Pour certains patients dont la prise en charge est complexe, se faire soigner en ville mobilise plusieurs professionnels. Améliorer la qualité et la sécurité de leurs soins nécessite d'analyser l'organisation de leurs parcours et les interfaces entre professionnels de santé. Après avoir réalisé une expérimentation sur le terrain, la HAS propose une approche nouvelle prenant en compte le point de vue du patient : la méthode du patient traceur en ville. Elle consiste à analyser rétrospectivement le parcours de santé du patient à l'occasion d'une réunion en équipe pluriprofessionnelle. Le point de vue du patient sur sa prise en charge est aussi restitué à l'équipe afin de compléter l'analyse.

La méthode du « patient-traceur » a fait ses preuves en matière d'amélioration de la qualité en établissements de santé. La HAS souhaitait s'assurer de son intérêt en soins de ville. Une expérimentation a donc été menée dans des organisations variées : maison, centre, pôles et réseaux de santé, méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia), service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), équipes de santé mentale, équipe de professionnels libéraux travaillant en équipe.

L'expérimentation menée par la HAS a permis de montrer sa faisabilité et son utilité. L'institution a publié un guide comprenant une démarche par étapes et des outils pour les professionnels, ainsi que le rapport de cette expérimentation.

Latifa Salhi, diététicienne, et le Dr Legeay, médecin généraliste, font part de leur expérience de terrain du patient-traceur.

«*Notre équipe se compose de professionnels de santé libéraux travaillant en regroupement. Depuis le test, celle-ci a évolué en maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), la MSP de Saint-Georges-sur-Cher dans le Loir-et-Cher.*

Nous avons travaillé sur la problématique de l'éducation thérapeutique (ETP) dans le cadre de la prise en charge des patients diabétiques avec complications. Un programme d'ETP du patient diabétique avait été mis en place depuis deux ans en collaboration avec le réseau Santé Nutrition Diabète (RSND41) et les différents professionnels de santé du secteur de Saint-Georges-sur-Cher.

La première étape a été de mobiliser les professionnels de l'équipe de prise en charge sur cette problématique et de choisir deux patients pour analyser leurs parcours de santé.

- *Le 1er patient sélectionné a un diabète type 2 et une hypertension artérielle. Ce patient a participé au programme d'ETP. Des problèmes de ruptures de prise en charge liées à l'éloignement géographique et aux délais de prise en charge trop longs ont également motivé le choix de ce patient ;*
- *Le 2e patient sélectionné est polypathologique avec un diabète de type 2, une uvéite chronique, un cancer du sein et une maladie de Crohn.*

L'entretien avec les patients, une des spécificités de la démarche, a été très bien accepté par chacun d'eux.

Au cours de l'entretien, leur point de vue concernant leur parcours de santé est recherché.

Ensuite, une réunion a eu lieu entre le RSND41 et les professionnels de santé : médecin traitant libéral, médecin de soins de suite et de réadaptation (SSR), diététicien, infirmière, podologue et coordinatrice du RSND41.

Nous avons fait le choix d'analyser ces 2 parcours au sein d'une même réunion pour plus de facilité. Lors de cette rencontre, nous avons analysé collectivement et a posteriori *le parcours de santé global de ces patients, à l'aide d'un guide d'entretien avec des questions inspirées du guide méthodologique de la HAS.*

La démarche nous a permis de mettre en évidence des points positifs, comme la satisfaction du patient quant à sa prise en charge, et la bonne coordination des professionnels regroupés.

Les points à améliorer évoqués sont l'accès aux spécialistes, les délais de rendez-vous, ainsi que la coordination entre professionnels de santé de 1er recours et spécialistes.

Il a donc été décidé de mieux formaliser la prise en charge du parcours «Diabète». Les objectifs du plan d'action sont les suivants :

- *Optimiser les protocoles locaux de prise en charge en mettant en place un document de liaison ;*
- *Favoriser les hospitalisations de jour en service de diabétologie pour modifier les thérapeutiques ;*
- *Favoriser l'accès aux médecins spécialistes (le médecin traitant contacte lui-même son confrère en fonction des besoins) ;*
- *Favoriser l'envoi d'un compte rendu par certains spécialistes (ophtalmologues par exemple).*

Cette démarche a aussi permis d'amorcer des réunions de concertation formalisées et donc de renforcer le travail en équipe pluriprofessionnelle. Interpellés par le ressenti du patient, les professionnels se sont questionnés sur leur manière de communiquer avec eux.

Du fait de sa disponibilité, le coordinateur de la démarche a été un facilitateur pour les professionnels de santé et il prépare l'organisation et l'entretien avec le patient.

C'est donc une démarche au final bénéfique pour le suivi des patients et la coordination de nos différentes interventions ».

Propos recueillis par Laurence Chazalette et Anne-Françoise Pauchet-Traversat – HAS