à la prise en charge des urgences vitales ?	E	18b
Bloc opératoire	MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE-PARCOURS	Les éléments suivants sont-ils réalisés et tracés dans le dossier du patient ? - les informations médicales issues de la consultation externe ou lors du passage aux urgences (identification d'une fiche de liaison, fiche de suivi, etc.), les risques spécifiques à ce patient ; - la fiche de liaison secteur/BO : modalités de préparation du patient dans le service (respect du jeûne, douche et préparation cutanée, préparations spécifiques) et délivrance du traitement per os (prémédication), etc. ; - l'information sur le bénéfice-risque chirurgical et anesthésique et le consentement éclairé ; - le dossier d'anesthésie complet : consultation, visite préanesthésique (prémédication), suivi (antibioprophylaxie per opératoire), phase postopératoire avec des prescriptions médicamenteuses conformes aux bonnes pratiques ; - la surveillance en salle de réveil, les événements indésirables (si applicable), les conditions de sortie de salle de réveil ; - les évaluations régulières de la douleur et les traitements antalgiques ; - le compte-rendu opératoire et le CR d'anesthésie ; - les DMI implantés et les actes ; - la check-list sécurité du patient ; - la fiche de liaison postopératoire ; - les résultats des examens radiologiques ou anatomopathologiques (extemporanés). Dans le dossier transfusionnel (si applicable) : informations et consentement du patient sur le risque transfusionnel pré et postopératoire, produits sanguins administrés, carte de contrôle prétransfusionnel ultime ; <i>Vérifier avec les professionnels :</i> - les modalités d'organisation entre le bloc et les secteurs cliniques : avant et après l'intervention ; - le suivi de l'information des familles pendant la phase opératoire ; - l'existence de réunions communes entre secteurs cliniques et bloc opératoire ; - l'analyse et le traitement des EI entre le secteur et le bloc (RMM communes).	E	26a

Le patient-traceur en établissement de santé

Continuité et coordination des soins	PARCOURS DU PATIENT	Le délai entre l'arrivée dans le service et l'évaluation initiale est-il adapté ? L'information présente dans le dossier du patient permet-elle la continuité des soins (coordination de la PEC et relais entre équipes) ? La réflexion multidisciplinaire autour de la prise en charge du patient est-elle tracée dans son dossier ? En cas de transfert d'un service à un autre, en cas d'admission directe ou de transfert d'un autre établissement, toutes les données permettant la continuité des soins sont-elles retrouvées dans le dossier du patient ? En cas d'hospitalisations itératives (maladie chronique, cancer, etc.), les CR d'hospitalisation sont-ils présents dans le dossier ? Toutes les ressources/compétences sont-elles disponibles 24 h/24 ? Les professionnels ont-ils pu avoir accès à des avis compétents dans l'établissement ou à l'extérieur si nécessaire ?	E	18a
Gestion des données du patient	DOSSIER PATIENT	Tous les éléments écrits comportent-ils l'identification du rédacteur, la date et l'heure de rédaction, lisibles et indélébiles ? Le classement du dossier, le rangement et l'ergonomie du dossier sont-ils satisfaisants ? Les dossiers sont-ils facilement accessibles à tous les acteurs de soins pendant le séjour ? Les données issues des hospitalisations antérieures ou des consultations sont-elles aisément accessibles ? La communication du dossier entre professionnels se fait-elle en temps utile ? L'accès à l'information est-il aisé, notamment en cas de double support informatique et papier ?	E	14a
Sortie du patient (ou transfert)	PARCOURS DU PATIENT	La sortie ou le transfert est-il planifié et organisé dès l'admission ? Le projet de sortie associe-t-il le patient et son entourage, et tient-il compte du point de vue du patient et/ou de son entourage ? En cas de maladie chronique, de cancer, d'une appartenance à une population vulnérable, et lorsque le suivi est complexe, l'organisation de la sortie (ou du transfert) est-elle réalisée en lien avec le médecin traitant, l'assistante sociale et les professionnels d'aval (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.) ? Si applicable, l'évaluation régulière du patient somatique, psychique et thymique, cognitive, sociale, des handicaps et de la dépendance est-elle réalisée (si besoin, consultation assistante sociale) ? Le médecin traitant est-il informé pendant l'hospitalisation de la sortie du patient (si patient « sortant ») ? Le médecin traitant est-il informé sur le plan de soins prévu pour la poursuite du traitement en ambulatoire ?	P/E	24a

Le patient-traceur en établissement de santé

Sortie du patient (ou transfert)	PARCOURS DU PATIENT	La disponibilité des dispositifs médicaux nécessaires au retour à domicile a-t-elle été anticipée (le cas échéant) ? Si patient-traceur est réalisé au moment de la sortie du patient : a minima, un document de sortie/synthèse du séjour du patient lisible par lui, destiné aux professionnels et disponible le jour de la sortie, a-t-il été réalisé dans le but d'assurer la continuité de la prise en charge ? Une information a-t-elle été donnée au patient et/ou son entourage sur son traitement de sortie, les éléments à surveiller de retour à domicile et la surveillance (consultation de suivi, soins paramédicaux, régime, etc.), l'ordonnance a-t-elle été remise au patient, et l'information donnée est-elle tracée ? Les prescriptions sont-elles conformes aux bonnes pratiques, prenant en compte le traitement personnel du patient ? Le patient est-il stable au moment de sa sortie et son plan de soins permet-il son retour à domicile ou son transfert ? Un questionnaire de sortie a-t-il été remis au patient ? Un courrier de fin d'hospitalisation est-il transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires ?	P/E	24a, 6g
Transfusion	MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	Les procédures relatives à la maîtrise du processus transfusionnel sont-elles mises en œuvre et tracées, soit l'information prétransfusionnelle et recherche du consentement, bilan prétransfusionnel, prescription dans le dossier transfusionnel, réalisation du contrôle ultime, information du patient et suivi posttransfusionnel ?	E	17a
Droits du patient	DROITS DU PATIENT	Les besoins et attentes du patient et de son entourage ont-ils été recherchés et pris en compte ? L'expression du patient et de ses proches a-t-elle été favorisée ? Des actions spécifiques pour ce patient visant la promotion de la bientraitance (respect de ses convictions religieuses, prise en compte du handicap, groupe de parole et de soutien, etc.) ont-elles été mises en place ? Les conditions de réalisation des soins et d'hébergement respectent-elles la dignité et l'intimité du patient (rideaux, paravents, etc.). La confidentialité des informations relatives au patient (échange d'informations concernant le patient, etc.) est-elle assurée ? Si hospitalisation sans consentement, la recherche de l'adhésion du patient tout au long de son hospitalisation est-elle tracée ? Le patient a-t-il été accompagné pour l'obtention de ses droits pour l'accès aux soins et aux aides pour le retour à domicile, si nécessaire ?	P/E	Réf. 10 et 11

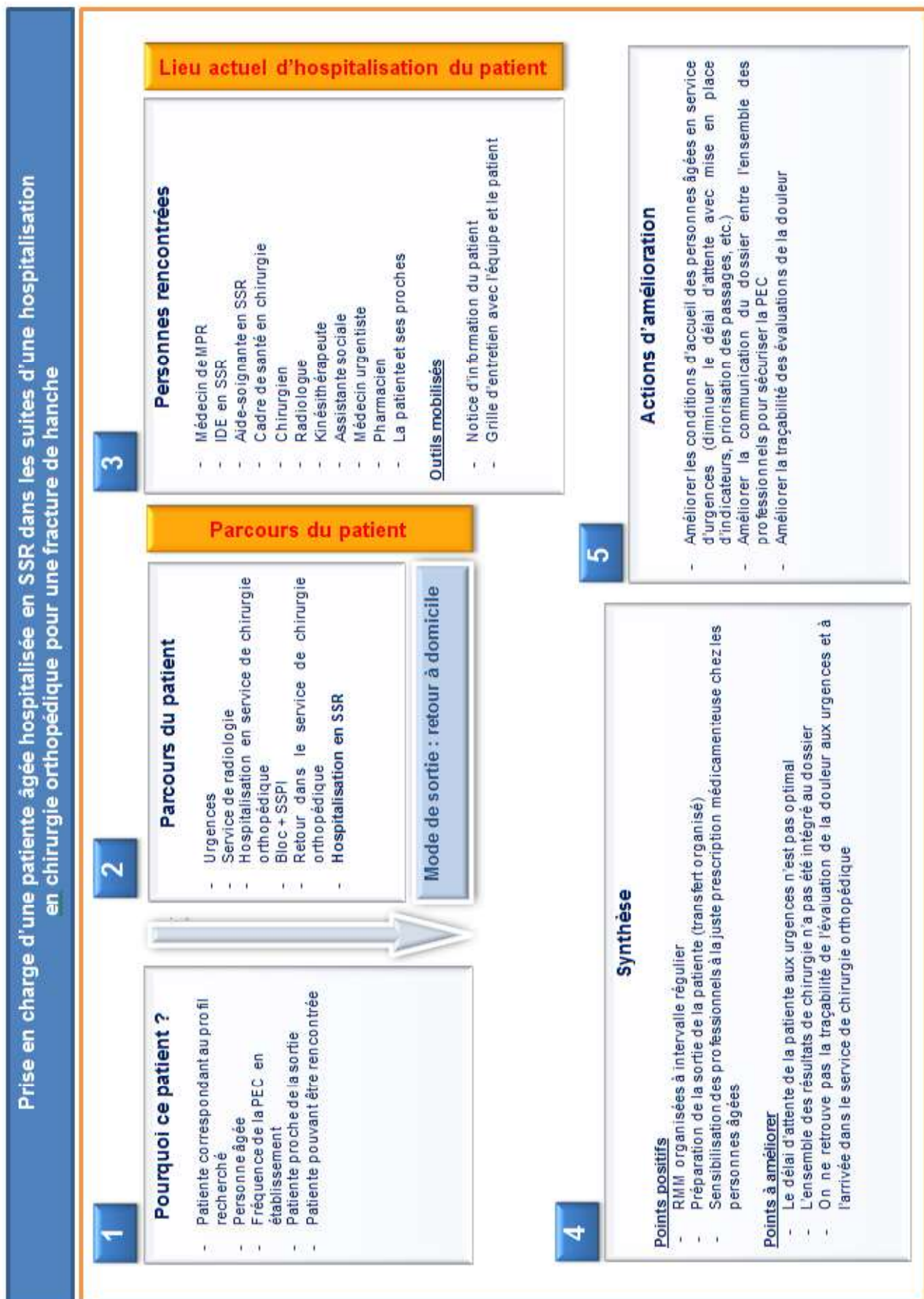
Le patient-traceur en établissement de santé

Fin de vie	PRISE EN CHARGE ET DROITS DES PATIENTS EN FIN DE VIE	Les patients adultes ont-ils reçu des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation, et sur leurs droits d'établir des directives anticipées ? Les volontés du patient ont-elles été tracées (le cas échéant, conservation des directives anticipées) ? Des réunions de discussion pour ce patient sont-elles mises en œuvre qui permettent la réflexion sur le bien-fondé de certains traitements au regard du bénéfice pour le patient ? Le projet pour le patient et ses proches est-il défini et tracé dans le dossier ? L'accès aux associations et bénévoles a-t-il été facilité ? Une aide aux soignants du patient est-elle proposée ?	P/E	13a
Environnement	GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	L'information donnée au patient et à l'entourage en cas d'isolement (risque infectieux) est-elle réalisée et tracée ? Les procédures et protocoles sont-ils appliqués (hygiène des locaux, hygiène des mains, précautions standards, etc.) ?	P/E	7d, 7e, 8g, 8h
Gestion des événements indésirables	MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	Si un EI a concerné ce patient, cet événement a-t-il été signalé ? Une analyse de cet événement a-t-elle été réalisée ? Une action d'amélioration a-t-elle été mise en place ? Le patient a-t-il été informé en cas de dommage, et l'information donnée au patient et/ou à ses proches a-t-elle été tracée ?	P/E	11c, Réf. 28, 8f
Sécurité des biens et des personnes	PROCESSUS LOGISTIQUES	Le transport de ce patient a-t-il respecté les exigences de sécurité et d'hygiène, le respect de la dignité, de la confidentialité et du confort du patient ?	P/E	6e
Démarches EPP Formations	MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	Les professionnels sont-ils impliqués dans des démarches d'EPP ? Lesquels ? Les professionnels ont-ils connaissance des résultats des indicateurs, notamment des (indicateurs de Qualité et de Sécurité des Soins [IQSS]) ? Sont-ils associés à l'analyse de leurs résultats ? À ceux de leurs secteurs ? Aux indicateurs de spécialité les concernant ? De quelles formations ont-ils bénéficié (ex : prise en charge médicamenteuse, maîtrise du risque infectieux, etc.) ?	E	28a, b, c
Satisfaction du patient	DROITS DES PATIENTS	Un questionnaire de satisfaction va-t-il être remis au patient ? D'une façon générale, êtes-vous informés des résultats des évaluations de la satisfaction par service et pour l'établissement ?	P/E	9b

Annexe 4. Fiche de synthèse patient-traceur

Fiche de synthèse patient-traceur Profil :		
Date (mois/année)	Patient-traceur n° ...	
Unité/Service/Secteur		
Animateur		
Fonctions des membres de l'équipe présents		
Synthèse		
Liste Domaines/Thématiques	Points positifs de la prise en charge	Commentaires
Liste Domaines/Thématiques	Points à améliorer	Priorisation pour les actions d'amélioration

Annexe 5. Quatre exemples de patients-traceurs



Prise en charge d'une patiente de 71 ans hospitalisée en HAD, transférée d'orthopédie où elle a été hospitalisée pour un parage de plaie

1

Pourquoi ce patient ?

- Patient correspondant au profil recherché
- Hospitalisation dans plusieurs services
- Hospitalisation récente en HAD (cela permet d'analyser la coordination entre les deux services avec les acteurs des deux services)
- Patient pouvant être rencontrée
- Disponibilité de l'infirmière d'HAD

2

Parcours du patient

- Urgences
- Hospitalisation complète en orthopédie
- Transfert en HAD

Accueil de la patiente en HAD depuis 3 jours

4

Synthèse

Points positifs

- Une organisation en place pour assurer le transfert des compétences des libéraux (temps d'échange chez la patiente entre l'IDE de l'HAD et l'IDE libérale)
- Une organisation logistique très réactive

Points à améliorer

- La traçabilité du suivi de la patiente par l'IDE libérale n'est pas réalisée
- Le signalement d'un événement indésirable lié aux soins n'a pas été réalisé. Seuls les ELI logistiques sont signalés
- L'automédication de la patiente
- L'organisation de la prise en charge en HAD est mal connue de la patiente

3

Personnes rencontrées en HDJ

- Médecin coordonnateur de l'HAD
- IDE en charge de la patiente en HAD
- Cadre de santé en HAD
- Préparatrice en pharmacie
- Logisticien
- IDE d'orthopédie
- Chirurgien orthopédiste
- Médecin urgentiste
- Pharmacien
- La patiente et ses proches

Outils mobilisés

- Grille d'entretien
- Réglementation
- Notice d'information du patient

Lieu actuel d'hospitalisation du patient

5

Actions d'amélioration

- Assurer la coordination des soins dans le dossier en traçant le suivi des patients par l'IDE libérale et la traçabilité des évaluations hebdomadaires par les professionnels de l'HAD
- Mettre en place une formation des professionnels sur le signalement des événements indésirables liés aux soins
- Améliorer la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse en s'assurant de l'absence d'automédication par les patients
- Renforcer l'information des patients sur l'organisation dès la prise en charge en HAD (fiche d'information, rencontre systématique avec l'équipe d'HAD)

Prise en charge d'une patiente de 86 ans hospitalisée en SSR de gériatrie, dans les suites d'une hospitalisation en réanimation pour pneumopathie franche lobaire aigue

1

Pourquoi ce patient ?

- Patiente correspondant au profil recherché
- Personne âgée
- Hospitalisation dans plusieurs services (urgences, réanimation, SSR gériatrie)
- Patiente « sortante »
- Patiente pouvant être rencontrée

2

Parcours du patient

- Urgences
- Réanimation médicale
- Soins aigus gériatriques
- Hospitalisation en SSR gériatrie

Mode de sortie : retour à domicile

4

Synthèse

Points positifs

- Les staffs quotidiens et hebdomadaires
- La préparation de la sortie avec un entretien systématique avec les professionnels compétents, la lettre de sortie remis à la patiente et envoyée au MT le jour de la sortie
- La démarche EPP sur la douleur a donné lieu à un memento format « poche »

Points à améliorer

- Les résultats de la consultation ne sont pas mentionnés dans le dossier
- Une communication insuffisante entre les services de réanimation et de SSR lors du transfert de la patiente
- Une réflexion à mener sur l'identification des personnes âgées présentant des troubles cognitifs
- L'absence de signalement d'un EI lié aux soins, du partage de cet EI en équipe, de la traçabilité de l'information donnée à la patiente concernant cet EI
- Une structuration du dossier informatisé non optimale

3

Personnes rencontrées

- Chef de pôle
- Médecin référent de la patiente en SSR
- IDE
- Aide-soignante
- Cadre de santé en SSR
- Préparatrice en pharmacie
- Assistante sociale
- Kinésithérapeute
- Responsable médical de la réanimation
- Médecin référent en soins aigus gériatriques
- Pharmacie
- La patiente et ses proches

Outils mobilisés

- Grille d'entretien avec l'équipe et le patient
- Notice d'information du patient

Lieu actuel d'hospitalisation du patient

5

Actions d'amélioration

- Améliorer la communication entre les services au moment du transfert des patients
- Sécuriser le processus d'identification des personnes âgées
- Mettre en place une formation sur le signalement des événements indésirables liés aux soins
- Améliorer la structuration du dossier informatisé

Prise en charge d'un patient hospitalisé en HDJ dans les suites d'une hospitalisation complète de psychiatrie pour une symptomatologie négative dans le cadre d'une schizophrénie paranoïde

1

Pourquoi ce patient ?

- Patient correspondant au profil recherché
- Ancienneté de la PEC en HDJ (3 semaines)
- Hospitalisation et ré-hospitalisation antérieures en HC
- Patient pouvant être rencontré

2

Parcours du patient

- Urgences psychiatriques
- Hospitalisation complète
- Sortie du patient
- Réadmission en hospitalisation complète

Hospitalisation en HDJ

3

Personnes rencontrées en HDJ

- Médecin référent du patient en HDJ
- IDE en HDJ
- Cadre de santé en HDJ
- Educateur spécialisé
- Médecin référent du patient en hospitalisation complète
- Médecin urgentiste
- Pharmacie
- Le patient et ses proches

Outils mobilisés

- Grille d'entretien
- Notice d'information du patient

Lieu actuel d'hospitalisation du patient

4

Synthèse

Points positifs

- Temps d'échange en équipe nombreux et riches
- Réflexion ancienne sur la bientraitance
- Actions éducatives structurées

Points à améliorer

- Place effective du patient et de son entourage dans le projet de soins personnalisé
- Les résultats de la consultation ne sont pas mentionnés dans le dossier
- L'autonomie du patient pour la prise médicamenteuse n'est pas mentionnée dans le dossier
- Le livret d'accueil de l'établissement n'est pas adapté à l'HDJ

5

Actions d'amélioration

- Mettre en place un dossier du patient partagé pour assurer la continuité des soins
- Améliorer la sécurisation de l'administration médicamenteuse
- Elaborer un livret d'accueil adapté à l'HDJ

Remerciements

Le projet a été conduit par la HAS, au sein de la direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS), sous la responsabilité de M. Thomas LE LUDEC, dans le service développement de la certification (SDC), sous la responsabilité du D^r Vincent MOUNIC par le Dr Isabelle RULLON, chef de projet.

L'assistance à la gestion de projet et la mise en forme du document ont été réalisées par M^{me} Sylvia DESNOYERS.

La recherche documentaire a été effectuée par M^{me} Emmanuelle BLONDET, documentaliste et M^{me} Renée CARDOSO, assistante documentaliste, celle du cadre juridique par M^{me} Caroline ABELMANN et M^{me} Ariane SACHS.

Les déclarations d'intérêts des experts ayant participé aux réunions de travail sont consultables sur le site de la HAS (www.has-sante.fr).

Groupe de travail N°1

Emmanuelle BLONDET, documentaliste, Service documentation et information des publics, unité documentation, HAS.

Laurence CHAZALETTE, chef de projet, Service évaluation et amélioration des pratiques, DAQSS, HAS.

D^r Mounir EL-MHAMDI, chef de projet, unité information certification, Service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS.

Muriel JAKUBOWSKI, chef de projet, Service développement de la certification, DAQSS, HAS.

Philippe LALY, adjoint au chef du service, unité experts visiteurs, Service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS.

Thierry de LAMBERT, chef de projet, unité experts visiteurs, Service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS.

M. Marc MILLAN, cadre de santé bloc opératoire, RAQ, expert-visiteur HAS, clinique La-Parisière, Bourg-de-Péage.

D^r Vincent MOUNIC, chef de service, Service développement de la certification, DAQSS, HAS.

D^r Geneviève ROBLÈS, PH, anesthésiste-réanimateur, CHRU, Montpellier.

D^r Isabelle RULLON, chef de projet, coordonnateur du projet, Service développement de la certification, DAQSS, HAS.

Ariane SACHS, chargée de mission, mission juridique, HAS.

Groupe de lecture N°1

Caroline ABELMANN, juriste, mission juridique, HAS.

Geneviève BAHEU, directrice des soins, membre de la Commission de certification des établissements de santé HAS, Clinique de l'Anjou, Angers.

Pauline BAILLEUL, responsable de département, Réseau Santé Qualité Nord-Pas-de-Calais Picardie, Armentières.

Bruno BALLY, adjoint du chef de service, mission sécurité du patient, DAQSS, HAS.

Charles BARRE, ingénieur qualité, direction qualité, CH, Le Mans.

Maëlla BEDDOU, chargée de mission DGOS, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), bureau PF2, Paris.

D^r Sylvia BENZAKEN, PH, immunologiste, vice-présidente de CME, pôle laboratoire, CHRU, Nice.

P^r Jean-Louis BERNARD, pédiatre, AP-HM, expert-visiteur HAS, ViGeRiS, Marseille.

Isabelle BERNARDI, chargée de mission qualité, Institut de cancérologie de Lorraine, service qualité, gestion des risques et efficience, Vandœuvre-lès-Nancy.

Nicole BERTINI, cadre supérieur de santé, expert-visiteur, CH, Bourg-en-Bresse.

D^r Emmanuel BOLZINGER, obstétricien, Natecia, Lyon.

Isabelle BONILL, cadre kinésithérapeute, SSR locomoteur, Centre Maguelone, Castelnau-le-Lez.

D^r Roland BOUET, psychiatre, DIM, pôle de psychiatrie générale, CH Henri-Laborit, Poitiers.

Martine BOUYSSIÉ, responsable qualité méthodes et évaluation, direction générale, Institut Paoli-Calmettes CLCC, Marseille.

Christine BRONNEC, chef de bureau R4, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Paris.

Malika BROTFELD, coordonnateur général des soins, Département de l'organisation des soins, de la qualité et de la gestion des risques, CHI d'Aix/Pertuis, Aix-en-Provence.

Loïc BRUGÈRE, responsable qualité, direction qualité, clinique Saint-Vincent-de-Paul, Lyon.

Françoise BRUNEAUD, directeur Qualité, direction qualité, CH, Le Mans.

Gaël BRUX, coordonnateur GDR, clinique Saint-Jean, Montpellier (avec la collaboration des correspondants qualité de l'établissement).

D^r Sophie BRUYELLE, médecin généraliste, SSR Le Brasset, Meaux.

Laëtitia BUSCOZ, directrice, BAQIMEHP, Paris.

Catherine BUSSY, cadre de santé, coordonnateur de la qualité des soins, Institut Gustave-Roussy, direction qualité, gestion des risques, relations patients, Villejuif.

René CAILLET, pôle organisation sanitaire et médico-sociale, Fédération hospitalière de France (FHF), Paris.

Émilie CARLOT, qualitiicienne, CH, Nérès-les-Bains.

Simone CASANOVAS, directrice, clinique psychiatrique du Pré, Théza.

Amélie CHARRETIER, directeur, direction qualité gestion des risques, CHU, Montpellier.

Laëtitia CHEVALIER, chargée de mission, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Paris.

Christiane CHEVILLARD, chargée de mission DPC, Service du développement de la formation continue, ANFH national, Paris.

Christiane COUDRIER, directeur général, CHU, Nantes.

Cécile CRISTIANO, ingénieur qualité et les membres du bureau qualité, CHI d'Aix/Pertuis, Aix-en-Provence.

D^r Marie-José d'ALCHE-GAUTIER, PH, responsable de l'unité d'évaluation médicale, CHU, Caen.

Marie-José DARMON, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, direction qualité, CH, Le Mans.

D^r Valentin DAUCOURT, médecin de santé publique, RéQua, FORAP.

Michel DAVID, responsable assurance qualité, SSR Le Brasset, Meaux.

Anne de JÉSUS, chargée de projets, UNICANCER, direction qualité et PMS, Paris.

Thierry de LAMBERT, directeur des soins, CH, Chambéry.

Caroline DEAU, adjoint de direction qualité-risque-évaluation, GCS cliniques Adassa-Diaconat-Sainte-Odile, Strasbourg.

Jacques DEFER, directeur adjoint, directeur qualité et gestion des risques, expert-visiteur HAS, CH, Rouffach.

Philippe DOMY, Président, Conférence des directeurs généraux de CHRU, CHU, Montpellier.

Édith DUFAY, PH, pharmacien chef de service, membre de la Commission de certification des établissements de santé (HAS), CH, Lunéville.

Lucie DURAND, ingénieur qualité, CH, Armentières.

D^r Hélène ESPÉROU, directrice, UNICANCER, direction qualité et PMS, Paris.

Sylvie FOISSAUD, ingénieur qualité, direction qualité risques évaluation, CHU, Angers.

Julie GAUTHIER, conseiller santé-social, FEHAP, Paris.

Véronique GHADI, chef de projet, Service du développement de la certification, Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, Haute Autorité de Santé.

D^r Bernard-Alex GAÜZÈRE, PH, réanimateur, coordinateur pédagogique, professeur visiteur de l'université Bordeaux-Segalen, expert-visiteur coordonnateur HAS, CH Félix-Guyon, CHU, La Réunion.

Patrick GRIGNON, directeur qualité gestion des risques, CHU, Dijon.

Béatrice GUILLOU, responsable qualité gestion des risques, CH du Pays d'Eygurande, Monestier-Merlines.

Marie-Claude HAHN, directeur adjoint en charge de la qualité des risques et des relations avec les usagers, CH de l'Ouest Vosgien, Neufchâteau et Vittel.

D^r Jean HALLIGON, angiologue, membre de la Commission de certification des établissements de santé (HAS), La Membrolle.

Norbert IVANOFF, responsable qualité, clinique psychiatrique des Trois Lucs, clinique Mon Repos, Groupe ORPEA-CLINEA, Marseille.

D^r Yves JOUCHOUX, PH, pôle stratégie, qualité-risques et usager, pôle anesthésie médecine d'urgence, expert-visiteur coordonnateur HAS, CHU, Amiens.

D^r Joëlle JOUNEAU, pharmacien, directrice qualité, Institut Bergonié, Bordeaux.

Martine JOUZEL, directrice, CH, Janzé.

Catherine LANGENIEUX, cadre assistante de direction, responsable assurance qualité, SSR locomoteur, Castelnau-le-Lez.

D^r Clotilde LATARCHE, PH, santé publique et médecine sociale, EVALOR, CHU, Nancy.

Thomas LAVERSIN, Service Qualité - Gestion des Risques, Hôpital privé La Louvière - Générale de Santé, Lille.

Anne-Laure LE GUERN, ingénieur qualité, direction qualité risques évaluation, CHU, Angers.

Mélaine LECLERC, qualitiennne, CH, Janzé.

D^r Marie-Suzanne LEGLISE, PH, gériatre, pôle de gériatrie, CHRU, Montpellier.

Francis LEJEUNE, gestionnaire des risques, direction qualité, expert-visiteur coordonnateur HAS, CH Montpellier, Aix-en-Provence.

Mikaël LE MOAL, chargé de mission, DGOS, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Direction générale de l'offre de soins (DGOS) / bureau PF2, Paris.

Olivier LEROUGE, directeur des soins, expert-visiteur coordonnateur HAS, CHU, Rennes.

Hervé LETEURTRE, directeur, direction qualité risques évaluation, CHU, Rouen.

Isabelle L'HOPITAL-ROSE, directrice, Natecia, Lyon.

Charlyne LUC, responsable qualité, gestion des risques, clinique du Parc, Lyon.

Dominique MARTIN, adjointe à la chef de bureau, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Paris.

Christian MEJEAN, psychiatre hospitalier, retraité, expert-visiteur HAS, CHITS, Toulon.

Monique MAZARD, directeur, CHU, pôle parcours patient – qualité risques évaluation développement durable, Nice.

Renelle MENNESSIER, responsable qualité et gestion des risques, HAD France, expert-visiteur HAS, Paris.

Fabienne MENOT, conseiller technique auprès du directeur, DAQSS, HAS.

D^r Frédérique MICOT, anesthésiste réanimateur, médecin DIM, expert-visiteur HAS, Hôpital privé Les Franciscaines, Nîmes.

Isabelle MONNIER, directrice des soins, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Direction générale de l'offre de soins (DGOS)/RH2, Paris.

Gilbert MOUNIER, consultant qualité gestion des risques évaluation, management intégré QSE, SOFGRES.

D^r Patrick NACHIN, expert-visiteur coordonnateur HAS, RéQua, Besançon.

Marie-Odile NAULT, responsable relations patients et affaires juridiques médicales, direction générale, groupe hospitalier Paris Saint-Joseph (GhPSJ), expert-visiteur coordonnateur HAS, Paris.

Bérangère OLIVIER, adjointe de direction, responsable qualité groupe C2S, clinique du Parc, Lyon.

Pascal OUDOIRE, responsable qualité gestion des risques, Fondation Ellen Poidatz, Saint-Fargeau-Ponthierry.

Marie-Hélène PARIS, coordonnateur gestion des risques, CH, Nérès-les-Bains.

Caroline PATTIER, responsable qualité gestionnaire des risques, polyclinique Saint-Laurent, Rennes.

Aurélien PECQUERAUX, directrice qualité, CH, Lens.

D^r Nicole PERIER, médecin coordonnateur, direction qualité, évaluation des pratiques professionnelles et certification, AP-HP, Paris.

D^r Pierre PERUCHO, médecin anesthésiste, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, cellule qualité gestion des risques, expert-visiteur HAS, CH, Perpignan.

Annie PETIT, responsable des soins, SSR Le Brasset, Meaux.

D^r Pascal PFISTER, médecin chargé de mission, ministère des Affaires sociales et de la Santé, DGOS / bureau RH2, Paris.

Armelle ROCHAT, CDSS, pôle de gériatrie, CHRU, Montpellier.

Jean-Joachim ROYES, cadre kinésithérapeute, centre Korian William-Harvey, Saint-Martin-d'Aubigny.

Dominique SALGE, cadre de santé, hémodialyse, hôpital privé La Louvière, Lille.

Dominique SCHAFF, directeur adjoint, expert-visiteur HAS, Hôpitaux universitaires de Strasbourg, pôle de gestion des investissements et de la logistique, Strasbourg.

Isabelle SCHOENFEL, responsable qualité coordinatrice gestion des risques, Calydia, Santé rénale – dialyse, Vienne-Isère.

Delphine SEIGNEUR, IDE, responsable qualité, Association des insuffisants rénaux de Beauce et de Perche (AIRBP), Chartres.

Martine SÉNÉ-BOURGEOIS, représentante des usagers, Le Lien.

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

Olivier STCHEPINSKY, cardiologie, centre Korian William-Harvey, Saint-Martin-d'Aubigny.

Stanislas TAKOUGNADI, directeur, centre Korian William-Harvey, Saint-Martin-d'Aubigny.

D^r Laurence TIMSIT, médecin coordonnateur des risques associés aux soins, CH, Soissons.

Marc TISON, cadre supérieur de santé, CH, Janzé.

Patricia TISSANDIER, directrice, SSR Le Brasset, Meaux.

D^r Jean TORTORICI, médecin directeur, rééducateur, SSR locomoteur, Castelnau-Le-Lez.

Nicolas TOUCHON, responsable qualité, CRRF La Châtaigneraie, Menucourt.

D^r Michel TROADEC, CHI, expert-visiteur coordonnateur HAS, Fréjus-Saint-Raphaël.

Béatrice VANUXEM, directeur d'hôpital, direction générale – qualité, gestion des risques et communication, CHI Toulon-La Seyne, Toulon.

Stéphanie VAZILLE, ingénieur qualité et gestionnaire des risques, direction qualité – maîtrise des risques – développement durable, CH, Cannes.

D^r Isabelle VERHEYDE, anesthésiste-réanimateur, directrice, CH Roubaix, Réseau Santé Qualité Nord Pas-de-Calais Picardie, Roubaix Armentières.

Anne VITOUX, bureau qualité et sécurité des soins, ministère des Affaires sociales et de la Santé, Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Paris.

Établissements expérimentateurs

Une expérimentation, menée avec treize établissements de santé au premier semestre 2014, a permis de faire évoluer ce guide.

	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 SAINT-ODILE	Alsace	Privé non Lucratif
13	CHU de TOURS	Centre	Public

Groupe de travail N° 2 – Post expérimentation

Caroline ABELMANN, juriste, mission juridique, HAS

Emmanuelle BLONDET, documentaliste, SDIP, HAS.

Monique MAZARD, directeur, hôpital de Cimiez, CHU, Nice.

M. Marc MILLAN, cadre de santé bloc opératoire, RAQ, expert-visiteur HAS, clinique La-Parisière, Bourg-de-Péage.

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 Vincent MOUNIC, chef de service, Service développement de la certification, DAQSS, HAS.

D^r Isabelle RULLON, chef de projet, coordonnateur du projet, Service développement de la certification, DAQSS, HAS.

Martine SÉNÉ-BOURGEOIS, représentante des usagers, association Le Lien / CISS

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

Groupe de lecture N° 2 – Post expérimentation

Madeleine AMALFI, IBODE, coordinatrice des EPP, CHIAP, Aix-en-Provence.

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

Pauline BAILLEUL, responsable, département management qualité gestion des risques, Réseau Santé Qualité Nord-Pas-de-Calais Picardie, Armentières.

Anne BELLANGER, chargée de mission, bureau de la qualité et sécurité des soins, ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, direction générale de l'offre de soins (DGOS), Paris.

Jean-Louis BERNARD, expert-visiteur coordonnateur HAS, ViGeRiS, AP-HM, Marseille.

Laura BODINEAU, ingénieur qualité, réseau Aquarel Santé.

D^r Roland BOUET, PH DIM, chef de pôle de psychiatrie générale, membre de la Commission de certification des établissements de santé (HAS), CHS Henri-Laborit, Poitiers.

Martine BOUYSSIÉ, responsable assurance qualité, Institut Paoli-Calmettes, CLCC, Marseille.

Philippe BRUN, président, trésorier, représentant d'usagers, ASSYMCAL CISS-Paca, Angers.

Jean-Marie BRUNET, PH, CH, Dreux.

Gaël BRUX, directeur général, Union Mutualiste PROPARG (SSR Neurologie), Montpellier.

Laetitia BUSCOZ, directrice, BAQIMEHP, Paris.

Catherine BUSSY, coordonnateur qualité des soins, CLCC Gustave-Roussy, Villejuif.

Gwénaëlle CADET, responsable qualité, Centre de Rééducation Fonctionnelle, Salies-de-Béarn.

Hélène CAULIER, responsable qualité, Centre de postcure l'Amitié, Reims.

Laetitia CHARRE, cadre de santé, CH, Niort.

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

Micheline CLAES, représentante d'usagers, déléguée nationale ADMD, Agde.

Sabine COLLARD, cadre de santé, hôpital de jour / hématologie, centre Henri-Becquerel, Rouen.

Collectif de soignants qualité, Association Audoise sociale et médicale, Limoux.

Emmanuel CORBILLON, chef de projet, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades (SMACDAM), DAQSS, HAS, Saint-Denis.

Elsa COUDER, AQGR, clinique Edouard-Rist, Paris.

Cécile DAGNET, chargée de mission qualité, CH d'Orsay-Longjumeau.

D^r Valentin DAUCOURT, médecin, directeur, RéQua (FORAP), Besançon.

Nadège DEJOUX, cadre de santé, CH, Niort.

Muriel ELIASZEWICZ, chef du bureau de la qualité et sécurité des soins, ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, direction générale de l'offre de soins (DGOS), Paris.

Maurine FERNANDEZ, responsable qualité, AVODD, Hyères.

D^r Anthony GELIS, médecin MPR, CMN Propara, Montpellier.

Guillaume GEMIN, responsable qualité et gestionnaire des risques, Clinique Notre-Dame-de-Pritz, Changé.

D^r Laurent GERBAUD, PU-PH, Groupe régional pour la qualité en Auvergne (Gréquau), pôle de santé publique, délégation à la qualité, CHU, Clermont-Ferrand.

Véronique GHADI, chef de projet, service développement de la certification (SDC), DAQSS, HAS, Saint-Denis.

Christine GILBERT, responsable assurance qualité, CMN Propara, Montpellier.

Nathalie GOUSSARD, adjointe de direction en charge de la qualité, Association Élan Retrouvé, Paris.

Thierry HUREL, directeur adjoint qualité, IMPR du bois de Lébissey, Hérouville Saint-Clair.

D^r Pascal JARNO, PH, médecin de santé publique, CHU Rennes, SRA CAPPBS Bretagne, Rennes.

D^r Yves JOUCHOUX, PH, expert-visiteur coordonnateur, HAS, CHU, Amiens.

Paule KUJAS, adjointe au chef du bureau de la qualité et sécurité des soins, ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, direction générale de l'offre de soins (DGOS), Paris.

D^r François LAGARRIGUE, PH, CHRU, Tours.

Mikael LEMOAL, bureau de la qualité et sécurité des soins, ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, direction générale de l'offre de soins (DGOS), Paris.

D^r Catherine LE ROUZIC-DARTOY, responsable qualité, pôle FME et blocs opératoires, CHRU, Brest.

Béatrice LEROUX, cadre de santé, unité de soins intensifs hématologie, centre Henri-Becquerel, Rouen.

Isabelle L'HOPITAL, membre de la Commission de certification des établissements de santé (HAS), directrice, clinique Natecia, Lyon.

Dominique MALLET, gestionnaire, directrice qualité, risques et performance, Groupe SINOUE, clinique gériatrique Château-Gombert, Marseille.

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

Sylvie MARTIN, cadre de santé, clinique du Mont-Duplan, Nîmes.

D^r Cécile MAURY, médecin MPR, CMN Propara, Montpellier.

Laetitia MAY, chef de service, mission sécurité du patient (MSP), DAQSS, HAS, Saint-Denis.

Renelle MENNESSIER, responsable qualité et gestion des risques, HAD France, Paris.

D^r Marie-Christine MOLL, médecin GDR, animateur patient-traceur, réseau Aquarel Santé.

D^r Leïla MORET, PU-PH, CHU et réseau QualiSanté, Nantes.

Annie MORIN, représentante des usagers, association FNAIR, CISS en LR, Lunel.

Séverine MOULLIOT, responsable qualité, AURA Poitou-Charentes (dialyse), Saint-Benoît.

Cidàlia MOUSSIER, cadre de santé, chargé de mission qualité-gestion des risques, CHRU, Tours.

Chérifa NIMAL, directeur qualité, Hôpital Européen, Marseille.

Pascal OUDOIRE, responsable qualité gestion des risques, Fondation Ellen-Poidatz, Saint-Fargeau.

Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT, chef de projet expertise scientifique, service maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades (SMACDAM), DAQSS, HAS, Saint-Denis.

Gilles PAUMIER, représentant d'usagers, UFC Que Choisir Pays de la Loire, CH du Mans, CHS de la Sarthe, Allonnes.

D^r Pierre PÉRUCHO, FNEHAD, CH, Perpignan.

Carine PITRAT-HASSAN, bureau qualité et sécurité des soins, ministère des Affaires sociales, de la santé

et des droits des femmes, direction générale de l'offre de soins (DGOS), Paris.

Karine PY, responsable qualité, CH de l'Ouest Vosgien, Neufchâteau-Vittel.

D^r Hélène ROUAYS-MABIT, médecin MPR, CMN Propara, Montpellier.

Yasmine SAMI, chef de projet, mission sécurité du patient (MSP), DAQSS, HAS, Saint-Denis

Martine SÉNÉ-BOURGEOIS, représentante des usagers, GH Saint-Joseph, Paris.

Grégory SIERADZKI, chef de projet qualité et gestion des risques, UNICANCER, Paris.

Noémie TERRIEN, coordinateur, réseau QualiSanté - FORAP, Nantes.

Fanny THIBAUT, directrice, Hôpital de jour l'Étincelle, Paris.

Laurence TIMSIT, médecin, coordonnateur des risques associés aux soins, CH, Soissons.

Christophe TORRENS, ingénieur hospitalier chargé de la qualité, Hôpitaux de Saint-Maurice, Saint-Maurice.

Stanislas TAKOUGNADI, directeur, centre Korian William-Harvey, Saint-Martin d'Aubigny.

Patrice VALADE, ingénieur qualité-risques, CHI Compiègne-Noyon.

Béatrice VANUXEM, directeur de la qualité, de la gestion des risques et de la communication, CHI Toulon-La Seyne, Toulon.

D^r David VEILLARD, PH, coordonnateur médical qualité et gestion des risques associés aux soins, coordonnateur médical SRE CAPPs Bretagne, CHU, Rennes.

D^r Christine VEROLLET-ANGOT, médecin MPR, CMN Propara, Montpellier.

Christine VINCENT, chef de service, mission juridique, HAS, Saint-Denis.

Anne VITOUX, adjointe au chef du bureau de la qualité et sécurité des soins, sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins, ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, direction générale de l'offre de soins (DGOS), Paris.

Bernard XUEREB, infirmier, référent patient-traceur, clinique psychiatrique du Mont-Duplan, Nîmes.



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