



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

Le patient-traceur en établissement de santé

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

Version expérimentale

Octobre 2013

Haute Autorité de Santé
Service documentation – information des publics
2, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : + 33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été soumis au Collège d'information et d'orientation du 17 octobre 2013.

© Haute Autorité de Santé – 2013

SOMMAIRE

Préambule	4
La méthode du patient-traceur en dix points.....	5
1. QUEL EST L'APPORT DE CETTE METHODE POUR LA QUALITE DES SOINS ?.....	6
2. COMMENT DEPLOYER LA METHODE DU PATIENT-TRACEUR DANS SON ETABLISSEMENT ? ...	7
2.1 Établir la stratégie (<i>Plan</i>).....	8
2.2 Planifier et accompagner la mise en œuvre des patients-traceurs dans l'établissement (<i>Do</i>)..	9
2.3 Réaliser un bilan au niveau de l'établissement (<i>Check</i>).....	9
2.4 Ajuster la stratégie au niveau de l'établissement (<i>Act</i>)	9
3. COMMENT METTRE EN ŒUVRE LA METHODE DU PATIENT-TRACEUR ?	10
3.1 Mobiliser les acteurs et planifier	11
3.2 Mettre en œuvre la méthode	12
3.3 Réaliser un bilan, communiquer et valoriser	17
3.4 Ajuster l'organisation de la mise en œuvre des patients-traceurs	17
Références bibliographiques	18
Annexe 1. Notice d'information du patient	19
Annexe 2. Introduction à la rencontre avec l'équipe	20
Annexe 3. Introduction à la rencontre avec le patient	21
Annexe 4. Grille d'entretien	24
Annexe 5. Cas concrets	45
Annexe 6. Fiche de synthèse patient-traceur	49
Annexe 7. Plan d'actions	50
Annexe 8. Bilan périodique patient-traceur unité/service /secteur d'activité	51
Annexe 9. Bilan périodique patient-traceur de l'établissement.....	52
Remerciements	53

Préambule

La méthode du patient-traceur analyse de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.

La méthode du patient-traceur, qui constitue une nouvelle méthode de visite de certification, a été développée et expérimentée en France, en s'appuyant sur l'expérience d'autres pays telle que celle de la *Joint Commission* aux États-Unis, pour être utilisée lors des visites du prochain cycle de certification. Cette méthode est également une méthode d'amélioration de la qualité des soins utilisable par les établissements de santé, complémentaire des autres méthodes telles que la RMM, l'audit clinique, le chemin clinique, etc.

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

Reconnue comme méthode de développement professionnel continu (DPC), cette méthode pédagogique permet aux équipes d'apprendre, à partir de situations réelles, et favorise les échanges et la communication, d'une part, entre les acteurs de la prise en charge et, d'autre part, avec le patient acteur de celle-ci.

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

Ce guide s'adresse :

- aux équipes pour la mise en œuvre de la méthode ;
- à la direction, au président de CME, aux comités et instances en charge de la qualité des soins et de la gestion des risques, à la CRUQPC, aux responsables des pôles pour l'intégration de la méthode dans la stratégie de l'établissement et pour l'accompagnement méthodologique ;
- aux structures ayant vocation à accompagner ou à former les établissements (SRE, organismes de formation ou de conseil, etc.) ;
- aux organismes de DPC (ODPC) qui souhaitent proposer un programme de DPC utilisant cette méthode.

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

La méthode du patient-traceur en dix points

1	Une méthode d'amélioration de la qualité des soins en équipe qui analyse la qualité et la sécurité de la prise en charge d'un patient tout au long de son parcours ainsi que les interfaces et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire et qui permet d'identifier et de mettre en œuvre des actions d'amélioration.
2	Le dossier du patient est le fil conducteur de la méthode.
3	La méthode prend en compte l'expérience ¹ du patient et de ses proches.
4	La mise en œuvre de la méthode du patient-traceur nécessite une organisation au niveau de l'établissement et des secteurs d'activités.
5	Pour les équipes, cette méthode requiert un temps dédié (2 h 00 à 3 h 00 environ : la réalisation de la synthèse est comprise dans ce temps) et la disponibilité des professionnels de l'équipe en charge du patient. Ce temps à consacrer relativement court permet l'analyse et la mise en exergue de nombreux points d'amélioration.
6	L'analyse de la prise en charge est réalisée à partir de grilles d'entretien équipes et patients et/ou proches qui permettent de comparer la pratique réelle aux pratiques de référence (réglementation, manuel de certification V2010 [version avril 2011], référentiels spécifiques à l'équipe, etc.).
7	Un animateur, formé à la méthode « leader reconnu par ses pairs » ayant des compétences en animation de groupe a la responsabilité de conduire l'étude d'un patient-traceur. Il doit favoriser un climat de confiance, de façon à créer un dialogue le plus constructif possible. La méthode est conduite selon une démarche pédagogique, transparente, bienveillante et non culpabilisante, sans jugement sur le travail et recherche de responsabilité des professionnels.
8	Quel que soit le type de prise en charge la mise en œuvre de la méthode repose sur : - le choix d'un patient dont on souhaite analyser la prise en charge ; - l'information de ce patient et la recherche de son consentement pour analyser sa prise en charge et pouvoir le rencontrer lui et/ou ses proches, - l'analyse de la prise en charge avec les professionnels autour du dossier du patient puis par la rencontre du patient et/ou de ses proches suivi d'un temps d'échange avec les professionnels pour synthétiser, analyser les constats (points positifs et points à améliorer) et prioriser les actions d'amélioration à mettre en œuvre ; - la mise en œuvre, dans un deuxième temps, de plans d'amélioration.
9	La méthode doit garantir le respect du secret professionnel.
10	La méthode est reconnue comme méthode de développement professionnel continu ² (DPC). Elle permet de travailler en équipe pluri-professionnelle et pluridisciplinaire et permet de valider le DPC des professionnels de santé (cf. fiche DPC pour cette méthode).

¹ [Rapport Expérience patient dans l'infarctus du myocarde, octobre 2012, HAS.](#)

² [Méthodes et modalités de DPC, décembre 2012, HAS.](#)

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

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

1. d'évaluer le parcours du patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval

Elle permet d'évaluer, sur une période relativement courte par rapport à d'autres méthodes d'évaluation, le processus de prise en charge du patient depuis son entrée, les interfaces entre les secteurs et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire tout au long de la prise en charge. Elle offre la possibilité d'évaluer de manière plus ciblée une étape de la prise en charge.

2. de réaliser un diagnostic global de la qualité et de la sécurité de la prise en charge en identifiant les points positifs et des points à améliorer

Ce diagnostic, au plus près de la réalité du terrain, constitue une démarche contributive à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins pour l'ensemble du parcours et permet de se préparer à la visite de certification.

3. d'intégrer l'expérience du patient et de ses proches

Cette méthode prend en compte le vécu du patient et de ses proches.

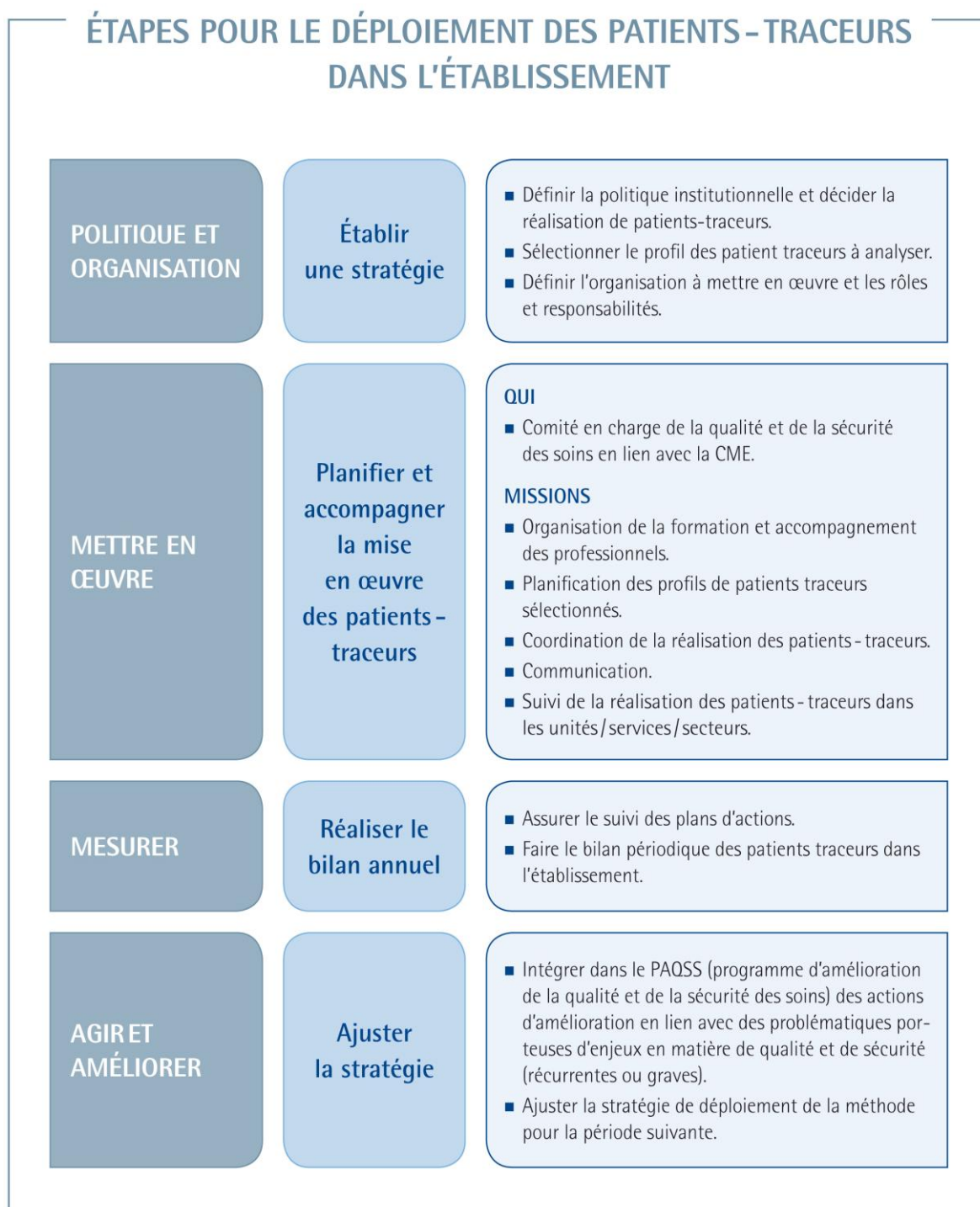
Les éléments factuels issus de cet entretien sont intégrés à l'analyse de la prise en charge du patient.

4. de travailler en équipe pluridisciplinaire et pluri-professionnelle à partir de la prise en charge d'un patient

Elle permet d'impliquer, dans une véritable démarche d'équipe, l'ensemble des acteurs qui contribuent à la prise en charge du patient et qui se seront mis d'accord pour mener ce travail en commun. Des partenaires libéraux de la ville peuvent également être invités (IDE, pharmacien d'officine, kinésithérapeute, médecin généraliste, etc.). Un regard et une analyse de l'équipe sur ses propres pratiques renforcent la dynamique d'équipe, contribuent à la définition et la mise en œuvre d'un projet d'équipe et permettent de développer une culture partagée qualité/sécurité. Cette approche d'une évaluation centrée sur le patient est facilement appropriable par les professionnels médicaux et soignants car en lien avec le cœur de leur métier.

2. Comment déployer la méthode du patient-traceur dans son établissement ?

La mise en œuvre des évaluations patients-traceurs au niveau institutionnel peut être déclinée selon la démarche de gestion de la qualité dite « PDCA » (*Plan, Do, Check, Act*). Au niveau de l'établissement, la démarche comporte quatre étapes.



2.1 Établir la stratégie (*Plan*)

La stratégie de déploiement de la méthode se décline en trois axes :

❑ Définir la politique institutionnelle et décider la réalisation de patients-traceurs

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

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

La CRUQPC est informée du projet et est consultée. Elle peut donner un avis, notamment sur le choix de spécialités à privilégier dans la sélection des profils de patients-traceurs, en fonction des plaintes et des réclamations, des événements indésirables, des résultats d'enquêtes de satisfaction, etc.

Les autres instances sont également consultées.

❑ Sélectionner les profils de patients-traceurs à analyser

Ce choix doit prendre en compte les enjeux d'amélioration identifiés dans l'établissement et le volontariat des équipes.

Ces enjeux d'amélioration sont liés à :

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

Peut ainsi être réalisée une sélection du profil des patients-traceurs sur :

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

❑ Définir l'organisation à mettre en œuvre et les rôles et responsabilités

L'organisation à mettre en place concerne notamment l'accompagnement des équipes dans la mise en œuvre des patients-traceurs.

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

La mise en œuvre de la stratégie relève du/des comités/instances en charge de la qualité et de la gestion des risques en lien avec la CME.

Le comité/instance en charge de la qualité et de la gestion des risques doit assurer différentes missions :

- l'organisation de la formation et l'accompagnement des professionnels animant dans les unités la mise en œuvre des patients-traceurs ;
- la planification des profils de patients-traceurs sélectionnés en collaboration avec les acteurs des unités/des services de soin/des secteurs ;
- la coordination de l'étude des patients-traceurs en favorisant la coopération des différents unités/secteurs/départements ;
- la communication pour faire connaître et valoriser les actions réalisées par les équipes ;
- le suivi de la réalisation des patients-traceurs dans les différentes unités/services/secteurs.

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

Le nombre de patients-traceurs dépend des dynamiques locales. L'analyse régulière d'un patient au sein d'une même équipe permet une appropriation de la méthode par les professionnels, une démarche continue d'amélioration des prises en charge autour de cette méthode, en appréciant l'impact des actions mises en œuvre, et la création ainsi d'une dynamique d'équipe.

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

La planification annuelle des patients-traceurs est souhaitable.

La mise en œuvre par les professionnels de la méthode du patient-traceur leur permet de valider leur DPC.

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

Un suivi des plans d'actions d'amélioration est réalisé régulièrement, et les raisons pour lesquelles certains sont reportés ou abandonnés analysées. Un bilan, par exemple annuel, de l'ensemble des patients-traceurs étudiés est réalisé (cf. exemple annexe 9). La CME, la CSIRMT ou équivalent, et la CRUQPC sont associées à ce bilan.

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

Le bilan de l'étude des patients-traceurs, la mesure d'impact (exemple proposé en annexe 5) permettent d'intégrer les actions d'amélioration en lien avec des problématiques porteuses d'enjeux en matière de qualité et de sécurité (récurrentes ou graves) dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS).

La stratégie de déploiement de la méthode est ajustée pour la période suivante ; elle prend en compte le PAQSS, les résultats des patients-traceurs réalisés, les plaintes, le bilan des événements indésirables, les résultats du PMSI, etc.

3. Comment mettre en œuvre la méthode du patient-traceur ?

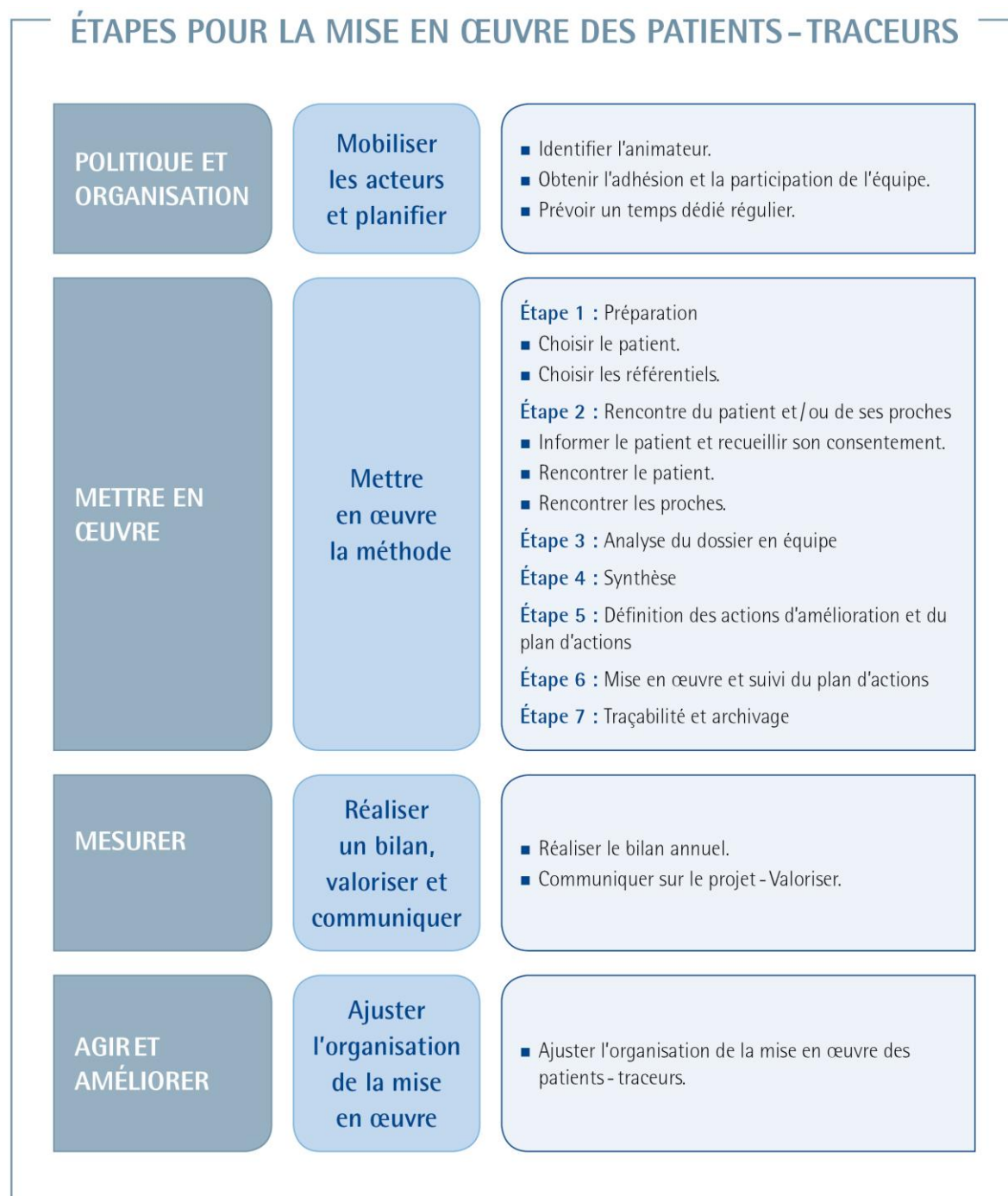
La mise en œuvre des évaluations patients-traceurs dans les unités/services/secteurs peut également être déclinée selon la méthode de gestion de la qualité dite PDCA (*Plan, Do, Check, Act*).

Les prérequis à rechercher sont :

- un travail et une dynamique d'équipe propice à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- le respect des dispositions législatives et réglementaires : elle doit garantir notamment le respect du secret professionnel.

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

Quatre étapes sont à respecter.



3.1 Mobiliser les acteurs et planifier

□ Identifier l'animateur

Le plus souvent, l'animateur est choisi à l'extérieur de l'équipe de soins en charge du patient, ce qui permet aux équipes de prendre du recul sur leurs pratiques (coordonnateur des risques associés aux soins, médecin ou cadre de santé formé à la méthode, auditeurs formés au sein de l'établissement), etc. Il est souhaitable qu'il soit un professionnel de santé. L'établissement peut former une équipe d'animateurs au sein de l'établissement. L'animateur peut être également extérieur à l'établissement.

L'animateur doit être expérimenté et formé aux méthodes d'évaluation. Il est un « leader reconnu par ses pairs », a la responsabilité de conduire la démarche et doit favoriser un

climat de confiance, de façon à créer un dialogue le plus constructif possible. La démarche doit rester pédagogique.

Un binôme d'animateurs est une solution possible.

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

La mobilisation en amont de la mise en œuvre est essentielle. Dans la mesure du possible, tous les professionnels qui ont participé à la prise en charge du patient tout au long du parcours ainsi que les professionnels aux interfaces sont présents le jour de la réalisation du patient-traceur : un facteur de réussite est de pouvoir réunir, *a minima*, tous les acteurs impliqués dans la prise en charge du patient présents dans l'unité/le service/le secteur où est hospitalisé le patient au moment de l'analyse patient-traceur. Les professionnels d'autres unités/services/secteurs ayant pris en charge le patient dans son parcours seront invités à participer dans la mesure de leurs possibilités.

La disponibilité des acteurs doit être obtenue en amont.

La présence du médecin référent du patient est indispensable. Certains professionnels ne pourront rester tout le temps de l'évaluation patient-traceur. Leur présence même réduite est précieuse.

❑ Prévoir un temps dédié régulier

Deux à trois heures sont nécessaires pour étudier un patient-traceur. Ce temps comprend la rencontre du patient, l'analyse de la prise en charge avec l'équipe, la synthèse immédiate, et la définition des premières actions d'amélioration faciles à réaliser. Ce temps aura été planifié à l'avance. Il s'agit en effet d'une démarche en équipe d'évaluation des pratiques professionnelles.

3.2 Mettre en œuvre la méthode

Étape 1	Préparation de la réunion	Choisir le patient Choisir les référentiels
Étape 2	Rencontre du patient et/ou de ses proches	Information Rencontre
Étape 3	Analyse du dossier en équipe	Introduction Analyse Discussion
Étape 4	Synthèse	
Étape 5	Définition des actions d'amélioration et du plan d'actions	
Étape 6	Mise en œuvre et suivi du plan d'actions	
Étape 7	Traçabilité/archivage	

ÉTAPE 1. Préparation de la réunion

❑ Choisir le patient

Le choix du patient tient compte de la sélection préalable des profils de patients-traceurs. L'animateur prend connaissance avec le médecin de l'unité/du service ou le cadre de santé du profil des patients présents dans l'unité de soins/le service, la veille ou le jour même de la réalisation du patient-traceur.

Il sélectionne ceux qui répondent aux profils de patients-traceurs sélectionnés (unités/services/secteurs, pathologies ou problèmes de santé, populations, activités) et choisit le patient dont la prise en charge est « préférentiellement » complexe, qui a traversé différentes unités, dont la prise en charge a nécessité l'intervention de différents professionnels, internes ou externes à l'unité/service, et qui est idéalement proche de la sortie. Cela permet de croiser un certain nombre de points critiques de la prise en charge. Ce choix est confirmé après accord du médecin référent du patient (médecin qui a la responsabilité du patient dans l'unité/service).

❑ Choisir les référentiels

Il s'agit d'analyser la prise en charge du patient en la comparant à des pratiques de référence qui peuvent être la réglementation, le manuel de certification, des recommandations professionnelles, des protocoles, des procédures, des processus de prises en charge, etc.

Les professionnels pourront utiliser par exemple le référentiel de la certification et le compléter par des référentiels métiers.

Si plusieurs référentiels sont utilisés, une grille d'entretien est élaborée de manière pluridisciplinaire et pluri-professionnelle en fonction du ou des référentiels choisis. Elle est adaptée au patient et à son parcours. Son élaboration ou son adaptation est réalisée avant les étapes suivantes.

ÉTAPE 2. Rencontre du patient et/ou de ses proches

❑ Informer le patient et recueillir son consentement

Un professionnel de santé, qui participe à la prise en charge de ce patient, informe le patient des objectifs et du déroulement de la méthode et recueille son consentement. Un document d'information est remis au patient (exemple proposé en annexe 1).

Pour les mineurs, l'information est délivrée aux titulaires de l'autorité parentale qui doivent donner leur consentement. Pour les personnes sous tutelle, les tuteurs reçoivent cette information. Ces derniers (patients mineurs et personnes majeures sous tutelle) doivent recevoir également une information adaptée à leur maturité.

❑ Rencontrer le patient

Il s'agit d'une dimension importante de la méthode du patient-traceur qui intègre le regard du patient sur le vécu de sa prise en charge (cf. annexe 3). La rencontre du patient est systématique, sauf si l'état du patient ne permet pas de répondre aux questions dans des conditions satisfaisantes. En l'absence de patient répondant aux critères de présélection et pouvant être rencontré, la méthode peut être mise en œuvre, mais elle sera « privée » des éléments issus de la rencontre avec le patient. La rencontre avec les proches est toutefois possible et peut être également très informative.

La rencontre avec le patient, après recueil de son consentement, est réalisée par un membre de l'équipe ou extérieur à l'équipe. Dans tous les cas, cette personne est soumise au secret professionnel.

La personne qui rencontre le patient dispose d'une trame d'entretien type (cf. annexe 4) et l'adapte en fonction de la compréhension du patient. Les questions concernent sa perception en termes de bientraitance, confidentialité, information, prise en charge de la douleur, délai d'attente, etc. Elles ne peuvent être des questions personnelles sur la maladie du patient. L'entretien avec le patient permet également de rechercher des éléments factuels (mesure

effective de la douleur, recherche de son identité avant tout acte diagnostique ou thérapeutique, etc.).

La mise en œuvre de la méthode peut débuter par la rencontre du patient, ce qui permet ensuite d'exploiter plus aisément avec l'ensemble de l'équipe les informations obtenues auprès du patient.

☐ **Rencontrer les proches du patient**

La rencontre des proches n'est possible qu'avec le consentement du patient.

Si le patient est hors d'état d'exprimer sa volonté, la rencontre des proches du patient est possible dès lors qu'aucune information relative au patient n'est transmise.

Elle peut être réalisée par un membre de l'équipe ou extérieur à l'équipe.

Le questionnaire porte sur leur perception de la prise en charge du patient et sur des éléments factuels tels que l'information et l'accueil qu'ils ont reçus en tant qu'entourage de la personne malade (ex : transmission d'informations utiles à la préparation de la sortie).

ÉTAPE 3. Analyse du dossier en équipe

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

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

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

L'analyse en équipe comprend :

☐ **Une introduction**

Un temps d'ouverture permet à l'animateur de rappeler les objectifs de la méthode, le temps dédié, le cadre de référence qui sera celui de l'analyse de la prise en charge. L'utilisation d'une grille d'entretien en lien avec le cadre de référence choisi (cf. grille d'entretien proposée en annexe 4, en référence au manuel de certification) est nécessaire : elle constitue un outil adaptable en fonction du mode de prise en charge et du profil du patient, incontournable pour réaliser un recueil structuré des données.

Les rôles et responsabilités sont définis : animateur, personne en charge de rédiger la synthèse, etc.

L'animateur structure cette rencontre. Le dossier du patient sert de fil conducteur.

☐ **Un temps d'analyse avec grille d'entretien**

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

L'animateur utilise ensuite une grille d'entretien adaptée au patient et au contexte pour discuter avec les professionnels de la prise en charge. Son utilisation permet de comparer les pratiques réelles aux pratiques recommandées. L'analyse rétrospective se fait étape par étape, depuis l'entrée du patient dans l'unité/service/secteur jusqu'au moment présent de l'hospitalisation en recherchant les éléments de traçabilité ou de non-traçabilité dans le dossier de la prise en charge : **le dossier du patient sert de fil conducteur du travail du groupe.**

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

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

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

☐ **Un temps de discussion**

La combinaison de l'analyse du dossier et d'une discussion d'équipe autour de la prise en charge, complétée par la restitution de l'entretien avec le patient et/ou les proches le cas échéant, permet de réaliser un diagnostic. La personne ayant rencontré le patient rapporte les constats issus de l'échange qui a eu lieu avec le patient et/ou ses proches. Ce diagnostic met en exergue des points positifs de la prise en charge, mais également des points d'amélioration.

Les constats, points positifs et points à améliorer, issus de l'analyse sont validés au fur et à mesure avec l'équipe et tracés, permettant d'élaborer ultérieurement le plan d'actions.

Cette analyse est conduite selon une démarche pédagogique, transparente, bienveillante et non culpabilisante, sans jugement sur le travail et recherche de responsabilité des professionnels (cf. annexe 2).

Tous les acteurs concernés sont invités à participer.

ÉTAPE 4. Synthèse

Une synthèse « immédiate » est réalisée à partir des constats réalisés tout au long de l'analyse de la prise en charge (cf. exemple annexe 6).

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

Une synthèse des écarts entre les pratiques réelles et les pratiques recommandées est effectuée. Une hiérarchisation de l'importance des points à améliorer constatés est réalisée (cf. annexe 3). Un consensus de l'équipe est recherché.

En cas de dysfonctionnement majeur, celui-ci est signalé.

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

Le patient doit être informé de tout nouvel élément relatif à son état de santé ou si d'éventuels risques nouveaux sont identifiés (article L. 1111-2 du Code de la santé publique).

Ainsi, par exemple, le constat lors de la réalisation du patient-traceur que le patient a reçu un traitement non approprié, responsable d'un dommage sur le patient, devra faire l'objet d'une [information](#) au patient. Cette information est délivrée par le médecin référent du patient.

ÉTAPE 5. Définition des actions d'amélioration et du plan d'actions

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

La définition du plan d'actions (cf. exemple annexe 7) est réalisée par l'équipe à partir des résultats du patient-traceur ainsi que des données des autres démarches d'évaluation des pratiques et de l'analyse des événements indésirables.

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

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

ÉTAPE 6. Mise en œuvre et suivi du plan d'actions

Le plan d'actions est pris en compte dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement. Il sera intéressant devant des problématiques communes à plusieurs unités ou équipes de mutualiser les approches pour la mise en place des actions d'amélioration. À cette fin, il sera utile de faire « remonter » de façon centralisée au niveau de l'établissement les fiches de synthèse et les plans d'actions, qui pourront suggérer ces mutualisations. Le coordonnateur des risques associés aux soins a un rôle important à jouer.

L'impact des actions d'amélioration sera évalué lors d'une nouvelle évaluation patient-traceur qui conduite à distance permettra, le cas échéant, de vérifier sur un nouveau patient la mise en œuvre effective des actions d'amélioration, et/ou par différents modes de suivi : indicateurs, audit clinique ciblé, etc.

ÉTAPE 7. Assurer la traçabilité et l'archivage

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

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

Il n'existe pas de trace de la réalisation du patient-traceur dans le dossier du patient. Une fiche d'émargement est indispensable pour chaque réunion, afin que les personnes présentes puissent faire valoir leur participation dans un programme de DPC.

3.3 Réaliser un bilan, communiquer et valoriser

❑ Réaliser le bilan

Il est recommandé de réaliser, à périodicité régulière, une synthèse des analyses patients-traceurs menées au niveau de l'unité/service/secteur et du suivi des actions d'amélioration sous la forme d'un bilan (cf. exemple annexe 8). Ce bilan de l'unité/service ne peut contenir aucune information directement ou indirectement nominative. Il permet à l'établissement de dresser un bilan de l'ensemble des démarches patients-traceurs réalisées dans l'établissement. Il est intégré dans le bilan global des EPP réalisées au sein de l'établissement, dans le cadre de l'évaluation du processus de gestion de la qualité et de la sécurité.

❑ Communiquer sur le projet - Valoriser

La communication sur les projets réalisés selon la méthode du patient-traceur, les actions et leurs résultats est essentielle. Elle valorise et motive les équipes.

En interne, la communication se décline dans la politique qualité, les revues d'information du personnel, les revues de direction, les comptes-rendus de réunion de commission concernée, les rapports d'activité, l'affichage dans les services, l'organisation de journées institutionnelles dédiées au thème.

En interne et en externe, la communication et la publication d'expériences sur la réalisation des patients-traceurs et leurs résultats permet un partage d'expériences entre les équipes. Méthode de DPC, la méthode du patient-traceur permet la mise en œuvre de programmes de DPC qui permet aux professionnels de santé impliqués de valider leur obligation de DPC.

Ainsi, la dynamique d'équipe créée au travers de ces patients-traceurs offre un cadre propice et s'avère être un véritable levier pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

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

L'organisation des patients-traceurs pour la période suivante tient compte du bilan effectué et de l'analyse de l'organisation de la mise en œuvre.

Références bibliographiques

1. Tracers: they're not just for accreditation surveys. *ED Manag* 2005;17(8):88-9.
2. Arrêté du 22 juin 2012 relatif au modèle de questionnaire à utiliser lors de la mise en œuvre de l'enquête téléphonique de satisfaction des patients hospitalisés (I-SATIS). *Journal Officiel*; 7 juillet 2012.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026148913>
3. Article L. 1110-4 du Code de la santé publique
4. COMPAQ-HPST, Haute Autorité de Santé. Mesure de l'expérience du patient. Analyse des initiatives internationales. Paris: COMPAQ-HPST; 2011.
<http://www.compahpst.fr/images/Bibliographie/rapportexperiencev2.pdf>
5. Greenfield D, Hinchcliff R, Westbrook M, Jones D, Low L, Johnston B, *et al.* An empirical test of accreditation patient journey surveys: randomized trial. *Int J Health Care Qual Assur* 2012;24(5):495-500.
6. Haute Autorité de Santé. Expérience patient dans l'Infarctus du myocarde. Programme Pilote « Infarctus du myocarde » des 1ers signes à 1 an de suivi ambulatoire. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/rapport_experience_patient_vf.pdf
7. Haute Autorité de Santé. Développement professionnel continu. Méthodes et modalités de DPC. Saint-Denis la Plaine: HAS; 2012.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpc_decembre_2012.pdf
8. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Applied tracer methodology. Tips and strategies for continuous systems improvement. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources; 2007.
9. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Tracer methodology. Tips and strategies for continuous systems improvement. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources; 2008.
10. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. More mock tracers. Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources; 2011.
11. Kalucy L, Katterl R, Jackson-Bowers E. Patient Experience of health care performance.PHC RIS Policy issue review. Adelaide: Primary Health Care Research & Information Service; 2009.
http://www.phcris.org.au/phplib/filedownload.php?file=/elib/lib/downloaded_files/publications/pdfs/news_8359.pdf
12. Murphy-Knoll L. Nurses and the Joint Commission tracer methodology. *J Nurs Care Qual* 2006;21(1):5-7.

Annexe 1. Notice d'information du patient

NOM DE L'ETABLISSEMENT

INFORMATION AUX PATIENTS

EVALUATION DE VOTRE PARCOURS DE SOINS PAR LA METHODE DU « PATIENT TRACEUR »

Pour améliorer continuellement la prise en charge des patients, nous vous proposons de répondre à quelques questions portant sur votre séjour et vos soins.

Cet entretien durera environ 20 à 30 minutes.

Pour plus d'informations :

Veuillez consulter les indications figurant dans la notice ci-après.



1

Méthode du patient traceur

Les équipes qui vous soignent évaluent régulièrement leurs pratiques et l'organisation mise en place pour améliorer la prise en charge des patients.

La méthode du patient traceur consiste à sélectionner un patient qui est actuellement hospitalisé, à évaluer sa prise en charge depuis son entrée à l'hôpital ou à la clinique jusqu'au jour présent, en prenant en compte sa propre expérience de l'hospitalisation.

Nous vous proposons d'être ce patient.

Cette évaluation se fait entre professionnels de l'établissement en discutant de votre dossier, en recueillant votre ressenti et la réponse à des questions portant sur votre prise en charge. L'objectif est d'identifier des situations qui pourraient justifier que des actions d'amélioration soient conduites pour une meilleure prise en charge des patients.

Si vous en êtes d'accord, un professionnel de l'établissement va vous rencontrer pour vous écouter et vous poser quelques questions. Avec votre accord, il peut également rencontrer vos proches.

2

Quel type de questions peut-on me poser ? Il vous sera demandé par exemple si vous avez été informé du déroulement de votre séjour et de vos soins, des examens que vous alliez avoir, des résultats de vos examens. On vous demandera si on s'est préoccupé de l'existence de douleurs, si on a pris en compte vos préférences alimentaires, si vous avez été associé à toutes les décisions qui vous concernent, etc.

Puis-je vraiment parler librement ? Il est important de pouvoir donner votre opinion en tant que patient, de pouvoir vous exprimer. Votre opinion sur ces différents sujets est un élément d'information qui vient s'ajouter à d'autres informations recueillies au travers de l'échange au sein de l'équipe, de données issues de l'observation, notamment du dossier médical. Toutes ces données seront confidentielles.

Puis-je refuser de répondre aux questions ? Vous avez la liberté d'accepter ou non de réaliser cet entretien ; vous pouvez refuser à tout moment d'y participer bien qu'ayant donné votre consentement. Vous pouvez souhaiter ne pas répondre à certaines questions. Les informations recueillies feront l'objet d'échanges uniquement dans le cadre de la mise en œuvre de la méthode du patient-traceur.

**Nous vous remercions de votre contribution
à l'amélioration de la qualité des soins.**

3

Annexe 2. Introduction à la rencontre avec l'équipe

Méthode Patient traceur

Entretien avec l'équipe

Introduction à la rencontre avec l'équipe

- **Présentation du contexte**

Cette rencontre s'inscrit dans le cadre de la méthode du patient traceur. Un animateur mène cet entretien avec l'équipe au moyen d'une grille d'entretien.

Le dossier du patient sert de fil conducteur.

- **Rappel des objectifs de la rencontre et thématiques abordées**

Le questionnement concerne le patient choisi.

L'analyse concerne :

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

- **Modalités d'animation**

On rappelle que l'analyse en équipe doit être conduite selon une démarche pédagogique, transparente et bienveillante et non culpabilisante, sans jugement sur le travail et recherche de responsabilité des professionnels.

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

Le ton de l'échange est celui de la discussion et non pas de l'« inspection », ce qui est essentiel pour que les professionnels adhèrent à la méthode et la déploient de manière pérenne.

Le questionnement proposé dans la grille d'entretien constitue un repère. Le questionnement s'adapte en fonction du patient et du contexte de sa prise en charge. Il se peut que toutes les dimensions de la prise en charge n'aient pas pu être analysées dans le temps imparti.

Il est essentiel de permettre à l'équipe de s'exprimer en toute confiance ; on pourra utiliser des questions ouvertes pour faciliter l'expression et des questions plus fermées lorsque l'on recherche une réponse précise de la part de l'équipe.

Annexe 3. Introduction à la rencontre avec le patient

Méthode Patient-traceur

Entretien avec le patient

Introduction à la rencontre avec le patient

- **Présentation du contexte**

Cette rencontre s'inscrit dans le cadre de l'analyse de la prise en charge d'un patient par la méthode du patient-traceur. Le patient a été informé préalablement des objectifs et modalités de la méthode du patient-traceur. Il a donné son accord pour être rencontré.

Cet entretien diffère de celui habituel entre le patient et les soignants. Il est réalisé dans le respect du secret professionnel.

La durée de cet échange sera d'environ 20 à 30 minutes.

Une grille d'entretien est proposée dans ce guide. Elle est adaptée au patient et au contexte de sa prise en charge.

- **Rappel des objectifs de la rencontre et thématiques abordées**

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

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



Exemples de thématiques de prise en charge à analyser lors de l'entretien avec le patient

- **Principes guidant la rencontre avec le patient**

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

Pour se faire, des questions ouvertes permettront au patient de s'exprimer sur son vécu. Ces questions seront complétées par des questions fermées portant sur des aspects de la prise en charge que l'évaluateur souhaite évaluer.

Exemples de questions ouvertes :

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

- Qui avez-vous vu à l'accueil ?
- Que vous a-t-on demandé ?
- Qu'est-ce que vous attendiez ?
- Avez-vous reçu une réponse satisfaisante ?

- ▶ *Comment s'est déroulée ensuite votre hospitalisation ?*

- Pour tout ce qui est de l'ordre de l'aide au quotidien, comment cela s'est-il passé ?
- Avez-vous toujours eu les informations dont vous aviez besoin pour comprendre votre maladie, vos examens, vos traitements, notamment médicamenteux ?
- Saviez-vous à qui poser vos questions ?
- Les explications obtenues étaient-elles suffisamment claires ?
- Les professionnels étaient-ils suffisamment disponibles ?
- Avez-vous pu participer aux décisions qui ont été prises concernant votre prise en charge ?
- A-t-on recueilli vos souhaits ? Vos attentes ?
- Aviez-vous suffisamment d'information pour donner votre point de vue ?
- Votre douleur a-t-elle toujours été prise en charge ? jour et nuit ?
- Avez-vous eu le sentiment d'être respecté dans votre intimité et dans la confidentialité de vos informations tout au long du séjour ?
- Que pensez-vous de la place qui a été laissée à vos proches ?

- ▶ *Que savez-vous à propos de votre sortie ?*
 - Qu'est-ce qui est prévu ?
 - Avez-vous des questions, des inquiétudes à ce sujet ?
- ▶ *Globalement que diriez-vous en termes de points forts et de points faibles quant à votre expérience dans cet établissement de santé ?*

L'échange se poursuit avec des questions également fermées qui peuvent être introduites ainsi :

« Je vais maintenant vous poser quelques questions plus précises pour vérifier certains points ».

Ces questions sont adaptées en fonction du contexte du patient et des informations déjà recueillies.

Exemples de questions fermées :

- ▶ *Quand vous êtes arrivé dans le service, a-t-on vérifié votre identité ? Et au bloc opératoire ?*
- ▶ *Vous a-t-on présenté la notion de personne de confiance, et proposer d'en désigner une ?*
- ▶ *Vous a-t-on remis le livret d'accueil ?*
- ▶ *Avez-vous été informé de vos droits d'accès au dossier médical ?*
- ▶ *L'alimentation proposée prenait-elle suffisamment en compte vos besoins liés à votre maladie, à vos difficultés ?*
- ▶ *Concernant le traitement médicamenteux :*
 - Vos traitements médicamenteux à l'entrée ont-ils été poursuivis ?
 - Qu'avez-vous fait de votre traitement médicamenteux personnel ?
 - Avez-vous été bien informé sur les traitements médicamenteux, leurs effets indésirables ? Par qui ? Avez-vous rencontré des problèmes pour prendre votre traitement ?
 - Avez-vous été bien informé lors de la prise du traitement (type de médicament, mode d'administration).
- ▶ *Vous a-t-on proposé des séances d'éducation thérapeutique ?*
 - Avez-vous eu des moments d'échange pour mieux comprendre la maladie et les traitements ?
 - Vous a-t-on donné des coordonnées d'un professionnel pour poursuivre votre prise en charge ? Après la sortie ?
- ▶ *Vous a-t-on expliqué pourquoi vous avez été transfusé ? Vous a-t-on informé de la nécessité de faire un bilan après ?*

Annexe 4. Grille d'entretien

Cette grille d'entretien s'appuie sur le manuel de certification V2010 des établissements de santé. Le dossier du patient est le fil conducteur du travail du groupe.

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

- l'admission et l'accueil du patient dans l'unité ;
- le séjour du patient ;
- la sortie (préparation de la sortie) du patient ou transfert.

La grille d'entretien est adaptée en fonction du patient et du contexte de sa prise en charge.

Elle peut être complétée avec d'autres référentiels (prise en compte des exigences de la discipline, référentiel de l'équipe, etc.).

La grille est une grille expérimentale qui sera consolidée à l'issue de l'expérimentation.

GRILLE D'ENTRETIEN DU PATIENT-TRACEUR

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe ou patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Admission et accueil du patient et de son entourage	Admission	Le dossier permet de retrouver les modalités d'entrée : provenance du patient (domicile, institution, transfert d'un autre établissement), date, heure d'entrée, mode d'admission (programmé, non programmé).	14a E1-2	E		
		Une vérification de l'identité du patient a été réalisée (pièce d'identité).	15aE2-2	E/P		
		La confidentialité de l'entretien avec le patient à l'admission a été respectée.	10cE2-1	E/P		
	Admission programmée	La pré-admission de ce patient a été organisée. Sa prise en charge est pré-organisée : planification des examens et des consultations.	18aE2-1	E/P		
	Admission directe (sans passage par les urgences)	Son délai d'attente est compatible avec sa prise en charge.	16aE2-3	E/P		
	Admission par les urgences	Son délai d'attente est adapté/compatible avec sa prise en charge.	25aE3-1	E/P		
	Accueil patient	Son accueil a été réalisé par une personne désignée.	16aE1-1	E/P		
		Ses conditions d'accueil (lieu et durée d'attente) ont été satisfaisantes.	16a E2-2 16a E3-1	E/P		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe ou patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Admission et accueil du patient et de son entourage	Accueil patient	Si le patient appartient à une population spécifique, ses conditions d'accueil sont adaptées.	16a E1-219a E1-1	E/P		
		Le livret d'accueil a été remis au patient avec, lorsque présent, le livret spécifique du service.	16aE1-1	E/P		
		Le patient a reçu une information concernant les conditions de sa prise en charge.	16aE2-1	E/P		
		À son arrivée, une vérification de son identité (identité du patient, bracelet d'identification, etc.) a été réalisée en lien avec les documents administratifs du patient (exemple : étiquettes, etc.).	15aE2-2	E/P		
	Accueil entourage	Les conditions d'accès de son entourage sont adaptées : horaires de visite, possibilités d'hébergement, possibilité d'accès permanent des parents auprès de l'enfant (hormis prescription particulière dans l'intérêt de l'enfant), possibilité de présence en continu des accompagnants des personnes handicapées, adaptation à la situation du patient (contrainte), etc.	10dE2-1	E/P		
		En cas de situation grave, un accueil spécifique (espace d'information, d'écoute, et de soutien pour l'entourage) a été organisé.	10dE2-2	E/P		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe ou patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Les éléments suivants sont retrouvés dans le dossier médical : - les coordonnées du médecin désigné par le patient (il s'agit du médecin référent) ; - les coordonnées du médecin qui a adressé le patient, si différent du médecin référent ; - les coordonnées du médecin responsable du patient au cours de sa prise en charge hospitalière ;	14aE2-1	E		
		- le document médical à l'origine de la prise en charge : lettre du médecin qui a adressé le patient, lettre de mutation interservices, fiche des urgences, lettre de consultation hospitalière ;	14aE2-2	E		
		- le bilan fait en amont de l'hospitalisation, si applicable ;	14aE2-1	E		
		- les ordonnances du patient ;	14aE2-1	E		
		- le pharmacien d'officine ;	20abis E1-2	E		
		- le motif d'hospitalisation, les antécédents et les facteurs de risques du patient : médicaux, chirurgicaux, allergiques, et notamment relevé des allergies médicamenteuses ;	14aE2-1	E		
		- le repérage des troubles suicidaires ;	19cE1-1	E		
		- le repérage des troubles nutritionnels : poids, taille, IMC ;	19bE1-1			
		- les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;	14aE2-1	E		
		- la dimension somatique en santé mentale.	17bE2-1	E		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe ou patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Le projet de soins personnalisé prend en compte la réflexion bénéfice/risque.	17aE2-3	E		
		Les prescriptions d'examens complémentaires ou demandes d'avis complémentaires sont identifiées, justifiées (renseignements cliniques, motif de l'examen), datées et signées et conformes aux bonnes pratiques.	21aE2-2 22aE2-2	E		
		Si endoscopie, le risque infectieux est tracé et la traçabilité du traitement de l'endoscope est effective.	26bE2-2	E		
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Les délais d'obtention de RDV et délais de retour des résultats d'examens sont compatibles avec la prise en charge du patient.	21aE3-2 22aE3-2	E		
		Le traitement personnel du patient à l'admission est pris en compte.	20abisE1-2	E		
		Les prescriptions médicamenteuses sont datées, signées (par un médecin habilité à prescrire) et lisibles : poids, taille, dénomination du médicament, posologie (dosage unitaire, rythme d'administration et voie d'administration) -> IPAQSS. Absence d'abréviation (en l'absence d'informatisation).	20abis E2-1	E		
		Les ordonnances préétablies pour les médicaments à risques et les médicaments à dispensation contrôlée sont préétablies.	20abisE1-3	E		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe ou patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Si prescription d'injectables, les modalités de dilution, de la vitesse et de la durée de perfusion, en clair ou par référence à un protocole préétabli à dispensation contrôlée, sont précisées.	20abisE2-3	E		
		Les interventions pharmaceutiques à la suite de l'identification d'une anomalie dans la prescription sont tracées dans le dossier.	20aE1-3			
		En cas de restriction de liberté, la décision de mise en œuvre des mesures de limitation de liberté est motivée (réflexion bénéfice-risque), réévaluée et tracée dans le dossier du patient (prescription médicale), et l'information du patient (et/ou entourage) et la recherche de son consentement sont tracées.	10eE2-3	E		
		Les prescriptions de surveillance sont tracées.	14aE2-1	E		
		L'information du patient sur son traitement est réalisée et tracée.	20abisE2-4	E		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe ou patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Séjour du patient	Évaluation initiale médicale	Les besoins en termes d'actions éducatives sont évalués.	23aE1-2	E/P		
		Si un besoin d'actions éducatives est identifié : - soit participation à un programme d'ETP autorisé ; - soit réalisation d'activités d'éducation ciblée (apprentissage d'un geste, d'une technique de soin, d'une autosurveillance ou d'une auto-évaluation de symptômes, en préparation d'une inclusion dans un programme d'ETP, ou en soutien du patient en l'absence de suivi éducatif structuré ; lors de l'analyse avec le patient d'un incident qui l'a amené aux urgences, etc.). Si programme d'ETP autorisé dans l'établissement : mise en place d'un projet d'ETP personnalisé. Si pas de programme dans l'établissement mais dans l'environnement : organisation mise en œuvre pour permettre au patient d'entrer dans ce programme.	23aE2-1	E/P		
		Le patient et son entourage sont impliqués dans la construction du projet de soins personnalisé.	17aE2-4 11bE2-1	E/P		
		Le projet de soins personnalisé est élaboré avec l'ensemble des professionnels concernés.	17aE2-2	E		
		L'évaluation initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé.	17aE2-1	E		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	Sont tracés dans le dossier infirmier, dans une fiche de recueil des données ou une macro-cible : - les éléments de connaissance du patient (exemples : son mode de vie, ses besoins et ses attentes) ;	14aE2-1	E		
		- l'identité de la personne de confiance (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec le patient) ;	11aE1-2	E/P		
		- l'identité de la personne à prévenir (nom, adresse, numéro de téléphone, lien avec le patient) ;	11aE1-2	E/P		
		- ses souhaits (exemple : chambre individuelle) ;	17aE1-1	E/P		
		- son traitement personnel, si applicable ;	14aE2-1	E/P		
		- la traçabilité du retrait de ses médicaments personnels à l'admission, sauf avis du médecin et/ou du pharmacien ;	14aE2-1	E/P		
		- si applicable, le repérage de ses troubles éventuels de la déglutition et son profil gériatrique justifiant une aide à l'administration, les informations nécessaires à la prise en charge des personnes handicapées (mode de communication, d'alimentation, troubles neuromoteurs, etc.) ;	20abisE1-3	E		
		-si applicable, une fiche de liaison pour les personnes handicapées provenant de structure médico-sociale ;	18aE1-2	E		
		- ses constantes à l'arrivée (poids, taille, pouls pression artérielle + constantes spécifiques du service) ;	14aE2-1	E		
		- l'évaluation de sa douleur ;	12aE2-3	E/P		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Séjour du patient	Évaluation initiale paramédicale	- les besoins d'éducation thérapeutique sur sa prise en charge de la douleur ;	12aE2-2	E/P		
		- la planification du projet de soins.	17aE2-2	E		
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Les informations médicales relatives à l'évolution de sa prise en charge durant son hospitalisation sont actualisées : les correspondances échangées entre les professionnels de santé, les nouvelle(s) prescription(s), les résultats des examens et des consultations sont retrouvés dans le dossier.	17aE2-4	E		
		Les décisions sont prises au cours de réunions multiprofessionnelles et/ou multidisciplinaires et sont tracées.	18aE2-1	E		
		Le projet de soins personnalisé est réajusté en fonction d'évaluations périodiques de l'état de santé du patient en impliquant le patient et, s'il y a lieu, l'entourage et la traçabilité du suivi régulier du projet personnalisé de soins réalisée.	17aE2-4	E		
		Le consentement du patient en cas d'examen complémentaire biologique le nécessitant est tracé.	11bE1-1	E/P		
		L'efficacité du traitement est évaluée et la recherche d'éventuels effets secondaires réalisée.	17aE2-4	E		
		Les modifications éventuelles des prescriptions sont réalisées de manière conforme aux bonnes pratiques (datées, signées, lisibles).	20abisE2-1	E		
		L'évaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures est tracée.	8hE2-4	E		
		L'information du patient sur les modifications apportées à son traitement est réalisée et tracée.	20abisE2-4	E/P		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
		La traçabilité de la vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription est effective.	15aE2-1	E		
		L'information donnée au patient et à ses proches sur son état de santé, sur ses examens, sur ses traitements est tracée.	11aE1-1	E/P		
		La prescription de la contention est réévaluée toutes les 24 heures et une surveillance de la contention est programmée.	10eE2-4	E		
		Si un risque suicidaire est identifié pour ce patient, la coordination de la prise en charge est tracée.	17cE2-1	E		
Séjour du patient	Suivi médical sous traitement	Si applicable, la prescription pour la prise en charge de la douleur (ou le suivi du protocole antalgique) est effective.	12aE1-2	E		
		Si un besoin d'actions éducatives est identifié pour ce patient, son projet personnalisé éducatif est tracé : -soit sous forme d'actions éducatives ciblées ; -soit au travers de la participation à un programme d'ETP autorisé.	23aE2-1	E		
		Si applicable, l'éducation du patient à la prise de son traitement médicamenteux (type de médicament, utilité et intérêt, administration et surveillance) est tracée.	20abisE2-4	E/P		
		Les réunions de synthèse (staff, RCP) et les interventions d'autres intervenants sont tracées.	18aE2-1	E		
		Si le patient est en santé mentale, on retrouve dans son dossier une évaluation régulière de son état somatique tout au long de l'hospitalisation.	17bE2-2	E		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	Le support de traçabilité de l'administration est adapté.	20abisE2-5	E		
		On retrouve la date, l'heure et le nom de l'infirmière ayant administré le médicament.	20abisE2-5	E		
		L'aide à l'administration est tracée (si applicable).	20abisE1-4	E		
		En cas de non-administration, le motif et l'information du médecin sont tracés.	20abisE2-5	E		
		Pour toute prescription, la vérification de la concordance entre l'identité du bénéficiaire de l'acte et la prescription est tracée.	15aE2-1	E		
		Les informations paramédicales, relatives à l'évolution et à la prise en charge en cours d'hospitalisation (transmissions entre les équipes ; nuit/jour), sont actualisées.	14aE2-2	E		
Séjour du patient	Administration du traitement et suivi paramédical	L'information donnée au patient et à ses proches est tracée.	11aE1-1	E		
		Les actions d'éducation thérapeutique ciblées sont tracées.	23aE2-1	E		
		Des actions d'éducation à la santé dans le domaine nutritionnel sont mises en œuvre auprès du patient et de son entourage.	19bE2-1	E/P		
		L'éducation du patient à la prise de son traitement est tracée.	20abisE2-4	E		
		L'évaluation et la réévaluation de la douleur sont réalisées et tracées.	12a E2-3	E/P		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
		Une grille d'évaluation de la douleur spécifique est utilisée si besoin.	12aE2-5	E		
		Le besoin d'une éducation thérapeutique à la douleur est recherché et tracé.	12aE2-2	E/P		
		La mise en place de l'éducation thérapeutique à la PEC de la douleur, si besoin identifié, est tracée.	12aE2-5	E		
	Suivi autres intervenants	Les autres éléments du dossier sont tracés. Ils concernent : - la fiche inventaire ; - les soins réalisés par les aides-soignantes : toilettes, environnement, prise des repas, etc. ; - les éléments de traçabilité des autres intervenants sont actualisés, notamment ceux issus : • du kinésithérapeute, • de la diététicienne, • de l'assistance sociale, • de l'ergothérapeute, • du psychologue, • de l'EMSP.	14aE2-2	E		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Séjour du patient	Bloc opératoire	Les éléments suivants sont tracés dans le dossier médical (DM), le dossier infirmier (DI) et le dossier chirurgical : - les informations médicales issues de la consultation externe ou lors du passage aux urgences (identification d'une fiche de liaison, fiche de suivi, etc.), les risques spécifiques à ce patient ;	18aE1-4	E		
		- la fiche de liaison secteur/BO : modalités de préparation du patient dans le service (respect du jeune, hygiène, préparations spécifiques) et délivrance du traitement <i>per os</i> (prémédication) ;	26aE1-4	E		
		- le consentement éclairé et l'information sur le bénéfice/risque chirurgical et anesthésique ;	11bE1-1	E		
		- le dossier d'anesthésie complet : consultation, visite pré-anesthésique (prémédication), suivi (antibioprophylaxie <i>per opératoire</i>), phase postopératoire avec des prescriptions médicamenteuses conformes ;	14aE2-1	E		
		- la surveillance en salle de réveil, les événements indésirables (si applicable), les conditions de sortie de salle de réveil ;	26aE2-2	E		
		- les évaluations régulières de la douleur et les traitements antalgiques ;	12aE2-2	E		
		- les évaluations régulières de la douleur et les traitements antalgiques ;	12aE2-3 12aE2-4	E		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Séjour du patient	Bloc opératoire	- le dossier transfusionnel (si applicable) : informations et consentement du patient sur le risque transfusionnel pré- et postopératoire, produits sanguins administrés, carte de contrôle pré-transfusionnel ultime ;	8jE2-1	E		
		- le compte-rendu opératoire et le CR d'anesthésie ;	14aE2-1	E		
		- les DMI implantés et les actes ;	26aE2-3	E		
		- la <i>check-list</i> sécurité patient ;	26aE2-2	E		
		- la fiche de liaison postopératoire ;	26aE1-4	E		
		- les résultats des examens biologiques, radiologiques ou anapath (extemporanés).	14aE2-1	E		
		Vérifier avec les professionnels :		E		
Séjour du patient	Bloc opératoire	- les modalités d'organisation entre le bloc et les secteurs cliniques : avant et après l'intervention ;	26aE2-1	E		
		- le suivi de l'information des familles pendant la phase opératoire ;	10dE2-2	E		
		- l'existence de réunions communes entre secteurs cliniques et bloc opératoire ;	26aE1-4	E		
		- l'analyse et le traitement des EI entre le secteur et le bloc (RMM communes).	28aE1-2	E		
		Évaluer avec les patients :				
		- la recherche effective du consentement éclairé, et l'existence d'une information sur le bénéfice/risque chirurgical et anesthésique ;	11bE1-1	P		
		- les conditions de préparation préopératoire (information, identification, intimité) ;	10a	P		
		- les conditions de brancardage (intimité, sécurité, confidentialité) ;	6eE2-2	P		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Séjour du patient		- les conditions d'accueil au bloc (identification, délai de prise en charge, surveillance) ;	16aE3-1	P		
		- les conditions de prise en charge en salle de réveil (intimité, confidentialité, douleur, confort).	16aE3_1	P		
	Transfusion	L'information pré-transfusionnelle donnée au patient est tracée. Le consentement est tracé.	8jE2-1	E		
		Les examens sérologiques pré-transfusionnels ont été réalisés.	8jE2-1	E		
		On retrouve la prescription dans le dossier transfusionnel.	8jE2-1	E		
		La réalisation du contrôle ultime est tracée.	8jE2-1	E		
		Le suivi post-transfusionnel est tracé.	8jE2-1	E		
	Populations spécifiques	Suivant la population à laquelle appartient le patient, une réflexion et un projet spécifique connus des professionnels sont mis en œuvre.	19aE1-1	E		
		Une formation/sensibilisation des professionnels a été réalisée en direction des professionnels en lien avec la population à laquelle appartient ce patient.	19aE2-1	E		
		Concernant ce patient : exemples d'actions menées en direction de la population à laquelle appartient ce patient.	19aE2-2	E		
Sortie du patient		La sortie ou le transfert sont planifiés et organisés dès l'admission.	24 ^E 1-1	E		
		Le projet de sortie associe le patient et son entourage, et tient compte du point de vue du patient et/ou de son entourage.	24 ^E 1-3	E/P		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Sortie du patient		En cas de maladie chronique, de cancer, d'une appartenance à une population vulnérable, et lorsque le suivi est complexe, l'organisation de la sortie (ou du transfert) est réalisée en lien avec le médecin traitant, l'assistante sociale et les professionnels d'aval (demande d'avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, etc.).	24aE1-2	E		
		Si applicable, l'évaluation régulière du patient somatique, psychique et thymique, cognitive, sociale, des handicaps et de la dépendance est réalisée. Si besoin, consultation assistante sociale.	24aE1-1	E		
		Le médecin généraliste est informé pendant l'hospitalisation de la sortie du patient (si patient « sortant »).	24 ^E 1-2	E		
		Le médecin traitant est informé sur le plan de soins prévu pour la poursuite du traitement en ambulatoire.	24aE2-1	E		
		La disponibilité des dispositifs médicaux nécessaires au retour à domicile a été anticipée.	24aE2-1	E		
		L'information donnée au patient et/ou son entourage sur les éléments à surveiller de retour à domicile et la surveillance (consultation de suivi, soins paramédicaux) est tracée.	24aE2-2	E		

Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Sortie du patient		Si patient-traceur est réalisé au moment de la sortie du patient : <i>a minima</i> , un document de sortie/synthèse du séjour du patient lisible par lui, destiné aux professionnels et disponible le jour de la sortie, est réalisé dans le but d'assurer la continuité de la prise en charge : indications thérapeutiques, de régime, de contre-indications de style de vie, ordonnance de sortie, consignes pour le patient sur la surveillance.	24aE2-2	E		
		Les consignes données au patient sont tracées (information du patient sur son traitement de sortie, consultation de suivi, soins paramédicaux, régime, etc.) et l'ordonnance remise au patient.	24aE1-3	E		
		Les prescriptions sont conformes, datées, signées et lisibles prenant en compte le traitement personnel du patient.	20abisE2-1	E		
		Le CRH pour le médecin généraliste est adressé au plus tard dans les huit jours.	24aE2-3	E		
		En cas d'hospitalisations itératives (maladie chronique, cancer, etc.), les CR d'hospitalisation sont présents dans le dossier.	14aE2-1	E		
		Le patient est stable au moment de sa sortie et son plan de soins permet son retour à domicile ou son transfert.	24aE1-1	E		
		Un questionnaire de sortie est remis au patient.	9bE2-1	E/P		

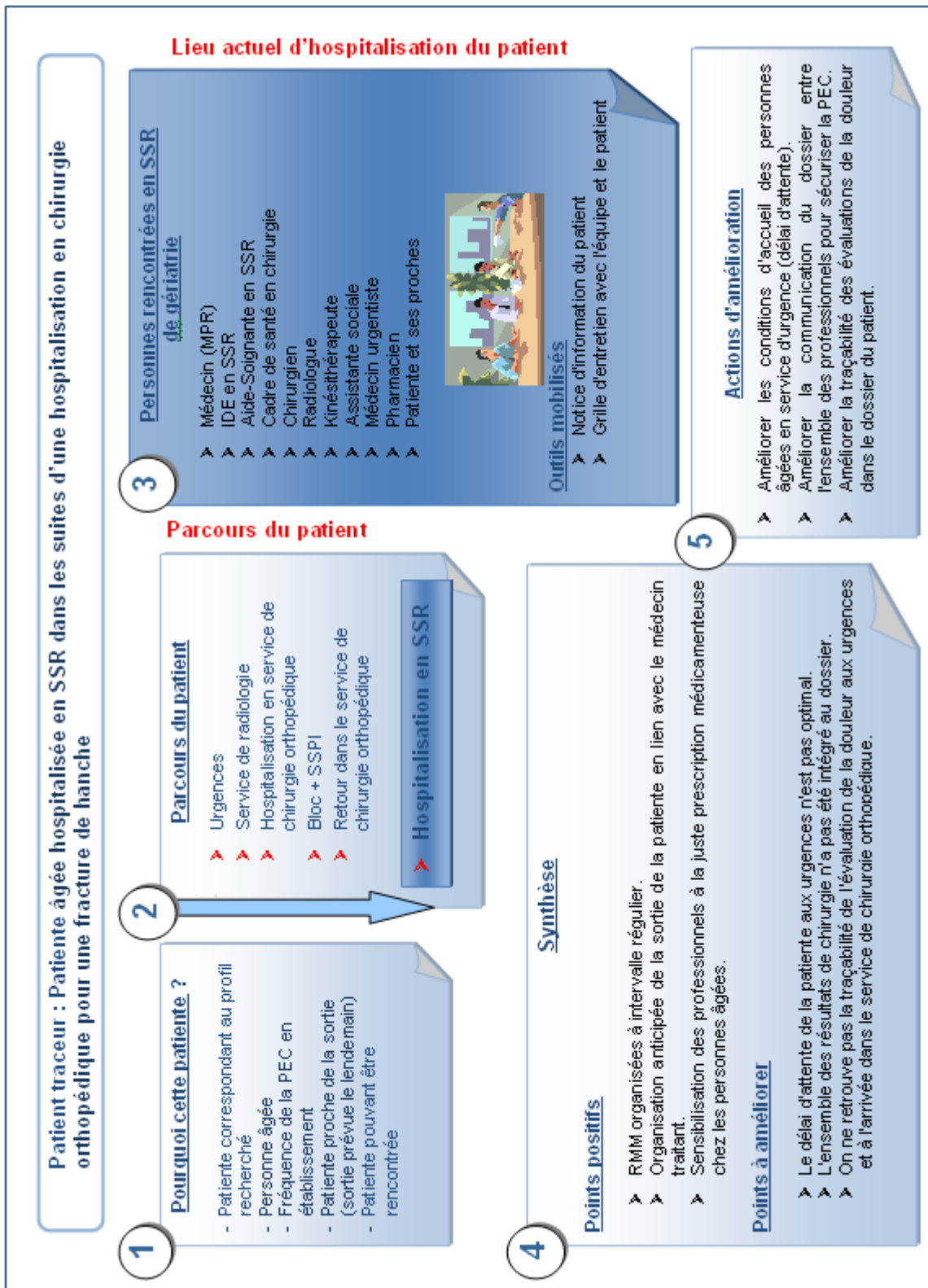
Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Thématique transversale	Droits du patient	Les besoins et attentes du patient et de son entourage ont été recherchés et pris en compte ; l'expression du patient et de ses proches a été favorisée.	10aE2-1	E/P		
		Le ressenti du patient sur les aspects liés à l'écoute, la considération, la disponibilité des professionnels ou l'information est positif.	10bE2-2	P		
		Des actions spécifiques pour ce patient visant la promotion de la bientraitance (respect de ses convictions religieuses, prise en compte du handicap, groupe de parole et de soutien, etc.) sont mises en place.	10aE2-3	E/P		
		Les conditions de réalisation des soins respectent la dignité et l'intimité du patient (rideaux, paravents, etc.).	10bE2-1	E/P		
		Les conditions d'hébergement respectent la dignité et l'intimité du patient.	10bE2-2	E/P		
		La confidentialité des informations relatives au patient (échange d'informations concernant le patient, etc.) est assurée.	10cE2-1	E/P		
Thématique transversale	Droits du patient	Si hospitalisation sans consentement, la recherche de l'adhésion du patient tout au long de son hospitalisation est tracée.	19dE2-3	E/P		
		L'information en cas de dommage lié aux soins est tracée dans le dossier du patient.	11cE2-3	E/P		

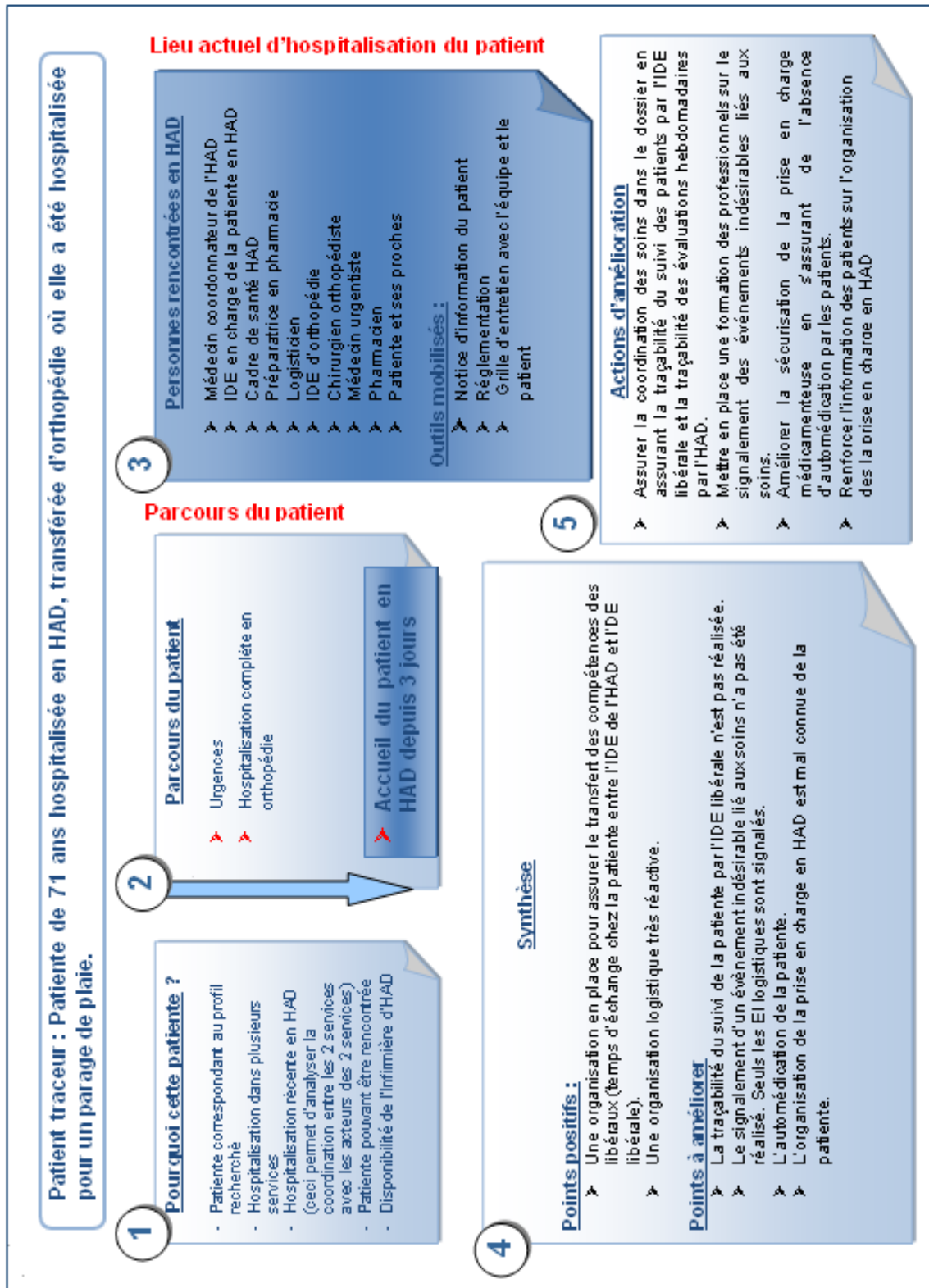
Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Thématique transversale	Fin de vie	Le patient est informé de ses droits et de sa maladie.	13a E1-3	E/P		
		Les volontés du patient ont été tracées (le cas échéant, conservation des directives anticipées).	13a E1-2	E/P		
		Des réunions de discussion pour ce patient sont mises en œuvre. Elles permettent la réflexion sur le bien-fondé de certains traitements au regard du bénéfice pour le patient.	13a E2-4	E		
		Le projet pour le patient et ses proches est défini et tracé dans le dossier.		E		
		L'accès aux associations et bénévoles a été facilité.	13a E2-3	E/P		
		Une aide aux soignants du patient est proposée.	13a E2-4	E		
	Continuité et coordination des soins	Le délai entre l'arrivée dans le service et l'évaluation initiale est adapté.	16aE2-3	P		
		Les délais d'obtention de RDV et de retour des résultats d'examens sont compatibles avec la prise en charge du patient.	18aE1-2	E		
		L'information présente dans le dossier du patient permet la continuité des soins (coordination de la PEC et relais entre équipes).	14aE2-1	E		
		La réflexion multidisciplinaire autour de la prise en charge du patient est tracée dans son dossier.	14aE2-1	E		
		En cas de transfert d'un service à un autre, en cas d'admission directe ou de transfert d'un autre établissement : toutes les données permettant la continuité des soins sont retrouvées dans le dossier du patient.	14aE2-1	E		

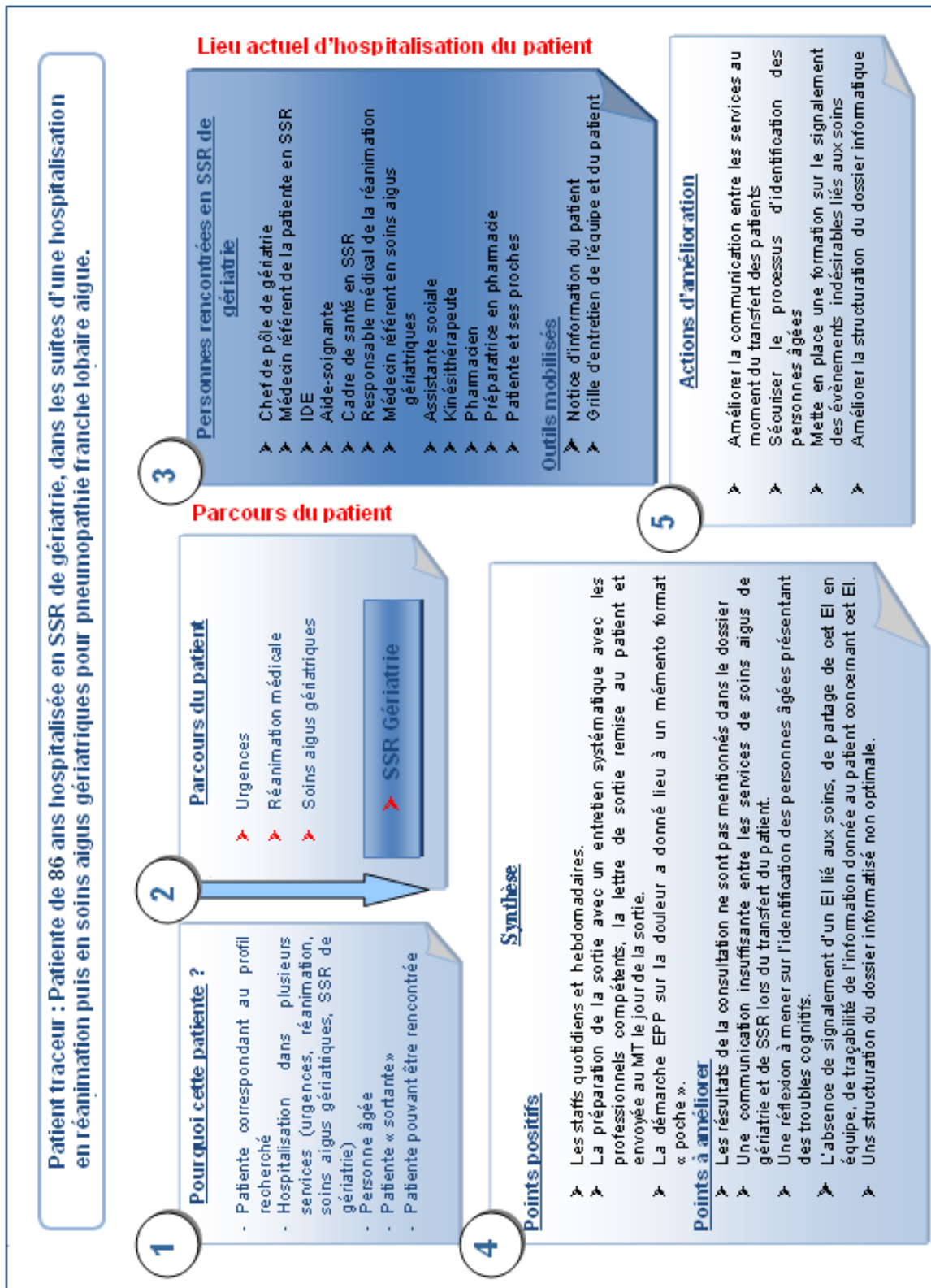
Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Thématique transversale	Continuité et coordination des soins	Il existe un ou plusieurs professionnels référents pour ce patient.	18aE2-3	E		
		Toutes les ressources/compétences sont disponibles 24h/24.	18aE1-1	E		
		Les professionnels ont pu avoir accès à des avis compétents dans l'établissement ou à l'extérieur si nécessaire.	18aE2-2	E		
	Urgence vitale	Dans le cas où le patient aurait été concerné par une urgence vitale :	18bE2-2	E		
		-le matériel était disponible et opérationnel ;	18bE2-1	E		
		-les N° appels sont disponibles dans tous les secteurs.	18bE2-3	E		
	Gestion des données du patient	Le patient et l'épisode de soins sont identifiés complètement pour chaque composante du dossier.	15aE2-2	E		
		Tous les éléments écrits comportent l'identification du rédacteur, la date et l'heure de rédaction, lisibles et indélébiles.	14aE2-1	E		
		Le classement du dossier, le rangement et l'ergonomie du dossier sont satisfaisants.	14aE1-1	E		
		Les dossiers sont facilement accessibles à tous les acteurs de soins pendant le séjour.	14aE2-2	E		
		Les données issues des hospitalisations antérieures ou des consultations sont aisément accessibles.	14aE1-2	E		

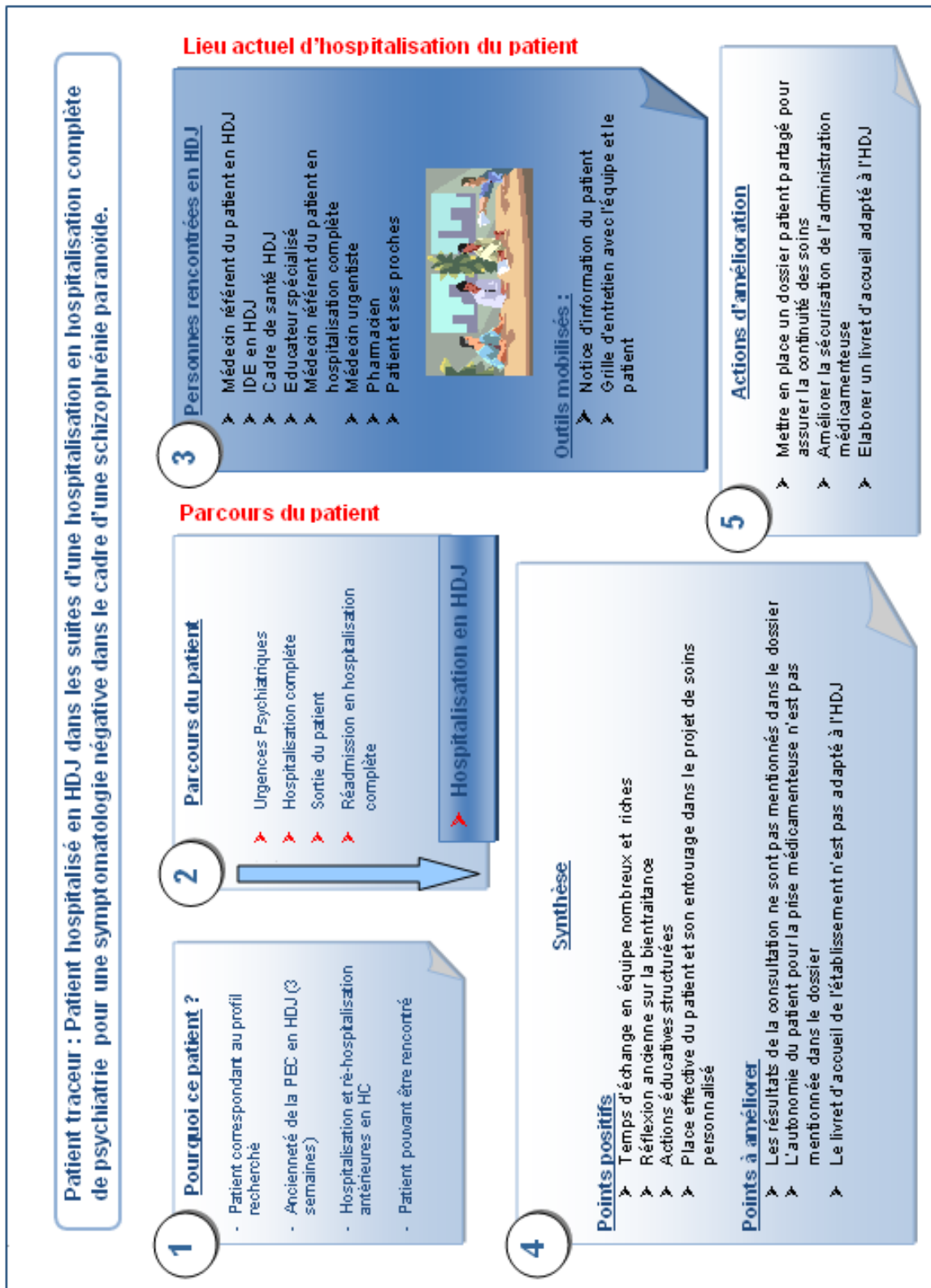
Étapes	Sous-étapes	Éléments objectifs	Critères	Équipe patient et/ou proches	Points positifs	Axes d'amélioration (oui, non) Commentaires
Thématique transversale	Gestion des données du patient	La communication du dossier entre professionnels se fait en temps utile.	14aE2-2	E		
		L'accès à l'information est aisé, notamment en cas de double support informatique et papier.	14aE1-2	E		
		Le patient a été informé sur ses droits d'accès à son dossier.	14bE2-1	E/P		
	Gestion des événements indésirables	Si un EI a concerné ce patient : Cet événement a été signalé.	8fE2-1	E		
		Une analyse de cet événement a été réalisée.	8f E2-2	E		
		Une action d'amélioration a été mise en place.	8fE3-1	E		
		Le patient a été informé en cas de dommage sur le patient et l'information donnée au patient et/ou à ses proches a été tracée.	11cE1-1	E/P		
Thématique transversale	Démarches EPP	Les professionnels sont impliqués dans des démarches d'EPP.	28aE2-2	E		
	Environnement	L'information donnée au patient et à l'entourage en cas d'isolement (risque infectieux) est réalisée et tracée.	10eE2-3	E/P		
		Les procédures et protocoles sont appliqués.	10eE2-3	E		

Annexe 5. Cas concrets









Annexe 6. Fiche de synthèse patient-traceur

Fiche de synthèse patient-traceur

Date : ...

Patient traceur n° ...

Médecin référent du patient-traceur		
Unité / Service / Secteur		
Animateur		
Fonctions des membres de l'équipe présents		
SYNTHÈSE		
Liste Domaines / thématiques	Points positifs de la prise en charge	Commentaires
Liste Domaines / thématiques	Points à améliorer constatés	Priorisation pour les actions d'amélioration

Annexe 7. Plan d'actions

Plan d'actions

Date : **Patient traceur n° ...**

Liste domaines ou thématiques	Dysfonctionnement ou point d'amélioration constaté lors du patient traceur n°	Objectifs à atteindre	Mesures d'amélioration décidées	Responsable de l'action d'amélioration à mettre en place	Délai	Suivi de l'action : • En cours • Réalisée • Non réalisée

Annexe 8. Bilan périodique patient-traceur unité/service /secteur d'activité

Bilan périodique patient-traceur Unité / Service / Secteur d'activité			
Secteur/unité/service			
Période du			
Nombre de patients-traceurs			
Profils des patients-traceurs			

Liste des patients	Population	Motif d'hospitalisation / pathologie	Activités
	▪ enfant/adolescent ▪ personne âgée ▪ personne handicapée ▪ personne ayant une maladie chronique ▪ personne démentielle ▪ personne détenue		Lister les secteurs d'activités « traversés » par le patient et les services/unités Ex : bloc opératoire, salle de naissance
Patient-traceur N° 1			
Patient traceur N° 2			

Liste des domaines et actions d'amélioration mises en œuvre				
Liste domaines / thématiques	Actions d'amélioration	Etat d'avancement de l'action	Modalités de suivi des actions engagées	Mesure de l'impact

Liste des points positifs relevés	
Liste domaines / thématiques	Points positifs

Remerciements

Groupe de travail

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Groupe de lecture

Caroline ABELMANN, juriste, mission juridique, HAS.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Malika BROTFELD, coordonnateur général des soins, Département de l'organisation des soins, de la qualité et de la gestion des risques, CHI Aix-Perthuis, Aix.

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

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

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

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

Laëtitia BUSCOZ, directrice, BAQIMEHP, Paris.

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

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

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

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

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

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

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

Christiane COUDRIER, directeur général, CHU, Nantes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lucie DURAND, ingénieur qualité, CH, Armentières.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Martine JOUZEL, directrice, CH, Janzé.

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

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

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

Valérie LAVIGNE, directrice des soins et de la qualité, CH du Pays d'Aix, Aix-en-Provence.

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

Mélaïne LECLERC, qualitiennne, CH, Janzé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aurélié PECQUERAUX, directrice qualité, CH, Lens.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

D^r Claude SOUTIF, expert-visiteur, CH, Aix-en-Provence.

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

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

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

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

Patricia TISSANDIER, directrice, SSR Le Brasset, Meaux.

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

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

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

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

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

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

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



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