

PARCOURS PATIENT HÉMODIALYSÉ ET MISE EN PLACE D'UN PATIENT TRACEUR : AUDIT DE PROCESSUS



Sylvie FLATET, Cadre de santé, Laetitia FOURCAULT, Faisant fonction de Cadre de santé Hémodialyse, Hôpital Maison Blanche, CHU, REIMS

En octobre 2014, nous avons participé au groupe d'experts dialyse de l'ANAP (Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé) et avons mis à profit cette expérience pour formaliser le parcours du patient hémodialysé au CHU de Reims.

Pour cela, nous avons pris contact avec le service qualité du CHU de Reims, intéressé dans le cadre de la démarche de certification V2014 et la mise en oeuvre de la méthodologie du patient traceur.

L'analyse du parcours fut réalisée et intégrée dans le compte qualité de l'établissement en septembre 2015.

HISTORIQUE

En 1990/1995, la première notion de parcours apparaît avec l'émergence des maladies chroniques qui vont avoir des répercussions sur l'organisation hospitalière. Les notions de prise en charge des pathologies chroniques au long cours par niveau de risque (ALD, PRADO, SOPHIA...). De plus, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) en 2009 précise :

- La territorialisation dans l'organisation de l'offre de santé en mettant en oeuvre la transversalité des acteurs au service des populations.
- La nécessité d'assurer l'efficacité des prises en charge au regard des difficultés de financement des dépenses de santé.
- Une action forte dans le développement de la prévention et de l'éducation thérapeutique.

Plusieurs publications de rapports indiquent que l'insuffisance de coordination entre les différents secteurs sanitaire, social et médicosocial entraîne des recours abusifs à l'hospitalisation, avec des surcoûts importants.

C'est pourquoi, il a été envisagé de favoriser une approche par parcours en mettant en évidence les besoins médicaux et sociaux de la population de façon à mettre en

place les services requis et donc les ressources et moyens en adéquation avec ces besoins.

DÉFINITIONS

Le parcours de santé d'une personne est « L'organisation coordonnée et proactive de l'ensemble d'actes diagnostiques et thérapeutiques, nécessaires pour la prise en charge d'une personne atteinte de maladie chronique et/ou en perte d'autonomie, en vue de répondre de façon globale aux besoins sanitaires, médico-sociaux de cette personne, par l'ensemble des acteurs d'un territoire » (source ANAP, Marie Dominique Lussier).

La finalité étant d'accompagner l'évolution des pratiques pour assurer une prise en charge globale, coordonnée et efficace des patients.

LES DIFFÉRENTS ENJEUX

Les enjeux sont multiples.

Au niveau d'un CHU, il s'agit d'identifier et fluidifier les flux de patients, de formaliser les pratiques organisationnelles, d'identifier la coordination, l'articulation entre les unités de soins, dans les prises en charge de patients, de diffuser, communiquer et évaluer les prises en charge, et enfin d'améliorer la qualité des prises en charge.

Au niveau d'une unité de soins, il s'agit de formaliser le parcours patient, en réfléchissant sur la prise en charge optimum d'un patient ; de repérer les moyens d'entrées et de sorties dans le parcours ; d'identifier les points de rupture ou faits générateurs de déviation ; de recueillir les pratiques organisationnelles existantes ; d'analyser ces pratiques à l'appui notamment de la méthode du patient traceur, et enfin d'extraire une cartographie des risques existants.

PARCOURS IDENTIFIÉ DU PATIENT HÉMODIALYSÉ

Le centre d'hémodialyse du CHU de Reims est un centre lourd, composé de 36 postes de dialyse répartis dans trois salles différentes (bleuet, muguet et jonquille). Nous posédons 2 postes d'entraînement, une file active de 140 patients dont l'âge moyen est de 71 ans.

Il existe une convention avec l'ARPDD, Association Régionale pour la Promotion de la Dialyse à Domicile.

Nous avons identifié 4 modes d'entrée d'un patient dans le parcours : entrée programmée ; entrée en urgence ; retour de transplantation et retour depuis un centre allégé. Par ailleurs, nous avons identifié 6 modes de sortie d'un patient : la récupération de la fonction rénale, le départ vers un centre allégé, le switch de la technique de dialyse vers la dialyse péritonéale, la transplantation rénale, un déménagement et le décès du patient.

A partir de là, nous avons pu identifier les points de rupture de la prise en charge dans le parcours à savoir l'hospitalisation ou le refus d'une séance de dialyse.

FORMALISATION DU PARCOURS

Pour cela, il nous a semblé nécessaire de définir les différentes étapes et sous-étapes de la prise en charge du patient et pour chacune d'elle d'identifier leur finalité, les différents acteurs, les facteurs de réussite et les indicateurs de performance.

Les objectifs de ce travail étant de définir l'organisation la plus adaptée au regard de meilleures pratiques identifiées de l'accueil du patient jusqu'à sa sortie et d'identifier et de hiérarchiser les risques potentiels à chaque étape de la prise en charge.

MÉTHODE DU PATIENT TRACEUR

Pour cela, nous avons appliqué la méthode du patient traceur qui est une méthode d'évaluation des pratiques professionnelles et qui consiste à apprécier, à partir d'expériences de soins de patients hospitalisés, les processus de soins et les organisations qui s'y rattachent.

Il s'agit d'évaluer le parcours du patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval et ainsi de réaliser un diagnostic global de la qualité et de la sécurité de prise en charge en identifiant les points positifs et les points à améliorer.

Cette méthode est utilisée par les experts de la Haute Autorité de Santé pour évaluer les pratiques des professionnels sur le terrain.

La réalisation s'est faite à partir d'un entretien avec le patient d'une part et d'un entretien avec l'équipe soignante qui a pris en charge le patient d'autre part.

Cette méthode d'évaluation des pratiques professionnelles prend en compte l'expérience du patient et de ses proches et permet d'identifier et de mettre en oeuvre des actions d'amélioration.

LES BÉNÉFICES

Les patients ayant bénéficié de cette démarche ont apprécié le temps d'échange avec une sensation de se sentir écouté. Une relation de confiance a ainsi pu naître. Pour l'équipe, cette démarche permet de faire un état des lieux pour mieux appréhender l'analyse des pratiques professionnelles. Egalement, ces temps d'échange permettent une meilleure compréhension du patient et favorisent le dynamisme au sein de l'unité.

Pour l'institution, cette démarche répond à une dynamique institutionnelle, avec une volonté de partage et d'échanges qui s'inscrit dans la démarche d'amélioration des pratiques afin d'être au plus proche de la réalité.

CONCLUSION

Cette expérience fut pour nous enrichissante. Répondant à une volonté institutionnelle, elle nous a permis à chaque niveau de la prise en charge d'être acteur de la démarche qualité grâce à un outil accessible. Elle favorise un contact privilégié avec les patients. L'appropriation de cette démarche nous permettra de la renouveler ultérieurement. Une fiche projet a été réalisée et a été présentée en comité de direction qui a donné son accord. L'encadrement supérieur et le chef de pôle associés au projet étaient présents.

L'équipe médicale et paramédicale était partie prenante et a participé activement à ce projet.