



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Rapport d'expérimentation

**Patient traceur : démarche
d'analyse en équipe du
parcours du patient**

Janvier à mai 2015

Janvier 2016

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

Haute Autorité de Santé – Service Communication - Information
5 avenue du Stade de France 93218 Saint-Denis-La Plaine CEDEX
Tél. : +33(0)1 55 93 70 00 - Fax : +33(0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en janvier 2016.

© Haute Autorité de Santé janvier 2016

Sommaire

Les points clés issus de l'expérimentation	4
1. Contexte de l'expérimentation	5
2. Quels sont les objectifs poursuivis ?	5
3. Qui a participé à l'expérimentation ?	5
4. Comment s'est déroulée l'expérimentation ?	6
5. Les analyses de parcours	6
5.1 Les patients polypathologiques	6
5.2 Les patients relevant de soins en psychiatrie et santé mentale	7
5.3 Patients présentant des pathologies spécifiques	7
5.4 Patient présentant un handicap	7
6. Les professionnels impliqués	7
7. Les résultats	8
7.1 Résultats généraux	8
7.2 Actions d'améliorations décidées en équipe à l'issue des analyses de parcours	8
7.3 Intérêts et limites	10
7.4 Les questions juridiques	12
8. Conditions de réussites et perspectives	12
9. Remerciements	14
Annexe 1. Descriptif des équipes test	16
Annexe 2. 10 exemples d'analyses de parcours : fiches de synthèses (rédigées à l'issue de la réunion pluriprofessionnelle)	18
Annexe 3. Questionnaire relatif au test de la démarche	32
Annexe 4. Résultats d'exploitation du questionnaire	38

Les points clés issus de l'expérimentation

Le patient traceur est une démarche d'analyse collective et *a posteriori* du parcours global d'un patient pris en charge en ville à condition qu'il ait donné son accord. Cette démarche prend en compte les perceptions du patient et les croise avec celles des professionnels pour évaluer notamment les organisations, les interfaces professionnelles, la coordination. Son objectif est l'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de l'organisation spécifique des parcours. Les critères de choix du patient sont notamment la complexité de la prise en charge.

Une démarche fondée sur la complémentarité entre le vécu du patient et celui des professionnels

- Cette démarche est adaptée à l'analyse en équipe des parcours de santé de patients dont la prise en charge est complexe (c'est-à-dire nécessitant l'intervention régulière de plusieurs professionnels, par ex : patients polypathologiques, patients en santé mentale, patients présentant une affection de longue durée).
- L'intérêt de cette approche repose sur la prise en compte du point de vue du patient dans l'analyse de sa prise en charge. Son avis est croisé avec celui des professionnels impliqués dans le parcours. Ce croisement de regards est une approche nouvelle et complémentaire pour améliorer les soins et services apportées aux patients.

Une démarche qui développe ou renforce le travail en équipe

- Cette démarche peut se mettre en œuvre dans des contextes organisationnels variés.
- Elle favorise le travail en équipe pluriprofessionnelle et l'amélioration des pratiques professionnelles collectives.
- Elle permet une meilleure connaissance du rôle de chacun.
- Les échanges d'informations entre professionnels des secteurs sanitaire, médicosocial et social sont d'une grande utilité.
- Elle permet l'identification d'actions d'amélioration notamment en termes de communication d'informations entre professionnels, d'élaboration de protocoles locaux de prise en charge, d'organisation des soins, etc.

Une démarche faisable sous certaines conditions

- Elle peut être initiée par des professionnels de ville déjà regroupés ou ayant une volonté de travail en équipe pluriprofessionnelle.
- Il est préférable de réunir dans un premier temps les professionnels de proximité les plus facilement disponibles.
- L'implication des médecins traitants en lien avec les médecins de second recours est fondamentale pour sa réussite.
- La présence d'un coordonnateur/animateur facilite l'organisation de cette démarche. Sa mise en œuvre prend du temps (contacts multiples, reconstitution du parcours, organisation de réunions, animation, synthèse).
- La démarche peut révéler des problématiques de santé locales ou territoriales, qu'il est nécessaire de confirmer avec le soutien d'acteurs locaux, territoriaux, ou régionaux (URPS, ARS, plateformes/structures d'appui, réseaux de santé, associations, autres).

1. Contexte de l'expérimentation

La Haute Autorité de Santé cherche à promouvoir une démarche permettant aux professionnels en ville de s'interroger collectivement sur leurs pratiques et l'organisation de la prise en charge pour améliorer les soins aux patients. Pour cela, elle a organisé une expérimentation avec des équipes de terrain.

Cette démarche intitulée « patient traceur : démarche d'analyse en équipe du parcours du patient » a comme particularités d'analyser *a posteriori* le parcours d'un patient, de recueillir son point de vue ou celui de son entourage et de le croiser avec celui des professionnels qui le prennent en charge. Le but est de rechercher des actions d'amélioration pour une meilleure prise en charge des patients.

Un guide expérimental a été élaboré par un groupe de travail multiprofessionnel comprenant des représentants d'usagers, puis a été mis en place un test visant à préciser les conditions de mise en œuvre en ville de la démarche, initialement conçue en établissement de santé. Ce retour d'expérience a permis de finaliser le guide méthodologique.

Ce rapport rend compte des résultats de l'expérimentation et permet au groupe de travail de proposer des ajustements à la démarche et des illustrations pour faciliter son appropriation.

2. Quels sont les objectifs poursuivis ?

L'expérimentation a pour objectif de tester cette démarche avec des équipes de terrain de différentes régions pour apprécier sa faisabilité et son utilité.

Ce test permet aussi d'identifier les conditions de réussite et les possibles freins à la mise en œuvre de la démarche. Un guide expérimental a été fourni aux équipes qui ont pu tester le déroulement des étapes, et les outils proposés dans le guide.

Plus spécifiquement, il s'agit grâce à ce retour d'expérimentation de repérer les effets de la démarche sur le travail en équipe et aussi d'illustrer la mise en œuvre de la démarche par des exemples concrets.

3. Qui a participé à l'expérimentation ?

10 équipes volontaires ont testé cette démarche. Ces équipes ont été sélectionnées via un appel à candidatures public sur le site internet de la HAS. Elles ont été retenues (sur un total de 17 candidatures intéressées) sur des critères d'organisation (maisons/pôles/centres, Maia...), de représentativité régionale, de profils de patients potentiellement inclus (voir annexe 1).

► Organisations/Équipes participant à l'expérimentation

Il s'agit de deux réseaux de santé et d'appui, d'un dispositif MAIA – Méthode d'action pour l'intégration de services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie (anciennement maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) –, d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), de deux établissements de santé mentale, un centre de santé, un pôle de santé, une maison de santé pluriprofessionnelle, une équipe de professionnels regroupés dans les mêmes locaux. Ces derniers se sont regroupés en maison de santé pluriprofessionnelle en cours d'expérimentation (voir détails dans l'annexe 1).

Des coordonnateurs d'équipes ont été désignés pour faciliter le déroulement de cette expérimentation. Pour chaque patient dont le parcours a été analysé, les coordonnateurs ont eu pour missions de :

- mobiliser des professionnels impliqués dans la prise en charge ;
- recueillir par entretien et rendre compte du point de vue du patient ;

- réunir les professionnels impliqués dans le parcours pour s'accorder sur les points forts et sur les marges d'amélioration du parcours, construire et mettre en place des actions d'améliorations.

83 professionnels du domaine sanitaire, social et médicosocial se sont impliqués dans cette démarche. Ils ont été accompagnés par des coordonnateurs (un par équipe). Les professionnels impliqués n'ont perçu aucune rémunération pour mener à bien cette démarche. Seuls les coordonnateurs ont perçu une indemnisation pour la conduite des étapes de la démarche, la préparation, la synthèse des entretiens avec les patients et des réunions pluriprofessionnelles, et le questionnaire de retour d'expérience à remplir pour la HAS.

4. Comment s'est déroulée l'expérimentation ?

Cette expérimentation a été réalisée à partir d'un guide expérimental élaboré par un groupe de travail et coordonné par la HAS. Ce guide a été mis à disposition des dix équipes test sur une période de cinq mois (janvier-mai 2015).

Une réunion de lancement a permis le démarrage du projet le 8 décembre 2014 et une réunion de clôture a eu lieu le 26 juin 2015.

Concrètement, chaque équipe a eu pour mission de tester la démarche du patient traceur à partir de deux parcours de santé. Les étapes ont été les suivantes :

1/ choisir un patient ayant une prise en charge « complexe » nécessitant une coordination entre professionnels (ex. : personne âgée dépendante, personnes ayant une affection de longue durée ou maladie chronique, ou une pathologie mentale). Un entretien individuel a été réalisé avec le patient ou son aidant en vue de recueillir son point de vue sur son parcours.

2/ organiser une réunion de l'équipe pluriprofessionnelle prenant en charge le patient pour analyser et identifier les points critiques de son parcours dans le but de conforter les bonnes pratiques et/ou de mettre en place des actions d'amélioration. La restitution de l'entretien avec le patient est un élément essentiel de la réflexion en équipe sur le parcours du patient sélectionné.

5. Les analyses de parcours

Un total de 21 analyses de parcours ont été réalisées et ont concerné des patients âgés polyopathologiques, des patients adultes et adolescents relevant de soins en psychiatrie et santé mentale et en périnatalité, des patients adultes présentant des pathologies spécifiques et un patient présentant un handicap.

5.1 Les patients polyopathologiques

Des analyses ont été réalisées par les professionnels libéraux regroupés sur un même territoire :

- Un patient diabétique de type 2 avec hypertension artérielle.
- Un patient polyopathologique : diabète de type 2, maladie de Crohn, uvéite chronique, cancer du sein.
- Patient polyopathologique : insuffisance cardiaque, trouble du rythme, cancer de la prostate, troubles cognitifs (sénilité).
- Patient polyopathologique : BPCO, insuffisance cardiaque, AVC avec séquelles dont hémiplégie et aphasie, obésité.
- Patient polyopathologique : patient âgé polyopathologique.
- Trois personnes âgées avec troubles cognitifs ou démence et présentant une maladie d'Alzheimer.
- Personne âgée polyopathologique présentant un diabète.

- Personne âgée isolée en perte d'autonomie sévère.
- Personne âgée polypathologique.
- Personne âgée polypathologique (diabète et maladie d'Alzheimer).
- Patient atteint de pathologie chronique invalidante avec trouble de l'autonomie décisionnelle, plan d'aide inadapté avec épuisement de l'aidant.
- Patient âgé polypathologique avec difficultés dans le maintien à domicile (hospitalisations répétées, rupture de prise en soins et accompagnement).

5.2 Les patients relevant de soins en psychiatrie et santé mentale

- Patiente de 25 ans, prise en charge en prénatal et post-natal pour des problèmes psychosociaux dus à un isolement familial, social et à une certaine fragilité psychologique (secteurs concernés : périnatalité, pédopsychiatrie, médico-social et social, libéral).
- Patiente adulte âgée de 36 ans, présentant des troubles anxio-dépressifs.
- Patient adulte de 40 ans psychotique non compliant aux soins, addiction au cannabis avec décompensation.
- Patient adulte de 43 ans présentant des troubles du comportement et en situation de précarité.

5.3 Les patients présentant des pathologies spécifiques

- Une personne ayant une maladie professionnelle (épaule douloureuse).
- Un patient asthmatique ayant un syndrome d'hyperventilation.

5.4 Le patient présentant un handicap

- Un patient adolescent présentant un retard de développement psychique et des troubles du comportement, scolarisé en classe externalisée dans un collège.

6. Les professionnels impliqués

La participation à ce travail a été interprofessionnelle et intersectorielle. Elle a impliqué environ 83 professionnels des secteurs sanitaire, social et médicosocial. Au total, 26 médecins spécialistes en médecine générale et autres spécialités, 27 infirmiers libéraux et salariés, 11 professionnels du secteur social ou médicosocial, quatre pharmaciens, une sage-femme, six coordonnateurs ou gestionnaires de cas, trois psychologues, trois ingénieurs qualité, deux masseurs kinésithérapeutes, trois diététiciens, un pédicure podologue, un ergothérapeute, une puéricultrice, une aide-soignante, deux psychomotriciens, un prestataire de service, ont été impliqués dans cette expérimentation.

En moyenne, cinq à six professionnels étaient présents lors de chaque réunion (quatre au minimum, huit au maximum).

7. Les résultats

7.1 Résultats généraux

L'expérimentation a montré la faisabilité de cette démarche dans des contextes d'utilisation et modes d'organisation très différents. Elle a permis aux équipes d'aboutir à un consensus sur les points forts de l'organisation du parcours et de ses composantes et les marges de progression et ainsi d'identifier des actions d'amélioration.

Dix exemples de fiches de synthèse illustrant la conduite de la démarche sont présentés en annexe 2. Les résultats détaillés des questionnaires de retour d'expériences sont présentés en annexes 3 et 4.

7.2 Actions d'améliorations décidées en équipe à l'issue des analyses de parcours

Les actions d'amélioration relatives à l'analyse de 21 parcours de patients ont été catégorisées par nature d'action et par fréquence de citation.

Mises en place de protocoles locaux d'organisation entre professionnels ou structures	<ul style="list-style-type: none"> - Élaboration d'un protocole tripartite de partenariat entre professionnels libéraux / Réseau de santé / Centre hospitalier. - En psychiatrie, élaboration de protocole de prise en charge pour clarifier les interventions de chacune des structures et permettre une meilleure formalisation du parcours de santé. - Étudier la possibilité de prestations dérogatoires dans le cadre du réseau pour les consultations de psychologue.
Actions liées à la prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> - Réajustement des utilisations de la fiche de déclaration de chutes (médecin, infirmier). - Finalisation d'un protocole portant sur les « antivitamines K » (infirmière-médecin). - Inscription de la proposition d'une ETP dans le courrier médical. - Effectuer un retour au médecin traitant des séances d'éducation thérapeutique (ETP). - Travail à mener sur le contenu de l'ETP et la cohérence des messages entre les professionnels.
Analyse approfondie des pratiques pluriprofessionnelles	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une réunion spécifique d'analyse des pratiques pluriprofessionnelles sur le thème de la dispensation du médicament.
Actions de formation	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en place d'une remise à niveau et d'une information par le médecin sur le thème de l'AVC auprès de l'infirmier. - Mise en place d'une formation par l'infirmier auprès de l'auxiliaire de vie sur l'utilisation d'un verticalisateur.
Organisation des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Amélioration de l'articulation des rendez-vous entre le médecin spécialiste (cardiologue) et le médecin traitant pour un meilleur suivi. - Prévision de plages de consultations spécifiques pour les cas particuliers dans le cas de suivi des diabétiques. - Présentation des missions de la gestionnaire de parcours au centre hospitalier environnant. - Mise en place d'un annuaire des ressources au sein du territoire. - Formalisation de la prise en charge du parcours diabète : définition des rôles de chacun dans la prise en charge, proposition d'hospitalisations de jour en diabétologie 1 fois par an, par exemple pour réaliser des bilans généraux. - Édition d'un formulaire d'engagement réciproque entre l'EHPAD et le médecin traitant désigné par le patient permettant de cadrer le positionnement de chaque professionnel (réseau de santé). - Recours du médecin généraliste, à un réseau/une structure d'appui territorial pour la gestion et la coordination sanitaire et sociale du patient dans le cadre d'un parcours handicap et santé

	<p>(réseau de santé).</p> <p>En psychiatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - liens à développer entre le médecin traitant et l'équipe de prise en charge en psychiatrie ; - liens interservices à développer notamment avec les professionnels en addictologie (retours d'informations) ; - développer les alertes en cas de décompensation ; - identification d'un coordonnateur de la prise en charge (en lien avec une RMM) ; - mise en place d'un contrat de soins avec le patient lors de l'hospitalisation suivante ; - identification de référents sur cette prise en charge, développer travail de liaison ; - réflexion sur la possibilité de faire sortir le patient d'hospitalisation en programme de soins ; - réflexion sur l'organisation de la sortie de prison du patient ; - réflexion sur l'articulation de la prise en charge entre l'hôpital et la ville.
<p>Transmission des informations</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Transfert d'informations à mettre en place entre les équipes spécialisées dans la maladie d'Alzheimer et la gestionnaire de parcours. - Transfert d'informations entre la commission départementale d'aide sociale (CDAS) et la gestionnaire de parcours (art. 70 de la LFFSS 2012). - Mise en place de fiches de liaisons, utilisation de la carte de correspondance patient/professionnels (art. 70 de la LFSS). - Mise en place d'un dossier partagé, d'un dossier patient commun (réseau de santé). - Organisation de l'information des familles concernant les transferts inter-hospitaliers. - Étude des possibilités d'information plus rapide envers le médecin traitant lors d'événement indésirable survenu en EHPAD. - Rédaction d'une plaquette de présentation de l'unité d'urgence mobile psychiatrique (PPUMMA) à destination des professionnels pour faciliter les coordinations interprofessionnelles et interinstitutionnelles et à destination des usagers afin de mieux repérer la place et les missions de l'unité dans un dispositif de soins global. - Proposition d'outils d'information des patientes et de leur entourage en communiquant sur les démarches déjà utilisées (charte pour la PMI, contrat d'objectifs définis par la femme et inscrit dans un parcours d'organisation des soins et de réinsertion sociale pour le foyer maternel par exemple).
<p>Actions d'ordre médico-social et social</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptation du plan d'aide et du domicile d'un patient. - Actions d'améliorations décidées pour les patients atteints de la maladie d'Alzheimer (MAIA) relayées auprès de la table de concertation tactique du territoire (cela participe à un diagnostic de territoire) : <p>CAS 1 : patient pris en charge dans le cadre du service de gestion de cas porté par la MAIA :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. anticipation des problèmes de l'aidant du patient : mettre en place une « aide aux aidants » et une possibilité de répit à domicile type « baluchonnage » ; 2. mise en place d'un répertoire des disponibilités des places d'EHPAD en temps réel et des places d'hébergement temporaire d'urgence (partenariat en cours) ; 3. réflexion sur la mise en place d'un dossier patient commun : Dossier Commun d'Aides et de Soins (DCAS) interopérable

	<p>avec les autres dossiers patients (DMP, DPI et DP) ;</p> <p>4. identification par les services d'urgences des patients suivis en gestion de cas : mettre à disposition un listing pour le service des urgences qui servirait à partager des évaluations du domicile et anticipation de la sortie avec l'équipe des gestionnaires de cas (travaux avec l'Observatoire régional des Urgences ; type patient remarquable).</p> <p>CAS 2 : patient pris en charge en dehors d'un gestionnaire de cas :</p> <p><i>Orientation du patient vers une gestion de cas : rendre plus lisible et visible le service « gestion de cas » auprès des professionnels de proximité.</i></p> <p><i>Action sur les aidants du patient :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. nécessité de mieux repérer l'épuisement des aidants par les intervenants du domicile (par une échelle). Prise en compte des notions d'interculturalité et d'ethno-soins avec des « aidants experts » ; <i>relais vers France Alzheimer et autre association de patients (CISS régional) ;</i> 2. dès le repérage de la maladie d'Alzheimer, mettre en relation le patient avec l'équipe spécialisé Alzheimer et les associations de patients Accompagnement vers l'acceptation des aides : <i>promotion de la plateforme de répit et de l'accompagnement psychologique ;</i> 3. proposer de mettre en place des réponses aux urgences médico-sociales à la place des urgences hospitalières (équipe de répit ou hébergement temporaire en EHPAD). <p><i>Continuité de l'information, soins transitionnels entre médecins généralistes, vers les spécialistes, entre le CH et établissement médicosocial :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - information des patients sur la désignation du médecin traitant qui peut-être un médecin hospitalier ; - nécessité d'un dossier centré sur le patient accessible selon les besoins des professionnels dans leur accompagnement et leur prise en soins « informations nécessaire à la prise en charge » ; <i>expérimentation en cours du Dossier Commun d'Aides et de Soins qui a pour but la traçabilité du parcours et partage des informations de manière sécurisée) ;</i> - <i>déployer l'utilisation Répertoire opérationnel des ressources (ROR) sur le territoire accès à un annuaire « opérationnel (l'offre de soins sanitaire en lits d'urgence, et inclure l'offre en médicosociale et sociale).</i> <p><i>Gestion des thérapies médicamenteuses-diffusion de l'outil prescription médicamenteuse du sujet âgé (PMSA) vers les professionnels de proximité :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - besoin d'une expertise gériatrique et psychogériatrique à domicile pour évaluer la prise en charge médicamenteuse sur le lieu de vie et recommander des thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses en lien avec les troubles du comportement.
--	--

7.3 Intérêts et limites

► Les intérêts

- Le recueil du point de vue des patients en ville permet de compléter l'analyse du parcours faite par l'équipe de professionnels réunis. Il est acteur de sa santé et est associé à la démarche d'amélioration. Son avis est croisé avec celui des professionnels.

- Les réunions entre les professionnels des secteurs sanitaire, médicosocial et social permettent un échange d'informations plus aisé entre ces secteurs, ainsi qu'une meilleure connaissance des rôles de chacun.
- L'analyse d'un parcours est utile à l'amélioration de la prise en charge d'autres patients ayant un profil similaire : les éléments d'analyse propres à un parcours de patient permettent de rechercher des améliorations pour d'autres patients.
- Cette approche est adaptée à l'analyse de parcours de patients en psychiatrie et santé mentale dont la prise en charge est à majorité ambulatoire.
- L'identification des actions à entreprendre à l'échelle du territoire, pouvant aussi contribuer ou initier un diagnostic territorial conduisant à réfléchir à des solutions avec l'ARS, les URPS en particulier.
- La possibilité de mettre en place des actions d'amélioration notamment en termes de communication et d'échanges d'informations entre professionnels, évitant ainsi des ruptures dans le parcours.
- La possibilité de faire appel à un organisme extérieur pour soutenir ces démarches initiées par les professionnels (ARS, URPS, autres) ou mettre en place des améliorations en termes de formation, de programme d'action au niveau local ou régional.
- La possibilité d'une meilleure identification des professionnels du territoire.
- La possibilité d'associer un gestionnaire de cas et/ou un coordonnateur facilitant la démarche.
- La satisfaction des patients interrogés et les professionnels engagés dans cette démarche.

► Les limites identifiées

- Il est difficile de réunir l'ensemble des professionnels de la prise en charge d'un patient par manque de disponibilité des professionnels. Il est proposé alors de réunir les professionnels de proximité et de solliciter les autres professionnels par le biais d'entretiens téléphoniques ou en utilisant de nouveaux moyens de communication à distance.
- Les difficultés de déplacements et de disponibilités des référents hospitaliers (médecins spécialistes, infirmiers coordonnateurs, etc.) et des professionnels libéraux sont constatées. Cette démarche nécessite une valorisation du temps passé des professionnels libéraux.
- Les difficultés de transmissions d'informations entre les différents secteurs sanitaire, médico-social et social, du fait d'une gouvernance différente (ARS, conseil général, conseil régional, etc.) et du fait de la réglementation actuelle ne facilitent pas les échanges d'informations. La future loi de modernisation de notre système de santé pourrait remédier à cette situation (sous réserve de sa promulgation).
- Cette démarche nécessite un temps de préparation important pour le coordonnateur de la démarche (rodage et sensibilisation nécessaire).
- La reconstitution d'un parcours remontant à de nombreuses années ou trop complexe peut être fastidieuse. Elle nécessite un recentrage de son analyse. Une partie du parcours ou un segment de prise en charge peut être alors étudié.
- La tentation peut être grande de choisir un parcours trop simple ou un patient trop conciliant. Or, la démarche a un intérêt limité si le parcours sélectionné ne répond pas à une situation reconnue comme complexe et problématique par le médecin ou tout autre professionnel en lien régulier avec le patient. Au niveau local, la place des associations d'usagers agréées devrait être favorisée dans l'identification de ces parcours ou situations de prise en charge compliquées facteurs d'insatisfaction pour le patient et ses proches.
- Cette démarche ne doit pas être confondue avec une réunion de concertation multiprofessionnelle qui vise à décider en commun des objectifs de la stratégie thérapeutique, de sa mise en œuvre et du suivi. La démarche du patient traceur est centrée sur l'analyse du parcours d'un patient pris dans sa globalité, plutôt que sur la maladie et son traitement. Cette approche qualitative permet d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration le plus souvent organisationnelles utiles à d'autres parcours. Une association de patients agréée locale pourrait participer

à la réflexion sur les améliorations dans la mesure où le patient dont le parcours est analysé ne s'y oppose pas.

- Des difficultés peuvent survenir lors de l'entretien avec des patients présentant des difficultés de compréhension ou cognitives ou pour des patients étant pris en charge en santé mentale. Il importe qu'il soit rencontré par un professionnel de santé en qui il a la confiance ou en sa présence, et que son état soit « stabilisé ». De plus, il est possible d'interroger le proche de ce patient avec son accord.
- L'absence de valorisation de cette démarche dans le cadre du DPC ou sur un plan financier est un frein à la démarche.
- La difficulté d'identifier des représentants d'usager à l'échelon local est une limite identifiée dans la perspective où les associations d'usagers agréés pourraient participer à cette démarche.

7.4 Les questions juridiques

La question des échanges d'informations entre les professionnels a été posée dès le démarrage du projet. L'expérimentation n'a pas relevé de difficultés sur ce point pour les échanges et le partage d'informations par oral entre les professionnels impliqués dans le parcours du patient. Chaque professionnel vient avec ses propres informations et ne transmet que les informations nécessaires à la coordination, ou à la continuité des soins ou au suivi médicosocial et social. Il apporte simplement sa contribution lors des échanges oraux en équipe.

Des précautions sont à prendre pour ces échanges : la première est le recueil de l'accord du patient, et le deuxième est le respect de l'anonymat concernant le patient si des personnes extérieures à sa prise en charge sont présentes lors de la réunion d'analyse du parcours. De plus, chaque profession est soumise à des règles déontologiques et de secret professionnel à respecter.

Enfin, aucune information nominative ne doit être tracée.

8. Conditions de réussites et perspectives

Pour conclure, compte tenu des limites et des intérêts identifiés, **il est possible d'identifier les conditions de réussites de cette démarche** :

- elle peut être initiée plus facilement par des professionnels de ville déjà regroupés ou ayant une volonté de travail en équipe pluriprofessionnelle pour améliorer la prise en charge de patients dits « complexes » ;
- l'implication du médecin généraliste et autres médecins spécialistes hospitaliers ou libéraux est fondamentale de la démarche notamment le choix des améliorations ;
- la définition des objectifs d'amélioration ciblés à partir d'une problématique initiale partagée ;
- la présence d'un coordonnateur/animateur sensibilisé à la culture qualité et ayant des compétences en animation de réunion ;
- de ne pas vouloir réunir l'ensemble des professionnels de la prise en charge du patient, il est préférable de rester sur un petit groupe motivé et constructif ;
- l'intégration de cette démarche dans le quotidien des professionnels (d'un point de vue organisationnel, en insérant dans les réunions d'échanges préexistants ces démarches) ;
- la participation de l'équipe au choix du patient à analyser ;
- la nécessité de temps de préparation de la démarche et l'organisation de la rencontre des professionnels ;
- la possibilité de valoriser le temps passé des professionnels libéraux ;
- la possibilité de valider le DPC des professionnels impliqués dans cette démarche ;

- il faut privilégier un nombre restreint d'actions d'améliorations. Elles doivent être concrètes, et simples à mettre en œuvre ;
- le développement d'alternatives aux réunions « physiques » ou présentesielles pour échanger sur un patient (échanges par entretiens téléphoniques, mails, messagerie sécurisée, web-conférence, autres) ;
- selon le besoin, le soutien de cette démarche par des acteurs locaux ou régionaux tels que les associations, les cercles de qualités, les structures d'appui, les réseaux, les URPS, l'ARS et autres.

Enfin la sensibilisation des professionnels mais aussi des patients à cette démarche semble nécessaire.

► Les perspectives

L'expérimentation a montré que cette démarche peut être conduite dans des contextes organisationnels très différents. Elle met le patient au cœur du dispositif et lui permet d'être acteur de sa santé et des démarches qualité et de sécurité des soins. Les associations de patients en accord avec des équipes de professionnels peuvent aussi soutenir cette démarche. Dans l'avenir, elles pourraient aussi en être à l'initiative.

Cette démarche peut aussi être utilisée au service d'un projet de santé de territoire sur des thématiques répondant à des besoins particuliers. Si cette démarche doit être à l'initiative des professionnels au sein des territoires, des soutiens peuvent être apportés aux équipes tels que les associations locales de professionnels, des réseaux de santé ou structures ou plateformes d'appui, les URPS, les ARS. Elle peut aussi contribuer à un diagnostic territorial d'un point de vue qualitatif ou à un projet de structuration des soins primaires.

Toute expérience de travail en équipe, centré sur le parcours des patients dans le cadre des nouveaux modes de rémunération ou de PAERPA, peut utiliser cette approche centrée sur le parcours du patient.

Dans le cadre de la Loi de modernisation de notre système de santé (sous réserve de sa promulgation), les transmissions d'informations pourraient être facilitées entre les secteurs sanitaire et social. Les notions d'équipe en soins primaires, de parcours de santé, et de communautés professionnelles territoriales de santé y seront précisées. Cette démarche sera d'autant plus utilisable par des équipes.

9. Remerciements

Les remerciements sont adressés aux membres des parties prenantes ayant permis le démarrage du projet, aux membres du groupe de travail ayant permis de rédiger le guide, aux équipes test qui ont expérimenté la démarche sur le terrain et les membres de la HAS ayant soutenu ce projet.

Les parties prenantes consultées :

D^r Béatrice ALLARD-COUALAN, Dr Hervé LE NEEL : (URPS) Union Régionale des Professionnels de Santé, médecins libéraux de Bretagne,
D^r Gilles BONTEMPS Gilles et D^r Ayden TAJAHMADY : (ANAP) Agence Nationale d'Appui à la Performance,
Dr François BOUE : (UNR SANTE) Union Nationale des Réseaux de Santé,
D^r Françoise BRION et D^r Florence LOYER : Collège de la pharmacie d'officine et de la pharmacie hospitalière,
D^r Marie-Hélène CERTAIN et D^r Bernard ORTOLAN : (CMG) Collège de la Médecine Générale,
D^r Eric GINESY et D^r Pierre PERUCHO : (FNEHAD) Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile,
Dr Sophie LEBRIS et Dr Géraldine MAGNIER : (ANESM) Agence Nationale des Établissements Sanitaires et Médico Sociaux
Dr René NIVELET : (ARS) Agence Régionale de Santé de Bretagne, et Dr Jean-Marc SIMONPIERI : ARS La Réunion,
Catherine PERISSET : (CNSA) Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie,
Dr Catherine REA : (FEHAP) Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aides à la Personne,
Nathalie SCHNEIDER : DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins (Bureau 1^{er} Recours),
Martine SENE-BOURGEOIS et Nicole BILLAST (CISS) Collectif Interassociatif Sur la Santé,
Dr Jean-François SERET (Chirurgien-dentiste),
Fanny RUSTICONI : CMK : Collège de la Masso-Kinésithérapie,
Frédérique TEURNIER : CNSF Collège National des Sages-Femmes de France.

Les membres du groupe de travail :

Florence AMBROSINO, Infirmière à domicile (Réseau ILHUP),
D^r Guy AMELINEAU, Médecin Généraliste (Maison de Santé Pluri-professionnelle VIE et SANTÉ),
D^r Patrick ASSYAG, Cardiologue,
François BARRIERE, Infirmier (pilote MAIA Pays Salonais),
Nathalie BAUNOT, Sage-Femme (réseau périnatal Paris nord),
Béatrice BONNEVAL, Chargée de Mission - expert parcours (ARS Pays de Loire),
Frédéric BOUHIER, Représentant des usagers (COREVIH aquitain),
Véronique DUBARD, Masseur-kinésithérapeute,
Bruno GAUTHIER, Biologiste,
Dr Julien GRAVOULET, Pharmacien,
D^r Laurent JACOB, Médecin généraliste,
Nataly JOYEUX, Orthophoniste,
D^r Armine IZADIFAR, Pneumologue,
Cidalia MOUSSIER, Cadre de santé Qualité/gestion des risques CH Blois,
D^r Jean-Michel ORIOL, Médecin généraliste,
D^r Bernard ORTOLAN, Médecin généraliste ,
Brigitte ROZIER, Infirmière(SSIAD Soins Liberté),
Michel SABOURET, Représentant des usagers (HCL),
Aline SILLANS, Assistante sociale ARESPA,
D^r Frédéric VILLEBRUN, Médecin généraliste (médecin chef de centres municipaux de santé).

Les coordonnateurs du test :

D^r Béatrice ALLARD-COUALAN, Médecin généraliste, Directrice de l'URPS Médecin,
Xavier BARBAUD, Responsable qualité et développement au réseau ILHUP,
François BARRIÈRE, Pilote Maia,
Anne-Sophie CASTRONOVO, Ingénieur qualité et gestion des risques,
Sylvie FONTAN, Cadre de santé coordonnatrice du SSIAD de Molsheim,
Frédérique LEMARER, Directrice du réseau ARESPA,
Pascale MAURY, Infirmière coordinatrice régionale à la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité

Sociale dans les Mines site de Carmaux,
Marc PRUSKI, Directeur qualité et gestion des risques EPS 92 ERASME,
Latifa SALHI-BOUNGZATE, Diététicienne réseau de santé nutrition diabète 41),
D^r Jean-Charles VAUTHIER, Médecin généraliste, Maison de santé des trois Monts.

Les participants HAS :

Coordination du projet : Laurence CHAZALETTE Chef de projet SEVAM et Anne-Françoise PAUCHET-TRAVERSAT Chef de projet SMACDAM,
Caroline ABELMANN, Chef de projet mission juridique HAS saint Denis,
D^r Rémy BATAILLON, Directeur adjoint de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins,
D^r Julie BIGA, Chef de projet HAS,
Emmanuelle BLONDET, Documentaliste HAS,
D^r Christian BOISSIER, Chef de projet,
Chantal DALENCOURT, Assistante du projet,
Anne DEPAIGNE-LOTH, Conseiller technique DAQSS,
D^r Marielle LAFONT, Conseiller technique DAQSS,
Thomas LE LUDEC, Directeur de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins DAQSS,
Sylvie LAOT-CABON, Chef de projet SEVAM,
Isabelle LE PUIL, Assistante de gestion,
D^r Valérie LINDECKER, Chef de projet,
Monique MONTAGNON, Chef de projet SEVAM,
D^r Vincent MOUNIC, Chef de service Développement de la certification,
Yvonnick MORICE, Membre du collège de la HAS,
D^r Marie-Hélène RODDE-DUNET, Chef du service Evaluation de la Pertinence des Soins et Amélioration des pratiques et des parcours,
D^r Isabelle RULLON, Chef de projet IPAQSS,
Ariane SACHS, Chargée de mission juridique,
D^r Jean-François THEBAUT, Membre du Collège de la HAS,
D^r Michel VARROUD-VIAL ancien Chef de service des Maladies chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades (SMACDAM).

Annexe 1. Descriptif des équipes test

10 organisations/équipes test/coordonnateur du test

MAIA : Méthode d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie (anciennement Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer) du Pays Salonais. Le territoire d'intervention regroupe 20 communes autour de Salon de Provence en région PACA.

La méthode MAIA permet de « développer un processus d'intégration des soins et des aides participant au maintien à domicile des personnes âgées de plus de 60 ans en perte d'autonomie. Le cahier des charges national publié par décret n°2011-1210 définit les mécanismes de cette méthode innovante d'organisation ». Celle-ci repose sur l'engagement des acteurs à participer à un projet collaboratif sur un territoire donné, visant à une meilleure :

- connaissance et reconnaissance des missions, des expertises, et des savoirs faire de chacun ;
- utilisation des ressources du territoire à partir d'un mode d'organisation partagé et intégré ;
- identification des situations complexes nécessitant un accompagnement renforcé.

L'enjeu est simplifier le parcours des personnes âgées en perte d'autonomie et de leurs aidants.

Coordonnateur du test : M. François Barrière, pilote MAIA.

Réseau de santé polyvalent (Association ILHUP) - Intervenants Libéraux et Hospitaliers Unis pour le Patient (ILHUP) – (Marseille-région PACA). Missionné sur l'appui et la coordination. Certifié ISO 9001 : 2008 en novembre 2012. Association positionnée sur la sortie d'hospitalisation et en lien avec la ville et l'hôpital. Elle développe son expertise de l'accompagnement du parcours patient dans sa globalité depuis 2001.

Coordonnateur du test : M. Xavier Barbaud, responsable qualité et développement

Centre de santé à CARMAUX – (Région Midi-Pyrénées) Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines. Offre de santé FILIERIS Sud-Ouest

Les patients accueillis sont issus du régime minier mais aussi des autres régimes. Ce centre de santé regroupe cinq médecins, 14 infirmiers, une assistante sociale, un SSIAD. L'accès aux soins à tout public est facilité par la pratique du tiers payant, la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence des soins. L'équipe pluridisciplinaire (médecin, infirmier, assistant de service social) assure un parcours de soins coordonné sur le plan médical, social et médicosocial par une pratique de la coordination médicosociale depuis 2012. Le centre de santé participe aussi à des actions de prévention et de promotion de la santé, favorisant ainsi la prise en charge globale de la santé des personnes.

Suivi de Patients chroniques.

Coordonnateur : Mme Pascale Maury, infirmière coordinatrice régionale.

Réseau de santé ARESPA - Association du Réseau de Santé de Proximité et d'Appui (Région Franche-Comté, Besançon)

Réseau qui travaille depuis plus de dix ans avec et au service des professionnels de santé de premier recours de Franche-Comté et notamment les médecins généralistes, en leur apportant un appui dans la coordination du parcours de santé des patients, toutes pathologies confondues et quel que soit leur âge. Pour ce faire, elle s'appuie sur une équipe de coordination de proximité qui repose sur le travail quotidien de 12 coordinatrices d'appui. Ces professionnels se déplacent au domicile du patient et contribue avec lui, sa famille et les professionnels à mobiliser les réponses concrètes aux problèmes identifiés dans les champs sanitaire, médico-social et social. Le réseau ARESPA a accompagné depuis son origine + de 6000 patients. L'ARESPA et les professionnels de santé de premier recours recherchent en permanence et au quotidien l'amélioration des parcours des patients et voient dans la méthode du patient traceur une vraie chance de pouvoir analyser les prises en charge et de faire remonter par cette analyse les obstacles et/ou les solutions apportées

Coordonnateur du test : Mme Frédérique Lemarer – directrice d'ARESPA.

Établissement public de santé mentale (EPSM) de l'Agglomération Lilloise – (St André-lez-Lille Région Nord)

L'Établissement Public de Santé Mentale de l'agglomération lilloise prend en charge les personnes ayant des troubles psychiques au sein de la population des 532 849 habitants de Lille, Roubaix, Villeneuve d'Ascq et des environs. Il gère 341 lits (332 en psychiatrie générale et neuf en psychiatrie infantojuvénile), 40 places de Maison d'accueil spécialisée, 122 places d'hospitalisation de jour (58 en psychiatrie générale et 64 en psychiatrie infantojuvénile), huit places d'hospitalisation de nuit en

psychiatrie générale), 27 centres médico-psychologiques (CMP)/Centres d'Accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), 24 appartements thérapeutiques, deux ateliers thérapeutiques, huit places d'Accueil familial thérapeutique, une permanence d'accès aux soins de santé (PASS), un dispositif de réécoute des suicidants, un dispositif périnatalité, deux dispositifs de réussite éducative, un centre de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), un centre de formation. Il compte 1 498 professionnels dont 102 médecins, 1 048 soignants et socio-éducatifs, 173 personnels administratifs, secrétariats médicaux, 175 personnels techniques et logistiques.

Coordonnateur du test : Mme Anne-Sophie Castronovo, ingénieur qualité et gestion des risques.

Établissement public de santé mentale (EPS ERASME- 92) (Antony –Hauts-de Seine- Région Ile de France)

Établissement public de santé psychiatrique présent sur 19 communes des Hauts-de-Seine. Territoire de près de 420 000 habitants, six pôles cliniques (trois secteurs adultes/trois intersecteurs infanto-juvéniles) et un pôle ressources. Disposant de 113 lits d'hospitalisation complète adultes réparties sur six unités dont trois intersectorielles, 11 lits d'hospitalisation pour adolescents (unité ouverte en juillet 2010), 20 CMP, 4 HdJ (45 places adultes, 12 places enfants), six CATTP, une Maison thérapeutique, une Unité mobile d'Urgence de psychiatrie périnatale en maternité (dite PPUMMA), une Unité de recherche clinique (REPPER).

Environ 600 agents, dont 70 médecins.

File active 2014 : 8 918.

Nombre de journées d'hospitalisation 2014 : 43 398.

Coordonnateur du test : M. Marc Pruski, directeur qualité, gestion des risques, évaluation et communication (EPS ERASME - 92).

SSIAD service de soins infirmiers à domicile au sein d'un hôpital public à Molsheim (Région Alsace). Leur objectif est d'assurer la prise en charge des personnes âgées de plus de 60 ans ou des personnes en situation de handicap, pour leur assurer un minimum d'autonomie et de surveillance à leur domicile et ainsi éviter une hospitalisation. Il fait appel à des aides-soignantes (75 % du total du personnel) et des infirmières pour la coordination médicale et les soins techniques.

Coordonnateur du test : Mme Sylvie Fontan, cadre de santé, coordonnatrice du SSIAD.

PÔLE pluridisciplinaire de santé à Saint-Méen-le-Grand (région Bretagne) – URPS médecins libéraux de Bretagne – GECO Lib'

Pôle de santé pluridisciplinaire de professionnels de santé libéraux (exerçant seul ou en groupe) travaillant avec des professionnels hospitaliers, formant un maillage du territoire accessible à tous, et valorisant le travail de concert entre médecins généralistes, spécialistes, IDE, kinésithérapeutes, pharmaciens, dentistes, psychologues, pédicures – podologues, orthophonistes, SSIAD. Le pôle dispose d'un gestionnaire de parcours. Ce GECO (Groupe pour l'exercice coordonné) a conduit l'expérimentation des nouveaux modes d'organisation du parcours de soins de la personne âgée en risque de perte d'autonomie (mise en place dans le cadre de l'article 70 de la loi du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour l'année 2012).

Coordonnateur du test : Dr Béatrice Allard-Coualan (médecin généraliste directrice de l'URPS Médecin – GECO Lib').

Maison de santé pluriprofessionnelle : Maison de santé des trois Monts – Dommartin Lès Remiremont – Vosges – région Lorraine territoire du Pays de Remiremont et de ses Vallées. Elle regroupe trois médecins généralistes, deux kinésithérapeutes, et une infirmière diplômée d'État.

Coordonnateur : Dr Jean-Charles Vauthier (médecin généraliste).

Professionnels libéraux regroupés à St Georges sur Cher – Loir et Cher – région Centre / réseau de santé nutrition diabète 41 (RSND41). Il regroupe deux médecins généralistes libéraux, un pédicure podologue, un infirmier, un diététicien, un pharmacien.

Ces professionnels coordonnés ont analysé la coordination des soins et l'éducation thérapeutique des patients diabétiques du territoire de Saint Georges sur Cher. Ces professionnels se sont regroupés en maison de santé pluridisciplinaire au cours de l'expérimentation. Ces professionnels collaborent avec le réseau santé nutrition diabète 41 pour la coordination des soins et l'éducation thérapeutique des patients diabétiques du secteur de Saint Georges sur Cher.

Coordonnateur du test : Mme Salhi-Boungzate Latifa (diététicienne du réseau diabète RSND41) avec le soutien de Louissette Monier (directrice du réseau diabète RSND41).

Annexe 2. 10 exemples d'analyses de parcours : fiches de synthèse rédigées à l'issue de chaque réunion pluriprofessionnelle

EXEMPLE 1 : PATIENT ÂGE POLYPATHOLOGIQUE - ÉQUIPE : PÔLE DE SANTÉ

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : patient âgé polypathologique.

Justification : rupture de parcours : lien entre CHU – CH local.

Résumé des grandes étapes du parcours

Le parcours du patient est ponctué de trois hospitalisations. Il s'agit d'un patient vivant à domicile avec son épouse. Il bénéficie d'aides à domicile, de soins infirmiers. Il vit à quelques kilomètres d'un CH local, à une quarantaine de kilomètres du CHU le plus proche. L'analyse porte sur la deuxième hospitalisation.

Reconstitution :

- le patient présente un état fébrile un dimanche soir géré par sa fille et les aides à domicile ;
- le médecin traitant, appelé, fait une visite à domicile le lundi après-midi ; il hospitalise le patient aux urgences du CHU ;
- la fille est informée par le CHU d'un transfert vers un autre service de soin ;
- elle appelle le CHU le jeudi afin de connaître le service dans lequel son père est hospitalisé et apprend qu'il a été transféré la veille au CH local ;
- l'hospitalisation au CH local dure trois semaines, la sortie est préparée avec la gestionnaire de parcours ;
- de retour à domicile, le patient présente des troubles de la vigilance ;
- le médecin traitant est appelé ;
- les IDE revoient le remplissage du pilulier ;
- l'état du patient s'améliore.

Professionnels présents à la réunion : le médecin traitant, le cadre infirmier de l'hôpital local, l'infirmière libérale, l'assistante sociale de l'hôpital local, la gestionnaire de parcours (du pôle de santé).

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

L'entretien avec la fille dure 2 heures 30. Le parcours est tracé sans difficulté, les zones de rupture sont soulevées par la fille qui propose des améliorations. En fin d'entretien, elle remercie pour les démarches engagées sur le territoire pour la prise en charge des personnes âgées.

Référentiel(s) choisi(s)

Référentiel local : logigramme élaboré par le pôle dans le cadre des expérimentations visant à améliorer l'organisation et la coordination des parcours de santé des personnes âgées afin de prévenir les recours évitables à l'hospitalisation (module 1) et de coordonner les soins en sortie sur le parcours des personnes âgées (article 70 de la LFSS 2012).

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts : enveloppe de sortie, organisation du retour à domicile.

Marges de progression : préparation du pilulier, alerte du médecin généraliste lors transferts interhospitaliers, question de l'observance médicamenteuse, transmission des comptes rendus au médecin traitant par HPRIM, utilisation de la carte de correspondance (coordonnées du patient et de l'équipe de santé impliquée dans la prise en charge).

Actions d'améliorations décidées		
Organiser l'information des familles concernant les transferts inter hospitaliers	Le cadre infirmier de l'hôpital local	Immédiat
Présenter à nouveau la gestionnaire de parcours aux correspondants du CHU	Le gestionnaire de parcours et la coordinatrice du test patient traceur	Prise de rdv dans les trois mois
Rappel de l'existence et de l'utilité de la carte de correspondance par les PS	Tous les PS présents	Immédiat
Mise en place d'une réunion d'analyse des pratiques professionnelles pluri-professionnelles sur le thème du médicament : préparation du pilulier, transmission de duplicata de l'ordonnance aux infirmiers, recherche de la capacité du patient à prendre son traitement – Circuit du médicament	L'infirmière libérale et la gestionnaire de parcours	Dans les trois mois

EXEMPLE 2 : PATIENT AYANT UN DIABÈTE DE TYPE 2 ET AUTRES PATHOLOGIES - ÉQUIPE/PROFESSIONNELS REGROUPÉS

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : personne âgée de 66 ans polypathologique avec diabète de type 2, uvéite chronique, cancer du sein, maladie de Crohn.

Justification : patient ayant une prise en charge complexe, ayant suivi des séances d'éducation thérapeutique (ETP).

Résumé des grandes étapes du parcours

Patiente vivant seule, en rémission d'un cancer du sein, et en situation de précarité. Patient en souffrance psychologique importante. Problématique d'accès aux consultations en psychiatrie (démographie médicale). Problématique d'accès aux consultations de psychologues. Problème de temporalité entre les rendez-vous avec le cardiologue et les rendez-vous avec le médecin traitant. Diabète déséquilibré. Passage à un traitement par insuline prochainement.

Professionnels présents à la réunion : médecin traitant libéral, médecin généraliste de l'hôpital local-soins de suite et réadaptation (salarié et libéral), deux diététiciens (statut salarié et libéral), coordinatrice du réseau diabète (statut salarié), infirmière libérale, pédicure-podologue libéral. Professionnels non présents mais dont l'avis a été recueilli : pharmacien, médecin libéral ayant participé au programme d'ETP (diagnostic éducatif).

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

Satisfaction de la prise en charge et notamment de la coordination des professionnels regroupés sur ce lieu. Satisfaction vis-à-vis du programme d'ETP auquel la personne a participé (expression libre, elle se sent plus compliante depuis). Elle regrette l'absence de soutien psychologique de la part de l'équipe de soins palliatifs de son gendre et l'accès difficile aux consultations de psychiatrie.

Référentiel(s) choisi(s)

Référentiel générique des parcours proposé dans le guide : adaptation du questionnaire proposé.
Référentiels thématiques : référentiels diabète HAS, référentiel ANCREC, recommandations ETP HAS.

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts : satisfaction de la prise en charge du patient et bonne coordination des professionnels de santé regroupés. Programme ETP en accord avec les besoins et attentes du patient.

Marges de progression : résoudre le problème du soutien psychologique. Rendre le patient plus autonome dans sa prise en charge en l'éduquant sur la manière de communiquer avec les professionnels de santé (cardiologue).

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées	Responsable pour chaque action d'amélioration à mettre en place	Délai de mise en œuvre
Mettre en place un document de suivi des séances d'éducation thérapeutique (ETP) à envoyer au médecin traitant	Coordinatrice patient traceur	Immédiat
Améliorer la technique de hiérarchisation des pathologies	Médecin traitant	Immédiat
Mise en place de protocole tripartite : professionnels libéraux/réseau de santé/centre hospitalier	Coordinatrice du RSND41/coordinatrice patient traceur	un an
Mettre en place un dossier partagé	Coordinatrice Patient traceur	un an
Améliorer le suivi entre les rendez-vous de cardiologie et les rendez-vous de suivi régulier (médecin traitant)	Médecin traitant	trois mois
Étudier la possibilité de prestations dérogatoires dans le cadre du réseau pour les consultations de psychologue	Coordinatrice du RSND41	trois mois

EXEMPLE 3 : PÉRINATALITÉ ET SANTÉ MENTALE - ÉQUIPE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE

Quel patient et pourquoi ce patient ?
<p>Type de patient : jeune adulte, prise en charge en pré et post-natal pour des problèmes psychosociaux dus à un isolement familial, social et à une certaine fragilité psychologique (secteurs concernés : périnatalité, pédopsychiatrie, médico-social et social, libéral).</p> <p>Justification : patiente ayant une prise en charge complexe de par le nombre d'acteurs importants mobilisés dans son parcours de soins et l'existence de ruptures dans la prise en charge :</p> <ul style="list-style-type: none">- secteur sanitaire (maternité et unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité) ;- secteur social : centre de protection maternelle et infantile (PMI) et assistante sociale de secteur) ;- médico-social (foyer d'hébergement mère-enfant) ;- pédiatre libéral pour le bébé âgé de 6 mois.
Résumé des grandes étapes du parcours
<p>Reconstitution du parcours sur plusieurs années avec les personnes présentes :</p> <p>Période prénatale</p> <p>L'unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité a été sollicitée par la psychologue de la maternité du fait de la situation complexe de cette patiente, de ses antécédents et de sa situation sociale et de ses symptômes : humeur triste, troubles du sommeil.</p> <p>Évaluation de la situation sociale : résidente dans une résidence universitaire, menacée d'expulsion du fait sa grossesse.</p> <p>Une unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité a proposé une hospitalisation en anténatal. Plusieurs dossiers ont été adressés à des unités d'hospitalisation mère-enfants ou à l'hôtel social. La patiente refusera cette hospitalisation.</p> <p>Parallèlement, elle rencontre la sage-femme de PMI qui va confirmer les difficultés psycho-sociales et la détresse maternelle.</p> <p>Une réunion de concertation locale petite enfance (CLE) sera organisée avec la PMI, l'aide sociale à l'enfance (ASE), et l'unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité : confirmation d'une situation complexe sur le plan social et psycho-psychiatrique du fait d'un élément traumatique (décès de son père). Cette situation fera également l'objet d'un passage en staff médico-psycho-social organisé par le réseau PERINAT du fait d'une problématique d'inscription en maternité.</p> <p>Accouchement</p> <p>Elle va rompre toute prise en charge en partant accoucher à l'étranger. Toutefois, elle gardera le lien avec l'équipe de l'unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité.</p> <p>Période postnatale</p> <p>L'enfant sera accueilli à la crèche du foyer maternel. Le foyer est un lieu d'hébergement ayant l'objectif de travailler avec ces jeunes mères sur leur réinsertion. L'enfant est pris en charge la journée à la crèche de l'établissement et la patiente pourra reprendre ses études.</p> <p>Période actuelle</p> <p>Patiente toujours hébergée au foyer maternel. Toujours suivie par l'unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité à sa demande, elle a eu deux consultations sur l'unité et a des entretiens téléphoniques avec la puéricultrice.</p> <p>Concernant la PMI, elle a repris quelques contacts, mais n'a pas engagé un suivi régulier.</p> <p>Son enfant est suivi par un pédiatre en libéral. L'assistante de pôle de l'unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité a pu avoir un entretien avec ce pédiatre qui n'avait pas d'information sur le suivi psycho-psychiatrique.</p> <p>L'ASE est située dans le projet d'accompagnement social (prise en charge financière du foyer maternel).</p> <p>Dans ce type de situation, pas de relation avec le médecin traitant, qui pour le cas présent n'est pas connu. Les liens avec le secteur libéral n'existent qu'avec le pédiatre libéral qui suit l'enfant de cette patiente.</p> <p>En ce qui concerne l'unité mobile, le repérage et l'adressage de ce type de situation se fait généralement par la maternité, dans le cadre du suivi de la grossesse, qui mobilise aussi tous les acteurs sociaux et</p>

médico-sociaux.

Professionnels présents : la coordinatrice de la PMI et le représentant l'ASE, le cadre supérieur et la puéricultrice cadre de santé de l'unité mobile d'urgence périnatale, la directrice du foyer maternel (association), le chef de service de la crèche, le coordonnateur de la démarche.

Professionnels non présents mais dont l'avis a été recueilli : pédiatre libéral.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

Entretien avec la patiente réalisé avec le cadre supérieur (unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité) et le directeur qualité.

Durée de l'entretien : une heure.

La patiente est coopérative pour l'entretien. Elle exprime une satisfaction globale de sa prise en charge par les différentes équipes (maternité, unité mobile d'urgence, foyer). Elle envisage une sortie du foyer maternel.

Malgré certaines difficultés relationnelles avec le foyer maternel, elle reconnaît que son accompagnement social et sa prise en charge lui ont apporté sécurité et protection. Elle reste toutefois dans une certaine incompréhension du projet socio-éducatif du foyer. Elle exprime le manque de concertation entre les structures sociales et sanitaires.

Référentiel(s) choisi(s)

- référentiel inexistant pour ce type de prise en charge

- référentiels thématiques : non utilisé

Besoin exprimé de protocoles de fonctionnement plus clair entre les partenaires.

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts

- la patiente se sent actrice de sa démarche de soin et d'accompagnement même lorsqu'il y a des difficultés ;
- disponibilité de l'ensemble des acteurs et de l'efficacité des relations interprofessionnelles et inter institutionnelles (unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité, foyer, PMI, maternité) ;
- les acteurs sont d'accord de poursuivre et d'améliorer les échanges d'informations et les retours en équipe pluriprofessionnelle ;
- écoute, disponibilité et bienveillance des acteurs intervenants dans la prise en charge ;
- prise en charge satisfaisante et solutions positives trouvées à cette patiente et son bébé.

Marges de progression

- création d'outils pour préparer les transitions et les passages d'une structure à une autre ou d'une étape du projet de vie à une autre (sortie du foyer maternel par exemple) ;
- création d'outils pour améliorer la circulation de l'information entre les acteurs des secteurs sanitaires, médicosociaux et sociaux : en modélisant un outil permettant des retours d'information sur les objectifs, les décisions prises, pour assurer une cohérence dans le projet de soins médico, psycho éducatif ;
- création d'outils d'information permettant une meilleure compréhension des fonctionnements des différentes structures d'accompagnement social, médicosocial et de soins ;
- clarification de la place du médecin traitant.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées

- élaboration de protocole de prise en charge pour clarifier les interventions de chacune des structures et permettre une meilleure formalisation du parcours de santé ;
- travailler les outils d'information des patientes et de leur entourage en communiquant sur les démarches déjà utilisées (charte pour la PMI, contrat d'objectifs définis par la femme et inscrit dans un

parcours d'organisation des soins et de réinsertion sociale pour le foyer maternel par exemple)

Responsable pour les deux actions d'amélioration à mettre en place

La coordination des actions sera assurée par l'assistante de pôle de l'unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité en collaboration avec les responsables du foyer maternel et de la PMI. Il faudra intégrer dans le projet le réseau périnatalité dans l'organisation des modalités de concertations interprofessionnelles

Délai de mise en œuvre : annuelle.

EXEMPLE 4 : PERSONNE AGEE POLYPATHOLOGIQUE - EQUIPE DISPOSITIF MAIA -

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Patient : personne âgée polypathologique.

Justification : longue errance médicale et difficultés de maintien à domicile. L'analyse porte sur une étape particulière du parcours qualifiée « d'urgence médicosociale ». Il s'agit du recours au service d'accueil des urgences sans cause médicale avérée. Constat d'hospitalisations répétées au CH avec zones de rupture entre la prise en soins et l'accompagnement dans les étapes du parcours (entre professionnels des secteurs sanitaire et social).

Résumé des grandes étapes du parcours de santé

Choix d'un médecin traitant après une errance médicale de trois ans. Suivi par des spécialistes : neurologue, gériatre, pneumologue.

Soins d'hygiène biquotidiens depuis deux ans avec préparation du pilulier et distribution des médicaments par un infirmier libéral. Changement d'infirmier à la suite d'un événement indésirable (il y a deux ans).

- Kinésithérapie : au sein de l'Accueil de jour ADJ en janvier 2015.
- Aides : coordination du plan d'aide sociale pour l'Allocation pour la perte d'autonomie (APA) (depuis juin 2013) évalué en GIR 4 (Groupe isoressource). Prise en charge en partie du financement de l'accueil de jour. Prestations d'aide à domicile assurées par une des filles.
- Accueil de jour : trois différents EHPAD avec arrêt puis reprise en 2014.
- Entrée en EHPAD à la suite de difficultés de maintien à domicile en février 2015.
- Contact famille au CLIC/pôle Info depuis 2014 et au service social du centre hospitalier (CH) pour étude de financement de l'EHPAD dû à l'épuisement de l'aidant.

Séjour hospitalier : quatre hospitalisations dont trois en urgence avec retour à domicile.

Professionnels présents à la réunion : médecin généraliste en maison de santé, trois infirmières libérales, une coordinatrice Accueil de jour, une Assistante sociale APA, une pharmacienne, un chef de pôle de gériatre du CH, un pneumologue du CH.

Rencontrés mais absents et excusés lors de la réunion : un cadre de santé Accueil de jour EHPAD, un psychologue en accueil de jour de l'EHPAD, un masseur kinésithérapeute.

Professionnels non présents : échanges de courriels avec l'assistante sociale et contact téléphonique avec la pharmacienne.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

- Entretien avec le patient et les aidants.
- Utilisation de la grille d'entretien avec quatre thèmes abordés : délai de réponse et qualité, connaissance des missions et information du patient) dans chaque service/structure : premier contact, prise en charge, lien entre services et sortie.
- Durée de l'entretien : 35 minutes.
- Constat : grand nombre d'intervenants notamment depuis la dégradation de l'état de santé. Difficultés dans la recherche des professionnels avec changements d'intervenants voulus par certains membres de la famille et pas de liaison entre les professionnels.

Accueil satisfaisant au service d'accueil des urgences et dans les services malgré des difficultés de

compréhension de l'information. Pas de souvenir de remise de livret d'accueil par les services.
 Mise en œuvre du plan d'aide APA et accompagnement par une assistante sociale.
 Pour un accueil de jour une visite à domicile et beaucoup de documents administratifs.
 Les missions du centre local d'information et de coordination gérontologique (CLIC)/pôle infos seniors étaient comprises : information et évaluation des besoins pour l'entrée en institution.
 Prise en charge récente par le médecin traitant à la demande du fils avec bonne relation de confiance.
 Référents spécialistes bien identifiés. Le temps d'hospitalisation est vécu comme un temps de répit : « il est en sécurité ».
 Soins infirmiers appréciés depuis le changement de cabinet, facilement joignable et disponible.
 Mise en place et suivi de la prestation gré à gré sans problème.
 Pour Madame, l'ADJ a été vécu comme une bonne solution de répit mais le retour de M était ressenti comme difficile spécialement le temps de transport et le retour (sortie du véhicule).
 En cas d'aggravation des troubles, les membres de l'entourage interviennent à tour de rôle pour « protéger » leur mère.
 Pas d'événements indésirables à signaler sur la période.

Liens entre services et coordination

Pas de souvenirs d'avoir été informée des orientations vers d'autres services par des services.
 Pas de souvenir d'une présentation d'un plan d'aide ou d'un plan de soins.
 La fille dit avoir assuré la coordination des intervenants : la logistique des médicaments et une certaine circulation de l'information entre professionnels.

- Globalement satisfaite de la PEC à domicile avec une relation de confiance avec le dernier médecin traitant et la nouvelle équipe infirmière.
- L'épouse et sa fille ont exprimé le fait d'être épuisée par des années d'accompagnement surtout depuis les aggravations des troubles cognitifs et du comportement. Pour les filles, le projet de vie du patient tend vers une entrée en établissement malgré le sentiment de culpabilité de l'aidant.

Référentiel(s) choisi(s)

- Prise en charge des personnes âgées ayant une poly-pathologie : un exemple de démarche par résolution de problèmes.
- Outil HAS PMSA « Prescription médicamenteuse chez le sujet âgé ».
- Référentiel « missions » de la structure : validé par les partenaires du territoire au sein des tables de concertation et adapté à l'équipe des intervenants professionnels.

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts

Implication des enfants dans la coordination et le soutien du couple.
 Suivi spécialiste (pneumologue et gériatre) centralisé sur le CH.

Marges de progression

Anticipation des problèmes de l'aidant.
 Les errances et les ruptures dans le parcours.
 Continuité de l'information entre les intervenants document de sortie et de transition entre les services, structures et professionnels.
 Gestion des thérapies médicamenteuses entre hôpital/spécialistes/médecin de ville/pharmacie et cabinet infirmier.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Orientation du patient vers une gestion de cas : rendre plus lisible et visible le service « gestion de cas » auprès des professionnels de proximité

Actions relatives aux aidants du patient

1. Nécessité de mieux repérer l'épuisement des aidants par les intervenants du domicile (par une échelle). Prise en compte des notions d'interculturalité et d'ethno-soins avec des « aidants experts » ; *relais vers France Alzheimer et autre association de patients (CISS régional).*

2. Dès le repérage de la maladie d'Alzheimer, mettre en relation le patient avec l'équipe spécialisée Alzheimer et les associations de famille. Accompagnement vers l'acceptation des aides : *promotion de la plateforme de répit et de l'accompagnement psychologique.*

3. Mettre en place des réponses aux « urgences médico-sociales » à la place des urgences hospitalières (exemple : mise en place d'équipe de répit ou hébergement temporaire d'urgence en EHPAD).

Continuité de l'information, soins transitionnels entre médecins généralistes, vers les spécialistes, entre le CH et établissement médicosocial

- Information des patients sur la désignation du médecin traitant qui peut-être un médecin hospitalier.
- Nécessité d'un dossier centré patient accessible selon les besoins des professionnels dans leur accompagnement et leur prise en soins « informations nécessaire à la prise en charge » ; *expérimentation en cours du Dossier commun d'Aides et de Soins qui a pour but la traçabilité du parcours et partage des informations de manière sécurisée).*
- *Déployer l'utilisation Répertoire opérationnel des ressources (ROR) sur le territoire accès à un annuaire « opérationnel »* (l'offre de soins sanitaire en lits d'urgence, et inclure l'offre en médicosociale et sociale).

Gestion des thérapies médicamenteuses- diffusion de l'outil PMSA vers les professionnels de proximité

Besoin d'une expertise gériatrique et psycho-gériatrique à domicile pour évaluer la prise en charge médicamenteuse sur le lieu de vie et recommander des thérapies médicamenteuses et non médicamenteuses en lien avec les troubles du comportement.

Les axes d'améliorations discutés seront présentés lors de la prochaine table de concertation tactique en juin 2015 pour régulation et planification par les responsables de services et de structures.

EXEMPLE 5 : PERSONNE ÂGÉE POLYPATHOLOGIQUE – ÉQUIPE SSIAD

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : personne âgée polypathologique.

Justification : complexité de la prise en charge, situation de dépendance, diversité d'intervenants, aidant principal atteint d'une démence de type Alzheimer.

Résumé des grandes étapes du parcours

Pris en charge par le médecin traitant présent à la réunion depuis plus de 40 ans. Pris en charge par les infirmières libérales depuis 1988. Présence d'un service d'auxiliaires de vie depuis 1990. Intervention du SSIAD depuis 2011 à la suite d'une aggravation de la dépendance. Il vit seul depuis fin novembre 2014. Entrée en urgence de l'usager au SSR puis rapidement en EHPAD.

Professionnels présents : un infirmier libéral, deux infirmiers coordonnateurs du SSIAD, un infirmier du conseil général chargé de l'APA, un cadre de santé du SSR, un cadre de santé du SSIAD, un travailleur social responsable du service de maintien, un médecin généraliste, un médecin du SSR.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

L'entretien s'est déroulé en EHPAD. L'entretien s'est déroulé sous la forme d'un échange informel d'une durée de 30 minutes. Les questions posées ont été celles proposées par le guide d'entretien proposé par la HAS. L'usager, très âgé, n'a pas compris pleinement le but de cet entretien. Il est resté cantonné à des réponses concernant sa situation actuelle, c'est-à-dire son hébergement en EHPAD. Il n'a pas pu reprendre l'analyse de son parcours de soins en ambulatoire.

Référentiel(s) choisi(s)

Référentiel générique des parcours proposé dans le guide expérimental (questionnaire pour la réunion d'équipe).

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts : bonne coordination générale, pas de rupture de parcours. Les outils mis en place à domicile facilitant la coordination sont jugés de bonne qualité.

Marges de progression : un recours à un psychologue aurait pu être envisagé à la suite du décès de la compagne de l'utilisateur. Un recours à un ergothérapeute aurait permis de rendre plus envisageable le retour de l'utilisateur dans son propre domicile après le décès de sa compagne.

- Un lien avec l'unité territoriale d'action médicosociale aurait également pu être effectué.
- Les acteurs de la réunion se sont rendu compte qu'ils pourraient progresser dans la connaissance des équipes de support psychologique. L'évaluation de la fatigue de l'aidant de l'utilisateur n'a été faite que partiellement.
- Le dossier du SSIAD a suivi l'utilisateur lors de son entrée en SSR mais pas en EHPAD.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées

- Utilisation systématique d'échelles de mesure de l'épuisement de l'aidant par le SSIAD.
- Suivi du dossier du SSIAD jusqu'à l'arrivée en EHPAD.
- Réunion de concertation entre SSR et partenaires du domicile avant l'entrée systématique en EHPAD.
- Photos de lieux de vie dans les dossiers SSIAD afin d'évaluer le possible retour à domicile.

Responsable pour chaque action d'amélioration à mettre en place : cadre de santé du SSIAD.

Délai de mise en œuvre : décembre 2015.

EXEMPLE 6 : PERSONNE ÂGÉE POLYPATHOLOGIQUE DONT DIABÈTE – ÉQUIPE : RÉSEAU DE SANTÉ EN LIEN AVEC UN EHPAD

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : personne âgée polypathologique (dont diabète).

Justification : altération de l'état général et rupture de parcours (domicile -> EHPAD à la suite du décès de l'aidant principal) et risque d'isolement avéré.

Résumé des grandes étapes du parcours

Décès de l'aidant principal un an et demi avant l'entrée en EHPAD à la suite de l'altération de l'état général et début de la dialyse six mois après l'entrée en EHPAD, hospitalisation pour 24 heures pour reprise fistule artérioveineuse.

Dialyse trois fois par semaine.

Professionnels présents :

Un médecin coordonnateur, un infirmier coordonnateur, un infirmier, un psychologue, une aide-soignante, un kinésithérapeute libéral.

Professionnels non présents mais dont l'avis a été recueilli : un médecin traitant.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

Le patient est satisfait de sa prise en charge « bien qu'il n'ait pas décidé de son entrée en EHPAD ». Le patient connaît le principe de hiérarchisation des soins et l'aborde d'un point de vue : « projet de vie » (plutôt qu'au niveau des objectifs thérapeutiques). Il est informé des examens à réaliser sans pour autant maîtriser les résultats. Le patient tient à préciser qu'il éprouve des difficultés à articuler ses activités individuelles avec les activités collectives de l'EHPAD. Les médicaments semblent connus, le patient décrivant (en partie) le parcours du médicament (préparation en pharmacie, conditionnement, etc.).

Cependant, il ne semble pas connaître les effets secondaires.

L'éducation thérapeutique : le patient connaît le mot mais ne sait pas ce que cela veut dire.

Les échanges avec le patient ont montré que les interventions des professionnels ont été communiquées et planifiées.

Le patient déclare bien positionner l'infirmière coordinatrice, mais moins bien le médecin coordinateur (non prescripteur). Pour le suivi et l'évolution de son état, le patient fait toujours référence à son médecin traitant. Le patient déclare que cette coordination s'effectue en fonction de son état de santé et que la communication entre l'EHPAD et le centre est effective (lettres ou courriers ou mots en fonction de la teneur des informations à échanger).

Référentiel(s) choisi(s)

Référentiel générique des parcours proposé dans le guide HAS expérimental : « HAS : patient traceur : conditions de mise en œuvre en ville » (guide d'entretien proposé).

Recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM concernant les EHPAD.

Envisagé a posteriori : référentiel thématique : HAS – Guide du parcours – Maladie rénale chronique de l'adulte – Février 2012.

Synthèse de l'analyse du parcours

L'analyse complète du parcours s'est effectuée en trois temps : réunion pluriprofessionnelle, entretien avec les médecins traitants et réunion de débriefing.

Points forts : le cadre du domicile des patients étant un EHPAD, l'information « patient et de son entourage » bénéficie des exigences des recommandations de l'ANESM (Agence nationale pour l'évaluation des établissements médicosociaux).

En dehors des médecins traitants, les professionnels libéraux intervenants dans l'EHPAD sont intégrés à la planification des actions. Les échanges sont réguliers (ex. : support courrier avec le centre de dialyse). Le patient cible son médecin traitant comme médecin de référence et non le médecin coordinateur de l'EHPAD. L'EHPAD met à disposition des intervenants un dossier local non partagé permettant à chacun d'inscrire les informations d'intervention évaluées comme pertinentes.

Marges de progression

- Intégrer le médecin traitant des patients en amont de l'édition du plan personnalisé de soins et l'informer des événements indésirables.
- Proposer à l'EHPAD de valider son choix de représentativité du médecin coordinateur vis-à-vis des patients et de les informer en fonction.
- Décloisonner et faire collaborer l'ensemble des intervenants sur les phases d'identification, d'évaluation et de définition des objectifs de prise en charge (PPS).
- Le dossier médico-social mis à disposition par l'EHPAD auprès des professionnels médicaux permet au médecin traitant (par exemple) d'y saisir les données médicales sans formalisme quant au cadre d'utilisation, de gestion et de responsabilité.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées

- Étudier les possibilités permettant d'informer le médecin traitant plus rapidement qu'actuellement (lors d'événement indésirable).
- Éditer un formulaire d'engagement réciproque entre l'EHPAD et le médecin traitant désigné par le patient permettant de cadrer le positionnement de chaque professionnel vis-à-vis de l'utilisation du dossier patient commun. Ex. : formulaire simple d'engagement (format A4).

Responsable pour chaque action d'amélioration à mettre en place : EHPAD/Centre dialyse.

Délai de mise en œuvre : Non défini.

EXEMPLE 7 : PERSONNE ÂGÉE POLYPATHOLOGIQUE – ÉQUIPE : CENTRE DE SANTÉ

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : polypathologique (insuffisance cardiaque, troubles du rythme, cancer de la prostate, troubles cognitif (sénilité).

Justification : hospitalisation non programmées à répétition suites à des chutes.

Résumé des grandes étapes du parcours

En 2014, hospitalisation en janvier suite problème en lien avec pathologies et parallèlement à l'aggravation de l'état de santé chutes en avril, juillet, septembre, octobre, novembre.

Professionnels présents : médecin, infirmière coordinatrice du centre, assistante sociale, pharmacienne.

Professionnels non présents mais dont l'avis a été recueilli : cardiologue, gérontologue, cadre du service « unité de gériatrie aigüe », service d'aide à la personne, psychologue.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

Le patient s'est peu exprimé, mettant en avant ses troubles de mémoire. Sa femme, ne veut pas se sentir envahie dans la relation fusionnelle avec son époux.

Les comptes rendus hospitaliers tardifs sont mis en cause, le déni de l'évolution de la pathologie cardiaque augmente les reproches contre les services hospitaliers.

La fille souhaite augmenter le plan d'aide mais sa mère refuse, elle lui reproche son épuisement et son impossibilité à anticiper les chutes de son père, son refus d'aménager le logement.

Référentiel(s) choisi(s)

Evaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées (HAS).

Le soutien aux aidants non professionnels (ANESM).

Réunions de coordination médicosociales (interne).

Fiches de liaisons (interne).

LANTICHUT (MSA).

Logiciel d'Analyse et de Traitement analyse des chutes à domicile.

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts :

- Existence des réunions de coordination médicosociales (type réunion de concertation pluridisciplinaire) pour assurer le suivi des informations aux professionnels du médical, du social et du médicosocial.
- Utilisation du DSM-Pro (outil informatique de recueil et de partage des données patient).
- Suivi médical et social réguliers.

Marges de progression

- Retour des comptes rendus d'hospitalisations et de soins de suite et réadaptation.
- Adaptation du plan d'aide.
- Accompagnement du psychologue sur les aides du domicile et le suivi palliatif.
- Utilisation des fiches de déclaration des chutes et définition d'une procédure plus adaptée.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées

Adaptation du plan d'aide et du domicile (service social).

Réajustement des utilisations de la fiche de déclaration de chutes (médecin + IDE).

EXEMPLE 8 : PATIENT ADOLESCENT PRÉSENTANT UN HANDICAP – ÉQUIPE DU RÉSEAU DE SANTÉ

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : patient adolescent présentant un retard de développement psychomoteur et des troubles du comportement. Formation en institut médico-professionnel avec temps de scolarité en classe externalisée.

Justification : situation complexe (définition HAS). Expérimentation d'une interface handicap et santé régionale au sein de l'ARESPA à la demande de l'ARS.

Résumé des grandes étapes du parcours

Le médecin traitant a fait appel à la coordinatrice d'appui du réseau de santé pour trouver rapidement des solutions aux difficultés rencontrées par le patient et sa famille dans un parcours de vie déjà compliqué. Les difficultés résident principalement dans l'accès aux droits du patient ce qui impacte directement sur la prise en charge du patient. Cette situation nécessite de nombreux contacts et des interactions avec les professionnels de santé intervenant autour du patient et avec les institutions impliquées dans le parcours (établissement scolaire, établissement médico-éducatif, maison de santé départementale pour les personnes handicapées MDPH, autres). Épuisement de la famille.

La coordinatrice d'appui rencontre le patient et sa famille à domicile, deux jours après l'appel du médecin traitant. Identifications des besoins et recherche active de solutions : intervention médico-administrative du conseiller médical du réseau de santé à la demande du médecin traitant ; démarches de réhabilitation des droits du patient et organisation du parcours de soins. Le travail conjoint permet au médecin traitant de considérer à nouveau l'organisation d'une opération chirurgicale : organisation d'examen, contact et rendez-vous pris avec et le podologue et le chirurgien. Il permet aussi la rédaction d'une synthèse du parcours pour débloquer les difficultés médico-administratives du parcours.

Professionnels présents à la réunion

Médecin traitant, coordinatrice d'appui et conseiller médical du réseau de santé.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

Satisfaction de la prise en charge médicale et du relai pris par l'ARESPA. Relation de confiance instaurée avec le patient et la famille.

Référentiel(s) choisi(s)

Guide d'entretien proposé dans le guide « Patient traceur », et référentiel interne.

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts : satisfaction du médecin traitant, du patient et de la famille ; recherche de solutions effective ; prise en charge sanitaire et accompagnement de cette prise en charge satisfaisants ; constitution d'une équipe soudée avec compétences complémentaires autour du patient.

Marges de progression : insuffisance de rencontres entre les différents acteurs du parcours de ce patient du fait de l'urgence de la situation et donc organiser la disponibilité des professionnels ; difficultés observées de transmission d'informations entre les acteurs de santé mais aussi entre les différents services et donc mettre en place des actions correctrices pour y remédier.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées : élaboration d'un plan d'appui aux soins (P.A.S.), programmation concertée pour mettre en place des moyens humains, matériels et financiers pouvant aider le plan de soins du patient, avec le patient, la famille et le médecin traitant. Rencontres à organiser entre tous les acteurs de ce parcours. Planification des rendez-vous de suivi avec le médecin généraliste pour le suivi

du P.A.S. Organiser et suivre les rendez-vous avec les médecins spécialistes. Recherche de solutions alternatives pour les troubles du comportement.

Échéance pour mettre en œuvre les actions : septembre.

Personnes en charge des actions : coordinatrice d'appui + médecin traitant + conseiller médical ARESPA.

EXEMPLE 9 : PATIENT PSYCHOTIQUE - ÉQUIPE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : patient psychotique de 40 ans en programme de soins.

Justification : patient dont la prise en charge est complexe nécessitant l'intervention de nombreux acteurs.

Résumé des grandes étapes du parcours

Patient pris en charge depuis 2001 (sept hospitalisations), non compliant aux soins, prise de cannabis qui le fait décompenser.

Patient bénéficiant de tous les dispositifs possibles de l'établissement de santé, non observant, en situation de précarité, stabilisé, capable de répondre aux questions et de comprendre la démarche.

Professionnels présents à la réunion : un éducateur spécialisé, un infirmier de l'hôpital de jour et du centre médico psychologique (CMP), le psychiatre référent du patient du CH, deux infirmiers de l'équipe des appartements associatifs, un IDE de l'équipe hospitalière de liaison en addictologie, un IDE de l'équipe d'hospitalisation, un cadre de santé de l'ambulatoire, un cadre de santé de l'hospitalisation, un coordonnateur de la démarche.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

Entretien de 45 minutes, mené par le cadre de santé de l'ambulatoire du secteur avec la participation de l'assistante qualité et de l'ingénieur qualité.

Le patient estime que les professionnels sont suffisamment disponibles, les informations le concernant circulent correctement entre les différents intervenants, il a largement pu participer aux décisions concernant sa prise en charge. Le patient n'a pas de suggestion à faire à l'exception qu'il regrette qu'il ait fallu attendre sa dernière hospitalisation en juillet pour l'aider.

Référentiel(s) choisi(s)

- **référentiel générique des parcours proposé dans le guide** : utilisé et adapté à la situation.
- **référentiels thématiques** : protocoles locaux de prise en charge.

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts : bonne prise en charge pluridisciplinaire, bonne coordination des informations, bonne traçabilité dans le dossier patient informatisé.

Marges de progression

- médecin traitant non associé dans le programme de soins ;
- lien entre l'addictologie et le CMP ;
- manque de dispositif d'alerte en cas de décompensation.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées

- Implication du médecin traitant dans la prise en charge.
- Lien à développer avec l'addictologie (retours d'informations).
- Développer les alertes en cas de décompensation.

- Identification d'un coordonnateur de la prise en charge.

Échéances : actions à six mois.

Personnes en charge des actions : équipe soignante en particulier le psychiatre référent et les cadres de santé.

EXEMPLE 10 : PATIENT ASMATHIQUE PRÉSENTANT UNE HYPERVENTILATION – ÉQUIPE EN MAISON DE SANTÉ

Quel patient et pourquoi ce patient ?

Type de patient : patient asthmatique présentant une hyperventilation.

Justification : patient dont la prise en charge est complexe, nécessitant de nombreux intervenants dans sa prise en charge. Il fait l'objet d'une éducation thérapeutique, de l'intervention d'un prestataire de service, d'un suivi régulier en CH et CHU.

Résumé des grandes étapes du parcours

Patient asthmatique depuis dix ans et présentant une hyperventilation.

Professionnels concernés : médecin généraliste, pneumologue libéral, masseur-kinésithérapeute libéral, médecin de physique et réadaptation du CHU, infirmière référente en éducation thérapeutique, médecin urgentiste.

Professionnels présents à la réunion : médecin généraliste, pneumologue hospitalier (présent à double titre : hôpital général et CHU en tant qu'attaché aux EFR), masseur-kinésithérapeute, infirmière référente en éducation thérapeutique.

Synthèse de la rencontre avec le patient ou son entourage

Parcours bien jalonné et bien compris par la patiente qui estime que la bonne connaissance des intervenants entre eux facilite les choses.

Elle signale également que l'éducation thérapeutique lui a aussi permis de mieux comprendre le rôle de chacun.

Référentiel(s) choisi(s)

La notion de référentiel a été jugée sans intérêt, les questions portant plus sur le rôle réciproque de chaque intervenant.

Synthèse de l'analyse du parcours

Points forts : liens amicaux entre les médecins, peu de superposition de compétences alors que cette crainte était exprimée avant l'analyse. Rôle essentiel de l'ETP.

Marges de progression : les professionnels ont changé depuis et la fluidité des parcours est moins évidente. Problème posé par les délais.

Actions d'amélioration et suivi envisagé pour leur mise en œuvre

Actions d'améliorations décidées : écrire des propositions d'éducatifs thérapeutiques, prévoir des plages de consultation pour les cas particuliers.

Échéance : mensuelle.

Faire des retours d'expériences auprès des médecins hospitaliers pour évaluer les problèmes de délais. Utiliser si possible des moyens de communication directs (téléphone voire mail).

Annexe 3. Questionnaire relatif au test de la démarche

(Mode de réponse OUI/NON, ne peut pas répondre) - (*) : réponse obligatoire

Objectifs du test de la démarche du patient traceur en ville

Les informations recueillies dans ce questionnaire permettront à la HAS d'avoir un retour sur la faisabilité de la démarche du patient traceur sur le terrain et ainsi ajuster le guide méthodologique préétabli avec un groupe de travail coordonné par la HAS.

L'objectif du test de la démarche du patient traceur en ville est de contribuer à la finalisation du guide méthodologique.

Grâce à ce retour d'expérimentation, il s'agit de :

- préciser les conditions de mise en œuvre en ville de la démarche en identifiant les facteurs facilitants, les difficultés et les solutions trouvées pour les surmonter ;
- repérer les effets de la démarche sur le travail en équipe, les thématiques pour lesquelles il y a eu un partage de points forts et des points à améliorer au sein de l'équipe et la recherche de solutions ;
- illustrer la mise en œuvre de la démarche par des exemples concrets.

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire à l'issue de l'expérimentation des deux ou trois analyses de parcours que vous aurez effectuées.

1) VOTRE AVIS SUR LE DÉROULEMENT DES ÉTAPES

Étape 1 : Mobiliser les professionnels impliqués dans la prise en charge

Question 1(*)

Avez-vous rencontré des difficultés pour **identifier les professionnels** impliqués dans la prise en charge du patient ?

- Si **OUI**, lesquelles et **comment avez-vous surmonté ces difficultés** ?
- Si **NON**, **qu'est-ce qui a facilité l'identification des professionnels** ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 2(*)

Avez-vous rencontré des difficultés pour **mobiliser les professionnels** impliqués dans la prise en charge du patient ?

- Si **OUI** lesquelles et **comment avez-vous surmonté ces difficultés** ?
- Si **NON**, **qu'est-ce qui a facilité la mobilisation des professionnels** ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 3(*)

Quelle est l'organisation qui a permis ce temps d'échange pour analyser le parcours du patient (ex. : lors de réunions de *staff* déjà organisées sur un mode régulier, organisation d'une réunion spécifique à ce sujet, autres...) ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 4(*)

Au lancement de la démarche, avez-vous recherché un soutien au niveau local, territorial ou régional pour mener à bien votre démarche ? (ARS, URPS, Structure régionale d'appui, autres) ?

Si **OUI**, auprès de qui ? Quel type de soutien avez-vous obtenu ?

Étape 2 : Préparer la mise en œuvre de la démarche : votre rôle de coordonnateur

Question 5(*)

En tant que coordonnateur de la démarche, **faites-vous partie de l'équipe de prise en charge du patient** ?

Question 6(*)

Quelle est **votre profession** ?

Question 7(*)

Avez-vous rencontré des difficultés pour **reconstituer le parcours** du patient ?

Si, **OUI** lesquelles et **comment avez-vous surmonté ces difficultés** ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 8(*)

Avez-vous eu des **difficultés pour rassembler les informations auprès des différents professionnels** ?

- Si **OUI** lesquelles et **comment avez-vous surmonté ces difficultés** ?
- Si **NON**, **qu'est-ce qui a facilité le rassemblement des informations et la reconstitution du parcours** ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 9(*)

Quels conseils donneriez-vous à un coordonnateur qui s'engage dans une démarche de patient traceur pour **reconstituer le parcours du patient** ?

Étape 3 : Choisir le patient et les référentiels pour l'analyse du parcours

Concernant le choix du patient

Question 10(*)

Avez-vous rencontré des **difficultés pour** choisir le patient ?

- Si **OUI** lesquelles et **comment avez-vous surmonté ces difficultés** ?
- Si **NON**, **qu'est-ce qui a facilité le choix de chaque patient** ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 11(*)

Quels conseils donneriez-vous à un coordonnateur qui s'engage dans une démarche de patient traceur pour le choix du patient ?

Concernant le choix des référentiels

Question 12(*)

Avez-vous rencontré des difficultés pour **choisir le ou les référentiels** auxquels comparer les pratiques réelles ?

- Si **OUI** lesquelles et comment avez-vous surmonté ces difficultés ?
- Si **NON**, qu'est-ce qui a facilité le choix du ou des référentiels ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 13(*)

Quels conseils donneriez-vous à un coordonnateur qui s'engage dans une démarche de patient traceur pour le choix du ou des référentiels ?

Étape 4 : S'entretenir avec le patient individuellement (ou avec un proche) pour recueillir son point de vue

Concernant l'information du patient pour participer à la démarche

Question 14(*)

Parmi les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient, **quel professionnel a informé le patient** de cette démarche ? (le médecin, l'infirmière, le pharmacien, le coordonnateur du test, autres...) ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 15(*)

Quelles modalités avez-vous utilisées pour informer le patient ou ses proches de la démarche et recueillir leur accord ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 16(*)

Avez-vous rencontré des difficultés pour informer le patient et/ou ses proches et leur proposer de participer à la démarche ?

- Si **OUI** lesquelles et comment avez-vous surmonté ces difficultés ?
- Si **NON**, qu'est-ce qui a facilité l'information du patient et/ou de ses proches ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 17(*)

Quels conseils donneriez-vous à un coordonnateur qui s'engage dans une démarche de patient traceur pour **l'information du patient et/ou de ses proches et le recueil de leur accord** ?

Concernant la rencontre avec le patient et/ou ses proches pour un entretien sur le parcours

Question 18(*)

Quel professionnel a rencontré le patient ou ses proches ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 19(*)

Le professionnel qui a mené l'entretien auprès du patient et ou de ses proches **fait-il partie des professionnels impliqués dans la prise en charge** ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 20(*)

Combien de temps a duré cet échange (en minutes) ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 21(*)

Selon vous, et en général, **les patients ont-ils été satisfaits de donner leur point de vue** ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 22

Avez-vous rencontré des difficultés pour mener l'entretien avec le patient et/ou ses proches (atteinte des objectifs, obtention d'informations utiles) ?

- Si **OUI** lesquelles et comment avez-vous surmonté ces difficultés ?
- Si **NON**, qu'est-ce qui a facilité l'entretien avec le patient et/ou de ses proches ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 23(*)

Quels conseils donneriez-vous à un coordonnateur qui s'engage dans une démarche de patient traceur pour **conduire l'entretien avec le patient et/ou ses proches** ?

Étape 5 : Réunir les professionnels pour l'analyse de la prise en charge

Question 24(*)

Avez-vous pu réunir, lors de la réunion d'équipe, l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient (professionnel des secteurs sanitaire, médico-social et social, des services d'aide à domicile, etc.) ?

- Si **OUI**, qu'est-ce qui a facilité le rassemblement des professionnels ?
- Si **NON**, quels professionnels n'ont pas pu participer à l'analyse de la prise en charge du patient ? Quelles en sont les raisons ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 25(*)

En cas d'indisponibilité de certains professionnels

Comment avez-vous procédé ?

Question 26(*)

Quelle a été la durée de la réunion d'analyse du parcours ?

Précisez pour chacun des patients traceurs.

Question 27(*)

La réunion a-t-elle abouti à un consensus et une synthèse sur les points forts, les marges de progression du parcours du patient et de son organisation ?

- Si **OUI**, qu'est-ce qui a facilité ce consensus ?
- Si **NON**, ou pas pour tous les patients, pourquoi la réunion n'a pas abouti à un consensus sur les points forts et les marges de progression ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 28

Quels conseils donneriez-vous à un coordonnateur qui s'engage dans une démarche de patient traceur pour **conduire l'entretien avec les professionnels** ?

Étape 6 : Décider des améliorations à mettre en œuvre et suivre leurs effets

Question 29(*)

La réunion d'analyse de parcours a-t-elle permis de **définir et de s'accorder sur les améliorations à prévoir** ?

- Si **OUI**, qu'est-ce qui a facilité cet accord ?
- Si **NON**, ou pas pour tous les patients pourquoi la réunion n'a pas abouti à un consensus sur les actions d'amélioration ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 30(*)

Une seconde réunion a-t-elle été nécessaire ? Si **OUI**, dans quel but ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Question 31(*)

Comment avez-vous procédé pour **partager les propositions d'améliorations avec les professionnels non présents** ? Comment avez-vous pu leur communiquer le plan d'action décidé et le mettre en place avec eux ?

Précisez pour chacun des patients traceurs.

Question 32(*)

Avez-vous pu mettre en œuvre les améliorations décidées en équipe ?

Question 33(*)

Avez-vous sollicité une aide extérieure (ARS, URPS, associations, autres organismes...) pour mettre en œuvre les améliorations ?

Question 34(*)

Qu'avez-vous décidé pour l'archivage des documents relatifs au patient traceur ?

2) VOTRE AVIS SUR LES OUTILS PROPOSÉS

Concernant le document d'information à remettre au patient (outil 1)

Question 35(*)

Avez-vous utilisé le **document d'information à remettre au patient** et/ou ses proches (**outil 1** du guide) ? Si vous l'avez adapté, merci de joindre votre document.

Question 36(*)

Avez-vous des propositions pour améliorer l'outil 1 ?
Merci de justifier votre réponse.

Concernant le guide d'entretien pour le patient ou ses proches (outil 2)

Question 37(*)

Avez-vous utilisé le **guide d'entretien pour le patient ou ses proches** (**outil 2** du guide) ?

Si vous l'avez adapté, merci de joindre votre document.

Merci de justifier votre réponse.

Question 38(*)

Avez-vous **des propositions pour améliorer l'outil 2** ?

Merci de justifier votre réponse.

Concernant le guide d'entretien avec les professionnels (outil 3)

Question 39(*)

Le guide d'entretien "équipe" vous a-t-il aidé à conduire la réunion avec les professionnels ?

- Si **OUI**, l'avez-vous adapté ?
- Si **NON** ou en partie, pourquoi ?

Précisez pour chacun des patients traceurs réalisés.

Merci de joindre un exemplaire des guides si vous les avez adaptés.

Question 40(*)

Avez-vous des **propositions pour améliorer ce guide d'entretien** ?

Merci de préciser votre réponse.

Question 41(*)

Avez-vous utilisé le **référentiel générique des parcours de santé** comme guide d'entretien (encadré 1 page 15) ?

Merci de préciser votre réponse et de joindre le guide si vous l'avez adapté.

Question 42(*)

Avez-vous des **propositions pour améliorer ou compléter le référentiel générique des parcours de santé** ?

Merci de justifier votre réponse.

Question 43(*)

Selon vous, **ce référentiel générique du parcours de santé est-il une aide pour reconstituer le parcours** ?

Merci de justifier votre réponse.

Question 44(*)

Selon vous, **ce référentiel générique du parcours de santé est-il une aide pour analyser le parcours** ?

Merci de préciser votre réponse.

Question 45(*)

Avez-vous eu besoin d'utiliser un **questionnement plus ciblé pour analyser plus finement le parcours** comme proposé dans l'encadré 2 et questions associées aux pages 16 à 19 du guide ?

Si **OUI**, pourquoi et sur quel thème ?

Avez-vous des propositions pour améliorer le questionnement ?

Concernant la fiche de synthèse pour chaque Patient traceur (outil 4)

Question 46(*)

Avez-vous des **propositions pour améliorer l'outil 4 « Fiche de synthèse Patient traceur »** ?

Joindre les fiches de synthèses réalisées.

Concernant les outils thématiques proposés en annexes

Question 47(*)

L'exemple concernant l'obésité de l'adulte (annexe 1) a-t-il un intérêt en tant qu'illustration ?

Merci de justifier votre réponse.

Question 48(*)

L'exemple concernant le diabète de type 2 (annexe 1) a-t-il un intérêt en tant qu'illustration ?

Merci de justifier votre réponse.

Question 49(*)

L'exemple concernant la personne âgée ayant une polyopathie a-t-il un intérêt en tant qu'illustration ?

Merci de justifier votre réponse.

Question 50(*)

Auriez-vous souhaité d'autres exemples ?

Merci de justifier votre réponse.

Question 51(*)

Au total, le guide a-t-il été utile pour mener la démarche ?

Question 52(*)

Avez-vous des compléments ou des ajustements à proposer ?

3) VOTRE AVIS SUR L'IMPACT DE LA DÉMARCHÉ

Concernant l'estimation du temps passé

Question 53(*)

Si l'on devait estimer l'**investissement en temps du coordonnateur** pour la réalisation d'une démarche patient traceur **en routine** : quel serait cet investissement en nombre d'heures ?

Question 54(*)

Si l'on devait estimer l'**investissement en temps de chaque membre de l'équipe de professionnels** pour la participation à une démarche patient traceur **en routine** : quelle serait cet investissement en nombre d'heures ?

Concernant la satisfaction des professionnels

Question 55(*)

Les professionnels qui ont participé à la démarche ont-ils été globalement satisfaits ?

Merci de justifier votre réponse.

Concernant le travail en équipe

Question 56(*)

La démarche a-t-elle permis de développer ou renforcer le travail en équipe pluriprofessionnelle (secteur sanitaire et social notamment) ? Merci de justifier votre réponse.

Question 57(*)

Le croisement des points de vue du patient et de l'équipe est-il une approche intéressante pour analyser et améliorer le parcours ? Merci de justifier votre réponse.

Question 58(*)

Avez-vous pu associer à la démarche un représentant des usagers ? Merci de justifier votre réponse.

Question 59(*)

Selon vous, **quelle organisation est la plus favorable pour développer cette démarche en ville** (ajouter cette démarche lors des réunions existantes, réunion spécifique, aide d'un organisme, autres...) ? **Merci de préciser.**

Concernant les effets sur l'organisation de la prise en charge

Question 60(*)

Selon vous, la démarche permet-elle une **meilleure continuité des soins** pour les patients ayant un même parcours de soins ? **Merci de préciser.**

Question 61(*)

Selon vous, la démarche **permet-elle d'améliorer aussi le parcours d'autres patients ayant un profil similaire** ? **Merci de préciser.**

Question 62(*)

Selon vous, la démarche permet-elle d'améliorer les **pratiques des professionnels** en comparaison avec les bonnes pratiques ? **Merci de justifier.**

Question 63(*)

Selon vous, cette démarche peut-elle participer à un **diagnostic territorial** relatif à l'organisation des soins ?

Merci de justifier votre réponse.

Un diagnostic territorial a pour but de faire apparaître les caractéristiques, les atouts, les faiblesses et les potentialités d'un territoire donné. Il est un outil de connaissance du fonctionnement du territoire et de dialogue entre les acteurs pour faire émerger des améliorations.

Question 64(*)

Auriez-vous eu besoin d'un soutien extérieur pour mener à bien la démarche du patient traceur (par l'ARS, URPS, structure régionale d'appui, autres) ? Merci de justifier votre réponse.

Concernant la plus-value de la démarche

Question 65(*)

Quelle est la plus-value de la démarche par rapport aux autres démarches d'amélioration de la qualité (par exemple : groupe de pairs, revue de morbidité mortalité, audits, indicateurs, etc.) ?

Question 66(*)

Après avoir expérimenté cette démarche, quelles sont les préconisations ou conditions nécessaires pour un bon déploiement de cette démarche ?

Question 67(*)

Avez-vous l'intention de renouveler cette expérience après cette étape de test pour la HAS ?

Merci de justifier votre réponse.

Annexe 4. Résultats d'exploitation du questionnaire

Exploitation des questionnaires de retours d'expériences

Neuf coordonnateurs sur dix de test ont rempli un questionnaire en ligne (cf. annexe) demandé par la HAS à l'issue de l'expérimentation avec les professionnels de terrain.

I/ Déroulement des étapes :

Étape 1 : mobilisation des professionnels dans la prise en charge

- Sept coordonnateurs n'ont pas eu de difficultés pour l'identification des professionnels de la prise en charge du patient. Leur mobilisation a été jugée cependant plus difficile pour 16 parcours. Les raisons de cette difficulté sont le contexte de grève des médecins généralistes (janvier-février 2015) et de grippe saisonnière du début d'année. Les professionnels libéraux et les médecins spécialistes hospitaliers ont été plus difficilement disponibles. Ils ont néanmoins participé à la démarche au moyen de contacts téléphoniques et de courriels.
- En majorité, des réunions spécifiques ont été nécessaires pour l'organisation de cette méthode (pour les neuf équipes). Trois équipes les ont organisées sur le temps du déjeuner. Dans deux cas, ces réunions ont eu lieu sur un temps de staff déjà prévu par les équipes (EHPAD) et lors de réunions de coordination médicosociale déjà en place (centre de santé). A terme, les tables d'informations cliniques organisées dans le cadre des MAIA pourraient intégrer cette démarche.
- Trois équipes ont recherché un soutien par un organisme extérieur (ARS).

Étape 2 : préparer la mise en œuvre de la démarche : le rôle du coordonnateur

- Le coordonnateur du test est extérieur à la prise en charge du patient dans six cas. Il présente des profils variés (un médecin généraliste, un médecin directeur de l'URPS, trois ingénieurs qualité, deux cadres infirmiers coordonnateurs, un diététicien, un directeur de réseau, un pilote MAIA).
- La reconstitution du parcours par le coordonnateur et le rassemblement des informations ont été facilement réalisés (six coordonnateurs n'ont pas eu de problème pour la reconstitution de chacun des parcours et sept pour le rassemblement des informations). Le médecin traitant ou le médecin référent en psychiatrie dispose de l'ensemble des éléments du parcours. Dans deux cas, la sollicitation de gestionnaires de parcours ou de gestionnaires de cas ont facilité ces recherches d'information (équipe du pôle de santé et dispositif MAIA).

Étape 3 : choisir le patient et les référentiels pour l'analyse du parcours

- La moitié des équipes ont eu des difficultés pour le choix des patients. Il en ressort que le choix du patient doit se faire après une discussion avec l'équipe, en particulier pour la santé mentale. En psychiatrie, ce choix est plus difficile compte tenu de plusieurs facteurs :
 - o certains patients ne sont pas en mesure de s'exprimer ou de comprendre la démarche ;
 - o la prise en charge remonte à plusieurs années (reconstitution plus compliquée) ;
 - o l'évolution clinique des patients ne permet pas parfois de maintenir le choix initial.
- Le choix des référentiels pour analyser le parcours et les pratiques a été plus compliqué dans certains cas du fait de l'absence de référentiels spécifiques de prise en charge (en psychiatrie, sur le niveau d'intégration des services sur un territoire, en périnatalité, pour un parcours psychiatrie des adolescents, autres). Dans ce cas, le guide d'entretien et le référentiel générique proposés dans le guide expérimental ont été plus volontiers utilisés.

Étape 4 : Entretien avec le patient et recueil de son point de vue

- L'information du patient sur la démarche n'a pas posé de difficulté dès lors qu'elle est relayée par un professionnel en lien régulier avec le patient. Des précautions particulières sont à prendre pour les patients relevant de soins en psychiatrie ou ayant des troubles cognitifs : par exemple, introduction auprès du patient de la personne extérieure à la prise en charge qui va l'interviewer, entretien en présence du soignant habituel pour mettre le patient en confiance, etc.
- L'entretien avec le patient s'est bien déroulé. Quasiment aucune difficulté d'information du patient n'a été relevée (dans huit équipes). Un entretien téléphonique a été réalisé en cas d'impossibilité

de rencontre avec le patient. Des entretiens avec des proches ont aussi eu lieu en cas d'impossibilités de rencontre ou lors de troubles cognitifs du patient. Ils ont été réalisés dans sept équipes par des professionnels extérieurs à la prise en charge. La satisfaction des patients est unanime : dans les neuf équipes test, l'ensemble des patients ont été satisfaits d'avoir pu donner leur avis sur leur parcours. Du point de vue des professionnels, l'écoute de la parole du patient a une valeur importante, elle a permis de mieux comprendre son contexte de vie et d'identifier des moments de rupture dans le parcours.

- Le temps de rencontre avec le patient a été variable : entre 30 minutes et 2 heures. Un recentrage du questionnement a été souvent nécessaire du fait de la nature de cet entretien qui ne leur est pas habituel.

Étape 5 : réunir les professionnels pour l'analyse de la prise en charge

- La réunion des professionnels : aucune des neuf équipes n'a pu réunir l'ensemble des professionnels de la prise en charge du patient pour analyser les 20 parcours. Des entretiens téléphoniques ou échanges par courriels ont été réalisés pour solliciter les professionnels ne pouvant se rendre disponibles (dans huit équipes). Cette réunion a duré de 1 heure à 3 heures selon le cas. Des consensus sur les points positifs de la prise en charge et sur les marges d'amélioration ont été dégagés dans 14 analyses de parcours. Le plan d'actions a été communiqué aux professionnels non présents par courriels ou lors d'échanges téléphoniques dans huit équipes. Une seconde réunion a été nécessaire dans trois cas.

Étape 6 : décider des actions d'améliorations à mettre en œuvre et suivre leur effet

- Des actions d'améliorations ont été décidées dans huit équipes dont trois les ont mises en œuvre.

II/ Les outils expérimentaux proposés : les outils proposés dans le guide expérimental ont été utilisés :

- le document d'information « patient » a été utilisé par six équipes ;
- la fiche de synthèse, utilisée par sept équipes ;
- le guide d'entretien patient utilisé par huit équipes. Les commentaires indiquent la nécessité de l'adapter et d'éviter quelques redondances dans les exemples de questions proposées pour construire un guide d'entretien ;
- le guide d'entretien pour les professionnels utilisé par cinq équipes ;
- le référentiel générique utilisé par quatre équipes ;
- les exemples thématiques utilisés par quatre équipes ;
- enfin le guide expérimental a été jugé utile et clair par neuf équipes.

Les coordonnateurs qui n'ont pas utilisé les outils reconnaissent toutefois leur utilité. Globalement, les outils ont nécessité des ajustements à la suite du test. Le référentiel générique, proposé initialement, sera reformulé sous la forme d'un guide d'entretien indiquant les principaux items à analyser.

III/ L'impact de la démarche :

Estimation du temps passé

- L'investissement en temps a été assez important pour le coordonnateur, qui devait se familiariser avec la démarche et les outils, mais relativement peu important pour les autres professionnels participant au test. Le temps passé a été de 2h30 à 30 heures selon les coordonnateurs (trois coordonnateurs ont estimé à 10 heures ce temps de préparation). Des terrains ont expérimenté la coordination du test en binôme et partagé ainsi la charge de travail. Le temps passé par les professionnels de terrain participant à l'expérimentation a été de 1 heure à 6 heures selon le cas (participation aux réunions d'analyse du parcours en équipe).

Satisfaction des professionnels et des patients

- Les professionnels (dans les neuf expérimentations) et les patients ont été très satisfaits de cette démarche. Les patients ont été agréablement surpris que l'on s'intéresse à leur point de vue, les professionnels ont eu la satisfaction de partager entre eux les points positifs des parcours de leurs patients et ainsi vérifier que le parcours se passait bien et d'en comprendre les raisons. Il y a donc un effet de renforcement des équipes qui fonctionnent bien. Il est également intéressant de connaître le vécu du patient et ce qu'il retient de son parcours.

Le travail en équipe pluriprofessionnelle :

- La démarche a permis de renforcer le travail en équipe dans sept terrains d'expérimentation, a entraîné une meilleure compréhension du rôle de chaque professionnel, un intérêt pour l'organisation des parcours. Le croisement des points de vue du patient et de l'équipe a été une approche jugée intéressante par huit équipes terrains. Les représentants des usagers (RU) n'ont pas pu être associés à

la démarche en raison de la méconnaissance de ces relais en ville. Seuls deux coordonnateurs ont fait appel à des RU.

Effets sur l'organisation de la prise en charge

- Les effets sont positifs en termes d'organisation de la prise en charge car elle permet, selon cinq coordonnateurs, d'améliorer la continuité des soins et, au-delà d'un cas analysé, permet pour huit équipes d'élargir la réflexion aux parcours de santé similaires.

- Cinq coordonnateurs estiment que cette démarche peut contribuer à l'élaboration d'un diagnostic territorial d'un point de vue qualitatif. Six estiment que cette démarche peut permettre d'améliorer les pratiques professionnelles.

Plus-value de la démarche

- La plus-value de la démarche est multiple : la dimension humaine de l'évaluation, la proactivité des acteurs, la prise en compte du témoignage du patient, l'implication du patient et de son entourage, le positionnement actif du patient dans la démarche qualité, la réunion de professionnels qui n'en ont pas l'habitude (échange d'information supérieur à deux personnes) ou encore le renforcement des liens entre ceux qui se connaissent, la prise de conscience de la nécessité de disposer d'un répertoire des ressources locales en termes d'offres de soins médicosociale et sociale, une meilleure implication des professionnels qui se sentent plus impliqués que lors d'un audit, d'où l'originalité de la démarche.

- Selon trois coordonnateurs, un soutien peut, selon le besoin, être utile pour l'organisation de la démarche (URPS, associations locales, soutien logistique et financier, ARS, organisme de DPC, autres) ou la mise en place des actions d'améliorations. La démarche pourrait accompagner la mise en place d'un projet de santé et optimiser dès le départ le travail en équipe.

- Enfin dans huit terrains d'expérimentation, les coordonnateurs et professionnels sont prêts à renouveler la démarche.



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