## OUTIL N°2. Grille patient-traceur

#### Évaluer en équipe le parcours de soins de la personne en situation de handicap par la méthode du patient traceur

Cette grille a pour but de fournir aux équipes médico-soignantes un outil permettant d’analyser en équipe pluri-professionnelle la prise en charge des personnes en situation de handicap. C’est un outil d’auto-évaluation permettant l’analyse rétrospective du parcours du patient, de l’entrée à la sortie de l’établissement de santé. Il est donc nécessaire de réunir le groupe de professionnels ayant pris en charge la personne (dont les professionnels des autres secteurs, s’ils sont disponibles).

La grille a été déclinée à partir du guide « Accueil, accompagnement et organisation des soins en établissement de santé pour les personnes en situation de handicap » à partir des cinq objectifs principaux qui le structurent. Elle fait appel à une méthode d’amélioration éprouvée (cf. patient-traceur en établissement de santé[[1]](#footnote-1)) et peut nécessiter, selon le cas, l’ajout de critères[[2]](#footnote-2) reflétant le parcours spécifique du patient (ex. : passage au bloc opératoire). L’utilisation de cette méthode permet aussi de s’inscrire dans la préparation de la certification de l’établissement de santé.

Cette grille a pour but de favoriser la discussion en équipe sur la prise en charge du patient en situation de handicap en intégrant son expérience. Le patient et/ou son aidant est rencontré à l’aide de cette même grille et leur vécu est restitué lors de la réunion d’équipe. Cette méthode vise l’amélioration de la prise en charge du patient et l’identification d’actions d’amélioration.

| **Profil du patient choisi :**  -Type de situation de handicap (moteur, sensoriel, psychique, polyhandicap, etc.) :  ………………………………………………………………………………  -Motif de venue : (ex. : fracture du membre supérieur, défaillance respiratoire, etc.) :  ………………………………………………………………………………  **Date de la réunion de l’équipe** ayant pris en charge le patient dans l’établissement : …………………………………………………………..  **Lieu de provenance du patient :**  🞏 Hébergement en institution/établissement médicosocial  🞏 Domicile  🞏 Service de suivi à domicile (SAMSAH, autres)…………………………  🞏 Autre, précisez…………………………………………………………… | **Participants à la réunion** : l’ensemble des professionnels ayant pris en charge la personne en situation de handicap (ex. : personnel administratif, de l’accueil, de l’admission en cas d’hospitalisation, le personnel médico-soignant des services de MCO, urgences, SSR, radiologie, biologie, etc.)  ………………………………………………………………………………  **Animateur de la réunion :** ……………………………………………….  **Date de l’entretien avec le patient et /ou aidant** (avant la réunion de l’équipe) …………………………………………………………………..  **Chronologie du parcours :** services par lequel le patient est passé : …………………………………………………………………………… |
| --- | --- |

**Grille patient-traceur**

Les critères de cette grille concernent une hospitalisation ou une consultation. Pour la consultation, les critères non applicables sont précédés d’un astérisque noté \*

| **Étapes du parcours** | **Item** | **Éléments à investiguer (cf. consignes de remplissage[[3]](#footnote-3))** | **Oui / Non /NA[[4]](#footnote-4)** | **Équipe (dossier) (E)/Patient et/ou proches (P)[[5]](#footnote-5)** | **Commentaires** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Amont de la venue dans l’établissement de santé** | | | | | |
| Échanges préalables  (en urgence ou programmée) | 1 | * **Un échange téléphonique ou un autre contact préalable a eu lieu** avec l’équipe du secteur social ou médicosocial ou avec le médecin traitant (ou adresseur) ou avec les aidants (lieu de vie habituel du patient) permettant un recueil des besoins spécifiques.   Cet échange a été transcrit (par exemple dans une fiche de renseignement) et l’information a été transmise (date, nom de l’interlo­cuteur) ;   * **Les besoins spécifiques de la personne ont été renseignés**:   -Identification du type de handicap /déficience et ses impacts en termes de capacités/incapacités (maintien de l’autonomie) ;  -Les précautions particulières ont été identifiées (concernant le matériel nécessaire, l’installation, les points de fragilité, la nécessité d’un interprète, etc.) ;  -Le besoin de la présence de l’aidant auprès du patient a été recueilli (famille, professionnel, autre proche). |  | E/P  E  E/P  E/P  E/P |  |
| 2 | **Les documents de liaison/carnet de santé/courrier médecin référent/traitant :**   * Ils ont été transmis avant l’entrée pour l’hospitalisation programmée ou pour les consultations. |  | E/P |  |
| 3 | * \* **Le parcours du patient le mieux adapté a été recherché** (hospitalisation programmée, hospitalisation directes, urgences, l’hospitali­sation de jour, ou le recours aux consultations externes dédiées, UASS, etc.). |  | E |  |
| 4 | * **La planification des rendez-vous** (RDV) a tenu compte de la durée supplémentaire à accorder au patient (temps plus long à accorder pour l’accueil, la communication, tout acte de soins et examens) ; * Un rappel des RDV du patient a été réalisé. |  | E/P  E/P |  |
| 5 | * **Le référent handicap** est intervenu auprès du patient et tout au long de la prise en charge, en appui des équipes de soins et administratives. |  | E/P |  |
| **Arrivée dans l’établissement** | | | | | |
| **Accueil administratif / admission** | 6 | * Les personnels de l’accueil et de l’admission[[6]](#footnote-6) ont été prévenus par l’équipe de soins/référent de l’arrivée de la personne en situation de handicap et de l’aidant (famille, professionnel de l’ESMS, etc.) ; * Une priorité a été accordée à ce patient (ex. : guichet d’admis­sion prioritaire, autres) ; * L’accueil a été personnalisé en prenant en compte la situation de handicap (ex. : le personnel a facilité l’orientation dans l’éta­blissement, information adaptée au type de handicap). |  | E/P  E/P  E/P |  |
| Documents de liaison (continuité de la prise en charge) | 7 | * **Les documents de liaison ou le carnet de santé** du patient ont été mis à disposition de tous les professionnels concernés ayant pris en charge le patient ; * Il est présent dans le dossier patient. * \* Le dossier de liaison d’urgence (DLU) est présent dans le dossier patient. |  | E  E  E |  |
| \* Passage par les urgences | 8 | * \* Le cas échéant, ce patient a pu être identifié par le SAMU ou les pompiers sur une liste de patients dits « remarquables »[[7]](#footnote-7) (si elle existe) qui ont transmis l’information. |  | E |  |
| Modalité d’accueil au service des urgences | 9 | * \* Un circuit de prise en charge adapté au patient a été utilisé (système de priorisation). |  | E |  |
| Locaux | 10 | * \* Le patient a bénéficié, en cas de besoin, d’un espace particulier (chambre, box) pour ne pas le faire attendre dans la salle d’attente commune. |  | E/P |  |
| Délai d’attente | 11 | * \* Le temps d’attente a été réduit pour accéder au plateau technique (imagerie, biologie) et pour l’admission (l’hospitalisation) du patient. * \* Le délai d’attente a été compatible avec l’état de santé du patient, le degré d’urgence et la situation de handicap. |  | E/P  E/P |  |
| Tout service de soins ou consultation | 12 | * La désignation d’une personne de confiance est proposée au patient. |  | E/P |  |
| Place de l’aidant si besoin | 13 | * En cas de besoin et sur demande du patient, l’implication de l’aidant (professionnel ou familial) dans la prise en charge a été discutée avec l’équipe ; * En cas de besoin et sur demande du patient, l’implication de l’aidant dans la prise en charge a été facilitée. |  | E/P  E/P |  |
| Adaptation de l’environnement et du matériel, logistique | 14 | * Un chariot de soins spécifique à la prise en charge du patient handicapé était mis en place, si nécessaire ; * Le matériel spécifique a été adapté à la situation du patient ; * La salle de consultation a été adaptée (ex. : lit médicalisé, tablette numérique). * \* La chambre a été adaptée (à la situation de handicap) aux situations d’incapacité, et, si besoin, permet la présence de l’aidant (chambre individuelle, lit d’appoint). * \* Les aspects hôteliers ont été adaptés à la diversité des besoins de ce patient :   + Aide au temps de repas ;   + Mobilier adapté ;   + Chambre aménagée permettant les transferts ;   + Chambre permettant la place d’un fauteuil roulant. * \* Selon le besoin exprimé par le patient, l’accueil de l’aidant a été réalisé :   + Hébergement ;   + Repas ;   + Horaires de visite élargis. |  | E  E/P  E/P  E/P  E/P  E/P  E/P  E/P  E/P  E/P  E/P |  |
| **Délai** | 15 | * Les délais d’attente du patient prennent en compte la situation de handicap ; * Le temps supplémentaire nécessaire à accorder au patient a été anticipé. |  | E/P  E/P |  |
| **Évaluation initiale et continue de l’autonomie du patient** | 16 | * Le niveau d’autonomie initial de la personne a été évalué ; * Ses besoins spécifiques et ses habitudes fines de vie ont été évalués (pour maintenir le patient dans ses habitudes de vie) ; * Les situations à risques ont été évaluées (exemple : risque suicidaire, dépistage de troubles nutritionnels, risques d’escar­res, autres, etc.). |  | E  E  E |  |
| **Projet de soins personnalisé** | 17 | * Une réunion pluri-professionnelle dédiée (staff) a été organisée pour définir cette prise en charge plus complexe ; * Le personnel s’est assuré de la bonne compréhension des informations données au patient, et, en cas de besoin, l’information a été donnée à la personne de confiance/représentant légal ; * Le service a utilisé les moyens de communication adaptés ; * Le patient a été associé à la construction et la mise en œuvre de son projet de soins, en incluant ses habitudes de vie ; * L’avis et le consentement du patient (et de l’aidant ou de la personne de confiance ou du tuteur, si besoin) ont été sollicités et tracés dans le dossier du patient ; * L’aidant a été sollicité, si besoin, lors de problèmes d’expression ou de compréhension. |  | E  E/P  E/P  E/P  E  E |  |
| **Les pratiques** | 18 | * La prise en charge médicamenteuse a été adaptée à la situation de handicap :   + La forme galénique a été adaptée ;   + Le risque de iatrogénie médicamenteuse a été pris en compte (prise en compte du traitement médicamenteux personnel du patient avant l’entrée dans l’établissement, prescription, administration) ;   + Une surveillance du patient et une éducation du patient (et/ou son aidant, selon le cas) à son traitement médicamenteux ont été réalisés ; * La douleur a été évaluée (échelles et modalités spécifiques adaptées à la situation du handicap, etc.) y compris pour les patients non douloureux ; * La douleur a été tracée (échelles et modalités spécifiques adaptées à la situation du handicap, etc.), y compris pour les patients non douloureux ; * L’anxiété et l’agitation ont été prises en compte ; * Les dysfonctionnements neuro-végétatifs ont été pris en compte ; * Les problèmes neuro-orthopédiques ont été pris en compte. |  | E  E  E  E  E  E  E  E |  |
| **Les soins préventifs** | 19 | * À l’occasion de cette prise en charge, s’il a été constaté des carences de soins de prévention (par exemple : frottis, soins dentaires, etc.), les besoins en soins de prévention ont été intégrés dans le plan de soins. |  | E |  |
| **Information du patient et droits du patient** | 20 | * Les informations délivrées étaient adaptées aux capacités du patient (ex. : livret d’accueil adapté et charte du patient adaptée en version braille, interprète en langue des signes française (LSF), information délivrée sous une autre forme audio ou vidéo, utilisation d’un kit de communication spécial, mode de communication adapté/pictogrammes, autres) ; * Une information délivrée sur le déroulement des soins a été adaptée au type d’incapacité (interprète en LSF, vidéo, kits de communication, pictogramme, etc.) ; * Une information du patient (ou de l’aidant, si besoin) sur ses droits d’accès à son dossier a été donnée ; * Une information médicale adaptée à la personne / à l’aidant, notamment en cas de diagnostic grave et d’aggravation de son état de santé, a été donnée ; la personne de confiance a été jointe ; * L’information du patient a été tracée dans le dossier. |  | E/P  E/P  E/P  E/P  E/P |  |
| Respect de la dignité et de l’intimité du patient | 21 | * Les soins ont été réalisés (y compris les soins d’hygiène) dans le respect de la dignité et de l’intimité du patient (rideaux, paravents, etc.). * \* Les conditions d’hébergement ont permis le respect de la dignité et de l’intimité du patient : * Les règles de confidentialité ont été respectées. |  | E/P  E/P  E/P |  |
| Demandes d’examens complémentaires (Laboratoire, Radiologie, Endoscopie) | 22 | * Les renseignements cliniques et le motif de l’examen sont présents sur toute demande (identification des capacités / incapacités / conditions de recours à l’aidant) ; * Les conditions de réalisation des examens sont adaptées à la situation de handicap (attente, aidant, circuit spécifique, etc.).   NB : les professionnels issus des services de radiologie et de biologie permettront de renseigner ces critères. |  | E/P  E/P |  |
| **Actions d’éducation thérapeutique** | 23 | * Si les patients ont été amenés à suivre un programme d’éduca­tion thérapeutique du patient (ETP), ce dernier a été adapté aux spécificités du handicap ; * Les aidants ont été associés, en tant que de besoin. |  | E  E |  |
| **Sortie du patient** | | | | | |
| **Préparation de la sortie** | 24 | * \* La planification de la sortie ou du transfert a associé le patient et/ou l’aidant. * \* La planification de la sortie ou du transfert s’est organisée avec les professionnels de la structure d’aval (appel téléphonique, médecin traitant, demande d’avis, visite, staff pluridisciplinaire, réseaux ville-hôpital, consultation de suivi, etc.). * \* Une *check-list* de sortie a été utilisée. |  | E/P  E/P  E/P |  |
|  |  | * \* Le jour et l’horaire de sortie ont été favorables à la continuité des soins (exemple : éviter les sorties le week-end). |  | E/P |  |
|  |  | * Les documents de liaison et le carnet de santé, courrier(s) ont été renseignés. * L’ordonnance de sortie a été remise au patient. * Le courrier de fin d’hospitalisation aux correspondants d’aval (lettre de liaison) a été remis au patient. |  | E/P  E/P  E/P |  |
|  |  | * Le patient/aidant a été informé sur la surveillance et la conduite à tenir (consultation de suivi, soins paramédicaux). |  | E/P |  |
|  |  | * L’équipe s’est assurée de la bonne compréhension des informations. |  | E |  |
|  |  | * Les conditions du transport ont été adaptées aux capacités / incapacités du patient. |  | E/P |  |

1. Haute Autorité de Santé. Le patient-traceur en établissement de santé. Méthode d’amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Guide méthodologique Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2014. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-01/guide_methodo_patient_traceur.pdf> [↑](#footnote-ref-1)
2. Cette méthode contient une grille générique de critères relatifs au parcours du patient en établissement de santé qui peuvent être rajoutés en fonction de la prise en charge. [↑](#footnote-ref-2)
3. La traçabilité de l’ensemble des critères relatifs à la coordination des soins dans le dossier patient sera recherchée. [↑](#footnote-ref-3)
4. NA : non applicable. [↑](#footnote-ref-4)
5. La colonne E ou P signifie que les questions (ou éléments à investiguer) peuvent être posées soit à l’équipe (E), soit au patient/proche aidant (P), ou les deux (E/P). [↑](#footnote-ref-5)
6. Non applicable pour les consultations. [↑](#footnote-ref-6)
7. Patients pré identifiés à l’avance permettant de repérer préalablement les patients handicapés en mauvaise santé ou à risque. [↑](#footnote-ref-7)