



2022

Démarche "Patient traceur" en centre de santé

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE, GRILLES DE RECUEIL, TRAME
DE RESTITUTION ET FICHE INFORMATION DU PATIENT

Parcours de soins

Diabète type 2

Depuis 2016, la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) et la Structure d'Appui Régionale à la Qualité des soins et à la Sécurité des patients d'Île-de-France (STARAQS) collaborent pour expérimenter et développer des démarches qualité adaptées aux organisations pluri-professionnelles d'exercice coordonné en soins primaires, dans le cadre de la politique régionale d'amélioration de la qualité des soins de l'ARS Île-de-France.

Ce guide méthodologique et ces outils (Fiche Information du patient, Grilles de recueil, Trame de restitution) résultent de l'adaptation et de l'expérimentation de la démarche « Patient traceur » menées en 2020 et 2021 sur le parcours de soins des patients diabétiques de type 2, avec des centres de santé polyvalents municipaux, associatifs ou hospitaliers :

- Le centre Cara Santé de Marseille (13)
- Le centre de santé du centre hospitalier de Guingamp (22)
- Le centre de santé AGECSA de Grenoble (38)
- Le centre municipal Tisserand de la Ville de Paris (75)
- Le centre municipal de Conflans-Sainte-Honorine (78)
- Les centres municipaux de santé de Nanterre (92)
- Le centre municipal de Pantin (93)
- Le centre municipal d'Alfortville (94)
- Le centre municipal de Champigny (94)
- Le centre municipal d'Ivry-sur-Seine (94)

La FNCS et la STARAQS tiennent vivement à remercier les équipes de ces centres pour leur implication et leur investissement.

Ce guide méthodologique et ces outils ont vocation à évoluer au regard des retours des équipes de centres de santé, ainsi que de l'avancée des pratiques de référence.

Un guide et des outils

pour améliorer la qualité du parcours de soins
des patients diabétiques de type 2

Ce guide et ces outils s'adressent aux professionnels de centres de santé souhaitant mettre en place une démarche qualité avec la méthode du « Patient traceur » pour étudier le parcours de soins des patients diabétiques de type 2 de leur structure.

Sommaire du guide méthodologique

- La démarche « Patient traceur »..... 4
- Le parcours de soins des patients diabétiques de type 2 en centre de santé..... 5
- Les 10 étapes de la démarche..... 6

Les outils

- Fiche « Information du patient » 12
- Grille « Information générale » 13
- Grille « Entretien patient » 15
- Grille « Entretien professionnel » 24
- Trame de restitution 38

Annexes

- Thèse du **Dr. Raphaël Esteban HINOJOSA** « Expérimentation de la méthode Patient Traceur en centre de santé : une analyse qualitative de l'accueil réservé par les médecins généralistes à cette méthode d'évaluation de la qualité des soins » 41
- Tutoriel pour créer et diffuser les formulaires PDF dans vos équipes

La démarche

« Patient traceur »

une démarche qualitative d'amélioration des pratiques en équipe

La démarche « Patient traceur » est une méthode d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, centrée sur le parcours de soins d'un patient dans sa globalité.

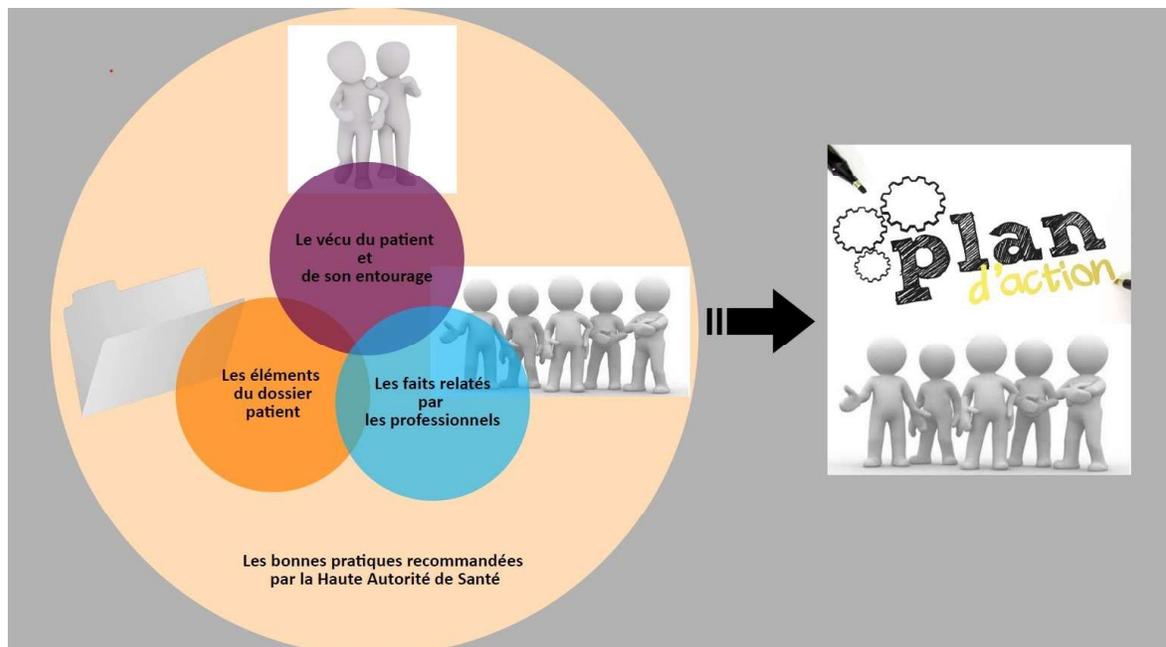
Elle s'appuie sur une volonté de travail en équipe pluri-professionnelle et interdisciplinaire. Il s'agit d'une approche pédagogique, transparente, bienveillante et non culpabilisante, dans le respect du secret professionnel.

Son approche qualitative :

- a) croise la perception du patient et celle des professionnels
- b) compare les pratiques réelles aux pratiques de référence

pour identifier les écarts et proposer des actions d'amélioration sur la prise en charge tout au long du parcours de soins.

La démarche « Patient traceur »



Le parcours de soins étudié : le diabète de type 2

le choix des « patients traceurs » selon la patientèle du centre

En France, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement dont plus de 90 % de type 2 était estimée à 5,2% de la population en 2019, soit 3,5 millions de personnes. La fréquence du diabète continue de progresser. Un homme sur 5 âgés de 70 à 85 ans et 1 femme sur 7 âgées de 75 à 85 ans sont traités pharmacologiquement pour un diabète. (*France santé publique, octobre 2021*)

Une étude¹ menée par le Centre municipal universitaire de Pantin (93) à partir des données de l'Observatoire de la Société Française de la Médecine Générale a permis de distinguer les patients diabétiques selon la typologie suivante :

- Groupe 1 :** 10,1 % - diabète, hypertension, dyslipidémie, Indice de Masse Corporelle > 25 kg/m²
- Groupe 2 :** 25,4 % - diabète, hypertension, Indice de Masse Corporelle < 25 kg/m²
- Groupe 3 :** 18,9 % - diabète, hypertension, dyslipidémie, maladie vasculaire, homme
- Groupe 4 :** 31,2 % - diabète seulement
- Groupe 5 :** 4,8 % - diabète, consommation d'alcool, dépendance au tabac, homme
- Groupe 6 :** 9,5 % - diabète, hypertension, maladie macrovasculaire, maladie cardiaque, personne âgée

Au regard de ces résultats, deux types de « patients traceurs » ont été choisis pour réaliser cette expérimentation et réaliser ce guide et ces outils :

- a) les patients en situation de diabète simple sans comorbidité associée : **Groupe 4**
- b) les patients en situation de diabète complexe avec HTA et dyslipidémie

1. Sophie Haghghi, Julien Lebreton, Gilles Hebrecht, Pascal Clerc, Didier Duhot. Is there only one type of patient with type 2 diabetes ? Establishing a typology of type 2 diabetes patients in France, EPCCS Summit, Prague 2015

Les 10 étapes de la démarche

accompagnées de recommandations et de retours d'expériences

1. Organiser le projet

Il est recommandé de définir :

- le pilote de la démarche
- les professionnels à mobiliser
- le nombre de « patients traceurs » souhaité
- le calendrier pour chacune des 10 étapes

L'engagement et le soutien de la direction médicale du centre est essentielle pour la réussite du projet.

2. Informer l'équipe de la démarche

Mobiliser le médecin coordinateur et les cadres de santé en leur présentant :

- les objectifs
- les étapes de mise en œuvre avec le **Guide méthodologique**
- les outils : **Fiche Information du patient, Grilles de recueil (Grille Information générale, Grille Entretien patient et Grille Entretien professionnels), Trame de restitution.**

Des experts ou structures d'appui méthodologique peuvent présenter la démarche auprès des équipes.

3. Mobiliser les médecins/professionnels de santé volontaires, participant au parcours de soins

Ces professionnels peuvent être des médecins traitants, ou spécialistes, des infirmiers, en pratique avancée ou Asalée... participant au parcours de soins étudié.

« J'ai mobilisé les infirmières Asalée et de pratique avancée qui participent au parcours des patients diabétiques mise en place dans notre centre. »

Pilote, CDS polyvalent, île-de-France

« Nous avons envoyé un mail à tous les généralistes pour les informer de la démarche et solliciter leur participation. La mobilisation était insuffisante et nous avons fait une relance en réunion de groupe de pairs. »

Pilote, CDS polyvalent, île-de-France

« La participation des médecins était rémunérée sur leur temps administratif. J'ai appelé chacun d'entre eux pour les informer de la démarche et leur ai demandé d'identifier un ou plusieurs patients parmi ceux de la journée. »

Pilote, CDS polyvalent, île-de-France

« J'ai mobilisé des stagiaires infirmières. »

Pilote, CDS polyvalent, Auvergne-Rhône-Alpes

4. Mobiliser des professionnels ne participant pas au parcours de soins pour mener les entretiens avec les patients

Pour permettre la libre parole des patients, il est important que ces professionnels :

- ☑ ne soient pas impliqués dans la prise en charge du patient interviewé
- ☑ respectent la posture d'écoute, d'empathie et de non-intervention dans la prise en charge
- ☑ soient informés de la démarche « Patient traceur »
- ☑ se soient appropriés la **Grille Entretien patient** du parcours de soins étudié

Il est possible de mobiliser des stagiaires, des externes ou internes, des professionnels de santé, des cadres administratifs, des médiateurs, des chargés de projet, des secrétaires...

« Dans l'expérimentation en 2021, les entretiens auprès des patients ont été réalisés par des : étudiants, IPA, IDE, médecins, ou chargé de qualité. Aucun prenait en charge un patient interrogé. »

FNCS et STARAQS

5. Identifier les patients

Le choix du(es) profil(s) des patients est à adapter selon les objectifs définis et la patientèle du centre de santé. Chaque médecin/professionnel de santé identifie les patients.

« C'est l'infirmière Asalée qui reçoit en ETP les patients diabétiques qui les a identifiés. »

Pilote, CDS polyvalent, Auvergne-Rhône-Alpes

« Nous avons trouvé les patients au cours des consultations des médecins sur 2 - 3 jours. Chaque matin, j'appelais les médecins pour les coacher. »

Pilote, CDS polyvalent, Île-de-France

« En 2021, les centres expérimentateurs ont choisi à minima un patient diabétique simple et un patient diabétique complexe. »

FNCS et STARAQS

6. Informer chaque patient, recueillir son consentement et renseigner la Grille Information générale

En consultation, chaque médecin/professionnel de santé informe chaque patient et recueille son accord à l'aide de la **Fiche Information du patient**. Il complète la **Grille Information générale** ou la fait compléter par un professionnel qui l'assiste.

« Chaque patient identifié a été informé de la démarche par son médecin généraliste. Puis après le recueil de leur consentement, je leur ai téléphoné pour leur présenter à nouveau la démarche et répondre à leurs questions. »

Pilote, CDS polyvalent, Île-de-France

"Les patient étaient plutôt enthousiastes et ravis qu'il y ait une démarche de recherche de qualité de prise en charge pour eux. Ils étaient très contents de participer à un projet de recherche."

Pilote, CDS polyvalent, Île-de-France

7. Mener l'entretien avec le patient et renseigner la Grille Entretien patient

L'entretien peut être réalisé sur site, par téléphone ou en visioconférence. Il est mené sur la base de la **Grille Entretien patient** que le professionnel complète au fur et à mesure de celui-ci.

Au préalable, un échange avec le médecin ayant identifié le patient permet de disposer des éléments clés de sa prise en charge. A minima, il est indispensable de connaître les éléments de la **Grille Information générale**.

Lors du remplissage de la grille, il est important :

- lorsqu'un élément n'est pas satisfaisant : de noter les raisons, telles que les difficultés rencontrées par le patient...
- lorsqu'un élément est particulièrement satisfaisant : d'indiquer les éléments y contribuant.

Chaque grille se conclue par des points forts et des points à améliorer identifiés par le patient.

« C'était l'occasion d'avoir un retour des patients sur tout ce qu'on fait au centre, j'ai donc pris mon temps d'échanger avec chacun d'eux. Les entretiens ont duré environ **1h30**. »

Chargé de qualité, CDS polyvalent, Bretagne

« Selon les équipes ayant expérimenté la démarche en 2021, les entretiens ont duré de manière générale environ **30 minutes**. Ils ont été particulièrement appréciés tant par les professionnels que par les patients. »

FNCS et STARAQS

" La Grille Entretien patient est vraiment facile d'emploi. Sa lecture a été très fluide. Bien entendu, on adapte un peu le vocabulaire des questions en fonction du patient, mais ça se fait très aisément parce que les mots clés sont très présents dans les phrases courtes des questions. Les questions étaient facilement comprises, facilement répondues, sans qu'il y ait besoin de réorienter beaucoup sur l'axe de la question. Les entretiens ont duré une **demie-heure** "

Médecin, CDS polyvalent, Île-de-France

8. Mener l'entretien avec le médecin/professionnel de santé et renseigner la Grille Entretien professionnels

L'entretien avec le médecin/professionnel de santé impliqué dans le parcours de soins du « patient traceur » peut être réalisé par le pilote de la démarche ou par un professionnel ne participant pas au parcours de soins. Il est mené sur la base de la **Grille Entretien professionnels** et s'appuie sur l'analyse du dossier médical du patient.

Il est important :

- lorsqu'un élément n'est pas satisfaisant : de préciser pourquoi, telles que les difficultés rencontrées...
- lorsqu'un élément est satisfaisant : de noter les raisons, les éléments contribuant à sa réalisation.

Chaque **Grille Entretien professionnels** se conclue par des points forts et ceux à améliorer identifiés par le médecin/professionnel de santé.

9. Réaliser la synthèse des grilles pour chaque « patient traceur » et renseigner la Trame de restitution

Pour chaque « patient traceur », le pilote de la démarche réalise la synthèse des 3 Grilles de recueil complétées (**Grille Information générale, Grille Entretien patient et Grille Entretien professionnels**) en renseignant la **Trame de restitution**.

Puis, le pilote partage cette synthèse de restitution pour chaque « patient traceur » avec le médecin/professionnel de santé impliqué. Il valide avec lui les points forts et les points à améliorer retenus et recueille les propositions d'action d'amélioration le cas échéant.

10. Partager les résultats et déterminer le plan d'action d'amélioration à mettre en œuvre au niveau du centre de santé

Lors d'une réunion d'équipe :

- le pilote présente et partage les résultats et les propositions d'amélioration recueillies
- l'équipe détermine collectivement les actions d'amélioration à mettre en œuvre, les priorise, et définit le plan d'action.

« Les 3 patients traceurs ont permis de souligner globalement les bonnes pratiques mises en œuvre sur l'ensemble du parcours des patients. Les principaux points à améliorer concernaient : la traçabilité et le respect des droits des patients, en particulier les directives anticipées. »

Pilote, CDS polyvalent, Auvergne-Rhône-Alpes

« Nous avons présenté en une réunion d'équipe pluriprofessionnelle le résultat des 6 patients traceurs. Et l'équipe a retenu comme axes d'amélioration avant tout : la définition d'un socle commun d'informations à noter dans le dossier patient et la constitution d'une documentation commune pour les patients. »

Pilote, CDS polyvalent, Île-de-France

« Dans le cadre de cette expérimentation, les 2 patients traceurs n'ont pas donné lieu à un plan d'actions en raison du départ des professionnels impliqués. »

Pilote, CDS polyvalent, Île-de-France

« Les 2 patients traceurs menés ont permis de confirmer le besoin d'une infirmière Asalée et d'inscrire le parcours de soins des patients diabétiques au sein de la CPTS avec les autres acteurs du territoire. Voici le plan d'actions défini :

Finalités	Objectifs opérationnels	Réalisation
Missionner les professionnels de santé sur la sécurisation du parcours de soins	Recruter une IDE Asalée	Sept. 2021
Sécuriser le parcours dès l'annonce du diagnostic avec le médecin et l'IDE Asalée	Structurer davantage l'annonce d'un diabète de type 2 au sein du CDS	Oct. 2021
Consolider la collaboration entre médecin et IDE Asalée autour du parcours	Structurer les réunions de concertation médecin-IDE Asalée	Nov. 2021
Développer la motivation des patients à respecter les recommandations liées à l'alimentation et à l'activité physique	Mettre en place des programmes d'ETP avec des ateliers de groupe et de consultations individuelles	Nov. 2021
Améliorer le repérage des facteurs de vulnérabilités	Systématiser le repérage des facteurs de vulnérabilité psychologique, sociale, familiale ou professionnelle dans la prise en charge des maladies chroniques	Nov. 2021
Conseiller l'activité physique après la prescription médicale	A la fin des consultations IDE Asalée 1. Identifier les besoins, souhaits et motivations du patient 2. Évaluer le niveau d'activités habituelles 3. Prescrire (médecin) et conseiller (IDE Asalée + médecin) l'activité physique et sportive 4. Suivre l'activité physique par l'IDE Asalée et débriefing avec le médecin	Nov. 2021
Conseiller une alimentation adaptée après la prescription médicale	A la fin des consultations IDE 1. Fixer les objectifs avec le patient 2. Réaliser un bilan et un plan diététique personnalisé 3. Suivre l'application du plan diététique	Nov. 2021
Elaborer un tableau de bord de suivi d'activité, de dialogue et de partage d'informations, préparatoire des bilans	Suivi, partage et discussion d'équipe sur les indicateurs suivant : •Dates et suivis des RDV par médecin et IDE Asalée •Nb de patients orientés par médecin vers l'IDE Asalée •Programmes d'ETP en cours avec nb de patients impliqués par médecin	Janv. 2022

Chargé de qualité, CDS polyvalent, Bretagne

Les outils

Fiche « Information du patient »

Participez à l'amélioration de la qualité du parcours de soins des patients diabétiques

Information et recueil de votre consentement

Au centre de santé, nous questionnons régulièrement nos pratiques et notre organisation pour améliorer la qualité des soins. Nous mettons en œuvre la méthode du « Patient Traceur » qui nécessite d'échanger avec les patients sur le vécu de leur parcours de soins.

→ **Seriez-vous d'accord pour échanger avec un professionnel, dans un entretien de 30 à 45 minutes, en vue d'améliorer le parcours de soins des patients diabétiques ?**

Cet échange portera sur votre vécu du déroulement de votre parcours de soins : les examens effectués, les soins reçus, leur organisation, les informations obtenues, la communication entre les professionnels qui vous soignent et vous accompagnent...

Les informations échangées sont confidentielles et anonymes. Elles n'auront aucune influence sur votre prise en charge individuelle.

Vous êtes libre d'accepter ou non cet entretien. Vous pouvez refuser à tout moment d'y participer, même après avoir donné votre consentement. Lors de l'entretien, vous pouvez refuser de répondre à certaines questions.

Si vous acceptez cet entretien, nous devons recevoir votre accord signé ci-dessous, et vous serez contacté dans les prochains jours par le professionnel qui échangera avec vous.

Merci pour votre participation à l'amélioration de la qualité des soins de notre centre !

_____ du centre de santé, le _____

----- ✂ ----- ✂ ----- *Partie à conserver par le patient pour information*
Partie à compléter par le patient et à conserver par le centre

Consentement à ma participation à un entretien

pour améliorer la qualité du parcours de soins des patients diabétiques

du centre de santé _____

Je soussigné(e) Nom, Prénom :

- Accepte de participer à un entretien**, pour améliorer la qualité du parcours de soins des patients diabétiques du centre de santé, par la méthode du « Patient Traceur ».

Date : ____/____/____

Signature :

Grille « Information générale »

Démarche « Patient traceur » en centre de santé Parcours de soins : diabète type 2

Cette grille permet de retracer les informations générales sur le « patient traceur » et la prise en charge de son diabète.

Numéro du « patient traceur » :

Date de la démarche :

Centre de santé : Nom, adresse, code postal

Pilote de la démarche « Patient traceur » : Nom, Prénom, fonction

Concernant le patient

Début de prise en charge du diabète :

Début de prise en charge du diabète au centre :

Typologie de patient diabétique dans le cadre de la démarche du « Patient traceur »

- Diabète simple sans comorbidité associée
- Diabète avec HTA et dyslipidémie

Situation du patient :

- Vit seul : Oui Non
- Entourage proche : Oui Non

Couverture santé :

- Sécurité sociale/AMO
- CMU
- AME
- ALD

Médecin référent, en charge du patient au centre de santé : Nom, prénom

[Barre grise pour l'écriture du nom et du prénom]

Etes-vous le médecin traitant du patient ? Oui Non

Etes-vous en charge du diabète ? Oui Non

Si non, qui est en charge du diabète : Nom, prénom, fonction

[Barre grise pour l'écriture du nom, du prénom et de la fonction]

Les professionnels impliqués dans le parcours de soins du patient :

Profession	Ville	Centre de santé	Etablissement de santé
Cardiologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabétologue / endocrinologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diététicienne / Nutritionniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educateur sportif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IDE Asalée / IPA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ophthalmologiste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez : [Barre grise]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre, précisez : [Barre grise]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mesures hygiéno-diététiques : Oui Non

Traitements médicamenteux : Oui Non

• ADO et injectable hors insuline : Oui Non

• Insuline : Oui Non

Les activités suivies par le patient dans le parcours de soins :

• Remise d'un document d'information sur le diabète : Oui Non

• Programme d'ETP : Oui Non

Si oui : Ville Centre de santé Etablissement de santé

• Autres activités, précisez :

[Barre grise pour l'écriture des autres activités]

Hospitalisation(s) liée(s) au diabète :

• Programmée(s) : Oui Non

• En urgence : Oui Non

Grille « Entretien patient »

Démarche « Patient traceur » en centre de santé

Parcours de soins : Diabète type 2

Cette grille permet de retracer le vécu du patient et de son entourage relaté par le « patient traceur » lors de l'entretien réalisé par un professionnel ne participant pas à son parcours de soins.

Lorsqu'un élément est ou n'est pas satisfaisant, il est important de préciser les raisons (les difficultés rencontrées, les facteurs y contribuant...). La grille se conclue par les points forts et ceux à améliorer, identifiés par le patient.

Numéro du « patient traceur » :

Date de l'entretien :

Épisode 1. Du repérage au diagnostic et à la prise en charge initiale

1.1 Repérer les personnes à risque et prescrire une glycémie de dépistage

- Mode de découverte :
 - Bilan de santé
 - Signes diagnostiqués par votre médecin
 - Bilan biologique
 - Complications
 - Autre, précisez :

1.2 Confirmer le diagnostic

- Les examens confirmant votre diagnostic se sont-ils déroulés comme vous vous y attendiez ?



Si non, pourquoi ?

1.3 Penser au diagnostic différentiel

Aucune question pour le patient sur cette étape du parcours

1.4 Annoncer le diagnostic au patient

- Qui vous a informé de la confirmation de votre diabète ?

- Lors de cette annonce, votre interlocuteur a-t-il été attentif à vos émotions ?



- A-t-il été à votre écoute ?



S'il existe un document d'information sur le diabète au centre de santé :

- Vous a-t-on remis un document d'information concernant la prise en charge du diabète ?

Oui Non

- Ce document vous a-t-il apporté suffisamment d'informations pour bien comprendre la maladie et les raisons de suivre un traitement régulièrement ?

Oui Non

Si non, quelles sont les informations qui vous ont manquées ?

S'il n'existe pas de document d'information sur le diabète au centre de santé :

- Avez-vous eu suffisamment d'informations pour bien comprendre la maladie et les raisons de suivre un traitement régulièrement ?

Oui Non

Si non, quelles sont les informations qui vous ont manquées ?

- Auriez-vous souhaité avoir un document d'information écrit ?

Oui Non

1.5 Réaliser le bilan initial du diabète

- Lors du diagnostic de votre diabète, vous a-t-on interrogé :

- sur votre risque cardio-vasculaire (tabac, antécédent ...) ? Oui Non
- sur votre environnement familial et professionnel ? Oui Non
- sur vos activités physiques quotidiennes ? Oui Non
- sur votre alimentation ? Oui Non
- sur votre sommeil ? Oui Non

1.6 Prescrire le traitement initial

- Avez-vous participé à la discussion concernant votre objectif glycémique ?
Oui Non
- Avez-vous le sentiment d'avoir été écouté ?
Oui Non
- Avez-vous eu suffisamment d'informations pour bien utiliser le matériel de mesure de la glycémie ?
Oui Non
- Avez-vous eu suffisamment d'informations pour renseigner le carnet de surveillance ou une application connectée ?
Oui Non
- Vous a-t-on proposé un accompagnement spécifique en dehors de la prise en charge médicale (pour vous aider à adapter vos habitudes, à mesurer votre glycémie...) ?
Oui Non

Si oui, lequel ?

- ETP en externe au centre
- ETP en interne au centre
- IDE Asalée
- IPA
- Autre, précisez :

1.7 Organiser et concerter les professionnels sur ces objectifs et interventions de soins et d'aides à la vie quotidienne ?

- Pour votre diabète, lorsque vous avez rencontré plusieurs professionnels de santé, comment avez-vous trouvé la communication entre eux ?
    
 - Avez-vous été confronté à des difficultés de coordination ?
Oui Non
 - Votre situation personnelle sur un plan social ou économique pouvait-elle être un frein pour votre prise en charge médicale ?
Oui Non
- Si oui, avez-vous été orienté vers un professionnel pour obtenir une aide ?
- Oui Non
- Vous a-t-on informé sur les associations qui peuvent vous aider pour la prise en charge de votre diabète ?
Oui Non

Épisode 2. Conseils et prescriptions d'une activité physique adaptée

2.1 Identifier les besoins, les souhaits et la motivation du patient

- Vous a-t-on conseillé une activité physique ?
Oui Non

2.2 Prescrire et conseiller l'activité physique et sportive

Si oui, l'activité physique qui vous a été conseillée tenait-elle compte de votre forme physique ?

Oui Non

- De vos envies et de votre motivation ?
Oui Non

2.3 Suivre l'activité physique

- Un suivi de votre activité physique a-t-il été réalisé à 6 mois et à 1 an après votre diagnostic de diabète ?
Oui Non

- Avez-vous rencontré des difficultés pour suivre l'activité physique qui vous a été recommandée ?
Oui Non

Si oui, des solutions vous ont-elles été proposées ?

Oui Non

- Comment avez-vous trouvé la coordination entre le médecin et les professionnels vous ayant aidé sur le suivi de l'activité physique commandée ?



Épisode 3. Conseils et prescriptions diététiques adaptés

3.1 Réaliser un bilan et établir le plan diététique personnalisé

- Avez-vous échangé avec le médecin sur vos habitudes alimentaires ?
Oui Non

- Un objectif de perte de poids a-t-il été défini ?
Oui Non

Si oui, avez-vous été impliqué pour fixer cet objectif ? (écoute, concertation, dialogue...)

Oui Non

- Avez-vous le sentiment d'avoir été écouté ?
Oui Non

3.2 Suivre l'application du plan diététique

- Un suivi diététique a-t-il été réalisé à 6 mois et à 1 an après votre diagnostic de diabète ?
Oui Non
- Avez-vous rencontré des difficultés pour suivre les consignes diététiques qui vous ont été recommandées ?
Oui Non
- Si oui, des solutions vous ont-elles été proposées ?
Oui Non
- Comment avez-vous trouvé la coordination entre le médecin et les professionnels vous ayant aidé sur le suivi des consignes diététiques ?
   

Épisode 4A. Traitement anti diabétique oraux ADO / injectable hors insuline

4.1 Préparer le patient au traitement par ADO

- Lors de la prescription initiale de votre traitement, avez-vous eu suffisamment d'informations sur ce traitement et les effets indésirables éventuels ?
Oui Non
- Un temps spécifique a-t-il été organisé pour vous permettre d'apprendre à gérer votre traitement ?
Oui Non
- Si oui, avec qui :
 - ETP
 - Consultation
 - IPA
 - IDE Asalée
 - Autre, précisez :
- Avez-vous le sentiment de pouvoir adapter votre traitement à vos besoins et anticiper les problèmes ?
Oui Non
- Pensez-vous que votre entourage soit suffisamment informé pour vous accompagner dans votre traitement ?
Oui Non

4.2 Prescrire et mettre en œuvre un suivi du dosage de l'HbA1c

Aucune question pour le patient sur cette étape du parcours

4.3 Réaliser un suivi trimestriel des bénéfiques avec le patient

- Avez-vous eu les informations et les conseils nécessaires pour atteindre vos objectifs glycémiques ?
Oui Non

Si non, quels sont les conseils et/ou informations qui vous ont manqués ?

- Avez-vous échangé avec les professionnels de l'amélioration de votre qualité de vie suite à votre traitement ?
Oui Non

Épisode 4B. Traitement par insuline

4.1 Préparer le patient au traitement par insuline

- Lors de la prescription initiale de votre traitement, l'information sur celui-ci a-t-elle été suffisante ?
Oui Non
- Avez-vous eu les informations nécessaires sur les effets indésirables éventuels liés à votre traitement ?
Oui Non
- Un temps spécifique a-t-il été organisé pour vous permettre d'apprendre à gérer votre traitement ?
Oui Non

Si oui, avec qui :

- ETP
- Consultation
- IPA
- IDE Asalée
- Autre, précisez :

- Avez-vous le sentiment de pouvoir adapter votre traitement à vos besoins et anticiper les problèmes ?
Oui Non
- Pensez-vous que votre entourage soit suffisamment informé pour vous accompagner dans votre traitement ?
Oui Non

4.2 Suivre jusqu'à 1 mois : vérifier la réalisation du traitement

- Avez-vous eu suffisamment d'informations pour savoir utiliser le matériel de mesure de la glycémie, le carnet de surveillance ou l'application connectée ?
Oui Non

- Vous a-t-il manqué des informations, des conseils et un accompagnement pour atteindre vos objectifs glycémiques ?
Oui Non

4.3 Suivi trimestriel : évaluer le bénéfice pour le patient

- Avez-vous échangé avec les professionnels de l'amélioration de votre qualité de vie ?
Oui Non

Épisode 5. Découverte et gestion d'une complication

5.1 Identifier et gérer les complications éventuelles (acuité visuelle, lésion des pieds, examens cardiovasculaires, insuffisance rénale)

- Lors des consultations pour votre diabète, vous interroge-t-on sur la survenue de complications liées à celui-ci ? (vue, pieds, cœur...)
Oui Non
- Vous a-t-on expliqué les signes qui doivent vous amener à consulter en urgence ?
Oui Non
- Savez-vous qui contacter en cas de problèmes liés à votre diabète en dehors des horaires de consultation de votre médecin ?
Oui Non

5.2 Modifier les objectifs et les traitements de contrôle glycémique selon le type de complication et son degré de gravité. Renforcer les modes et la fréquence de suivi

- Avez-vous rencontré des difficultés pour accéder aux spécialistes ?
Oui Non
- Vous est-il arrivé de renoncer à certains soins ?
Oui Non

Si oui, lesquels ? et pourquoi ?

5.3 En cas d'hospitalisation liée au diabète

En cas d'hospitalisation programmée liée au diabète :

- Lors de votre dernière hospitalisation programmée, avez-vous été informé du contenu de la lettre adressée par votre médecin à l'établissement ?
Oui Non

En cas d'hospitalisation en urgence liée au diabète :

- Lors de votre dernière hospitalisation en urgence, savez-vous si votre médecin traitant a été contacté ?
Oui Non

- A la suite de cette hospitalisation, avez-vous reçu un compte-rendu d'hospitalisation ou une lettre de sortie ?
Oui Non

5.4 Assurer la gestion des risques : évènement indésirable, dommage associé aux soins

- Avez-vous rencontré un évènement indésirable dans votre prise en charge ?
Oui Non

Si oui, lequel ?

- Les professionnels vous ont-ils fait part d'un dysfonctionnement concernant votre prise en charge ?

Si oui, lequel ?

- Avez-vous été satisfait de la manière dont vous avez été informé ?
Oui Non Non adapté
- Avez-vous été satisfait de la manière dont le problème a été géré ? des solutions apportées ?
Oui Non Non adapté

Épisode 6. Le respect des droits du patient

6.1 Assurer le respect des droits du patient

- Pensez-vous que la confidentialité des informations qui vous concernent soit toujours respectée ?
    
- Savez-vous comment accéder/obtenir votre dossier médical ?
Oui Non
- Savez-vous ce que sont les directives anticipées ?
Oui Non

6.2 Evaluer la satisfaction des patients

- Vous a-t-on déjà demandé si vous étiez satisfait de la prise en charge de votre diabète ?
Oui Non

Si oui, comment ?

- Questionnaire de satisfaction
- Enquête
- Questions des professionnels
- Autre, précisez :

En conclusion / Synthèse

Evaluation globale

- De manière générale, quelle est votre niveau de satisfaction concernant la prise en charge de votre diabète au centre de santé ?



Les points forts

- Sur l'ensemble de votre parcours, quels sont les points forts de votre prise en charge selon vous ?

Les points à améliorer

- Sur l'ensemble de votre parcours, quels sont les points faibles de votre prise en charge selon vous ?

Les plans d'actions

- Avez-vous des idées d'amélioration à nous proposer ?

Pour clôturer l'entretien

Je vous remercie de m'avoir accordé du temps pour cet entretien qui va participer à l'amélioration de la qualité des soins de notre centre de santé.

- De votre côté, comment avez-vous ressenti cet entretien et qu'en avez-vous pensé ?

Grille « Entretien professionnel »

Démarche « Patient traceur » en centre de santé

Parcours de soins : diabète type 2

Cette grille permet de retracer les faits relatés par le médecin/professionnel de santé impliqué dans le parcours de soins du « patient traceur » lors de l'entretien réalisé par le pilote de la démarche/un professionnel extérieur au parcours, à partir du dossier patient.

Lorsqu'un élément est ou n'est pas satisfaisant, il est important de préciser les raisons (les difficultés rencontrées, les facteurs y contribuant...). La grille se conclue par les points forts et ceux à améliorer, identifiés par avec le médecin/professionnel de santé.

Numéro du « patient traceur » :

Date de l'entretien :

Épisode 1. Du repérage au diagnostic et à la prise en charge initiale

1.1 Repérer les personnes à risque et prescrire une glycémie de dépistage

- Mode de découverte :
 - Bilan systématique
 - Signes cliniques
 - Complications
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non

1.2 Confirmer le diagnostic

- Confirmer le diagnostic :
 - Glycémie à jeun ≥ 2 g/l
 - 2 glycémies à jeun $\geq 1,26$ g/l et ≤ 2 g/l. Le diagnostic est confirmé par une 3^{ème} glycémie avec un résultat identique.
 - Glycémie à jeun $\geq 1,26$ g/l avec des signes de diabète
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Quelle démarche a été mise en place pour la gestion des résultats des examens reçus et pour la décision qui s'en suit ?

1.3 Penser au diagnostic différentiel

- Lorsque cela est nécessaire (par exemple Si IMC < 25 kg/m²), avez-vous évoqué une autre étiologie ?
Oui Non
- Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?
Oui Non

1.4 Annoncer le diagnostic au patient

- Le patient a-t-il été informé du diagnostic et des conséquences de la découverte du diabète ?
Oui Non
- Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?
Oui Non
- Comment vous assurez vous de la compréhension des informations par le patient ou son entourage ?

1.5 Réaliser le bilan initial du diabète

- Le risque cardio-vasculaire global du patient a-t-il été investigué ? (tabac, antécédent familiaux, HTA...)
Oui Non
- Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?
Oui Non
- Commentaires :

- Y a-t-il eu une évaluation globale de la situation de la personne sur le plan médical, physique, psychologique, social, environnemental, économique ?
Oui Non
- Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?
Oui Non
- Commentaires :

1.6 Prescrire le traitement initial

- L'objectif d'HbA1c a-t-il été déterminé avec le patient ?
Oui Non
- Commentaires :
- Les objectifs thérapeutiques ont-ils été discutés avec le patient en regard des prescriptions non médicamenteuses (activité physique, diététique, éducation thérapeutique, etc.) et/ou médicamenteuses ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui *Non*
- Commentaires :
- Un traitement initial reposant sur la diététique et l'activité physique a-t-il été prescrit ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui *Non*
- Commentaires :
- Un programme d'éducation thérapeutique a-t-il été proposé ?
Oui Non
- Quelle démarche a été suivie pour proposer un accompagnement au patient, le mettre en œuvre, l'évaluer et assurer le suivi éducatif ?
 - ETP en externe
 - ETP en interne
 - IDE Asalée
 - IPA
 - Programme ETP validé par l'ARS
 - Programme ETP non validé par l'ARS
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui *Non*

1.7 Organiser et concerter les professionnels sur ces objectifs et interventions de soins et d'aides à la vie quotidienne ?

- Une coordination entre les différents professionnels a-t-elle été mise en place ?
Oui Non
- Comment s'organise le partage des informations entre les différents professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social (évaluation, bilan, suivi, etc.) ?
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Avez-vous pensé au besoin d'une prise en charge sociale de ce patient pour organiser son parcours dans ses aspects sociaux, économiques et familiaux ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Si le patient en a besoin, savez-vous qui contacter pour organiser cette aide sociale ?
Oui Non
- Un recours aux associations de patients a-t-il été proposé ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

Épisode 2. Conseils et prescriptions d'une activité physique adaptée

2.1 Identifier les besoins, les souhaits et la motivation du patient

- Les activités quotidiennes et les capacités physiques du patient ont-elles été évaluées ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- La motivation du patient a-t-elle été évaluée ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

2.2 Prescrire et conseiller l'activité physique et sportive

- Le risque cardio-vasculaire global a-t-il été pris en compte pour la prescription d'activité physique ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

2.3 Suivre l'activité physique

- Un suivi de l'activité physique a-t-il été réalisé entre 6 mois et 1 an ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- En cas d'échec, le programme d'activité physique a-t-il été adapté ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Le patient a-t-il dû être orienté vers un professionnel ou une équipe pour bénéficier d'une prise en charge d'une activité physique ?
Oui Non
- Comment s'est organisé le lien avec ce professionnel ou cette équipe ?

Épisode 3. Conseils et prescriptions diététiques adaptés

3.1 Réaliser un bilan et établir le plan diététique personnalisé

- La consommation alimentaire du patient a-t-elle été évaluée ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- L'adoption de nouveaux comportements alimentaires ont-ils été définis avec le patient ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Un objectif de perte de poids a-t-il été négocié avec le patient en surpoids ou obèse ?
Oui Non Non adapté
- Y a-t-il eu une organisation mise en place pour assurer les conseils diététiques (organisation en interne ou en externe) ?
Oui Non Non adapté

- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

3.2 Suivre l'application du plan diététique

- Un suivi diététique a-t-il été réalisé entre 6 mois et 1 an ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- En cas d'échec, le patient a-t-il été orienté vers un professionnel ou une équipe pour bénéficier d'un accompagnement diététique ?
Oui Non
- *Les informations sont-elles notées dans le dossier patient ?*
Oui Non
- Comment s'est organisé le lien avec ce professionnel ou cette équipe ?

Épisode 4A. Traitement anti diabétique oraux ADO / injectable hors insuline

4.1 Préparer le patient au traitement par ADO

- Une information sur le traitement par ADO, ses risques et ses avantages pour le patient, ainsi que les modalités de surveillance a-t-elle été réalisée ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

- Un temps dédié permettant l'acquisition des compétences pour gérer son traitement a-t-il été proposé au patient ?
Oui Non

Si oui, lequel ? :

- ETP
- Consultation
- IPA
- IDE Asalée
- Autre, précisez :

- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :
- Les capacités d'apprentissage et d'autonomie du patient et de son entourage ont-elles été évaluées ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

4.2 Prescrire et mettre en œuvre un suivi du dosage de l'HbA1c

- Un suivi du dosage de l'HbA1c est-il réalisé 3 fois par an ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

4.3 Réaliser un suivi trimestriel des bénéfices avec le patient

- L'atteinte des objectifs glycémiques et l'autonomie du patient ont-elles été évaluées tous les 3 mois ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :
- Les effets secondaires ont-ils été recherchés ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :
- L'amélioration de sa qualité de vie a-t-elle été discutée avec le patient ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

Épisode 4B. Traitement par insuline

4.1 Préparer le patient au traitement par insuline

- Une information sur le traitement par insuline, ses risques et ses avantages pour le patient, ainsi que les modalités de surveillance, a-t-elle été réalisée ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :
- Un temps dédié permettant l'acquisition des compétences a-t-il été proposé ?
Oui Non
Si oui, lequel :
 - ETP
 - Consultation
 - IPA
 - IDE Asalée
 - Autre, précisez :
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

4.2 Suivre jusqu'à 1 mois : vérifier la réalisation du traitement

- Un/plusieurs contacts ont-ils été programmés dans les 1^{ères} semaines de traitement avec l'équipe soignante, pour vérifier avec le patient la bonne réalisation du traitement et du protocole d'adaptation des doses d'insuline et répondre à ses questions ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :
- Une consultation, recommandée à 1 mois, a-t-elle été réalisée ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

4.3 Suivi trimestriel : évaluer le bénéfice pour le patient

- Les modalités d'application du protocole d'adaptation des doses, d'atteinte des objectifs glycémiques et d'autonomie du patient ont-elles été vérifiées tous les 3 mois ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :
- Les effets secondaires ont-ils été recherchés ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :
- L'amélioration de sa qualité de vie a-t-elle été discutée avec le patient ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

Épisode 5. Découverte et gestion d'une complication

5.1 Identifier et gérer les complications éventuelles (acuité visuelle, lésion des pieds, examens cardio-vasculaires, insuffisance rénale)

- Lors de chaque consultation, la recherche de complications est-elle réalisée ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :
- En cas de situation urgente, le patient est-il informé des modalités d'organisation de la permanence des soins ? (soins non programmés, PDSA)
Oui Non

5.2 Modifier les objectifs et les traitements de contrôle glycémique selon le type de complication et son degré de gravité. Renforcer les modes et la fréquence de suivi

- Le traitement hypoglycémiant a-t-il été réévalué en fonction des nouveaux résultats biologiques et/ou cliniques ?
Oui Non

- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui *Non*

- Commentaires :

- Vous êtes-vous assuré de la prise en charge spécialisée par l'ophtalmologiste ?
Oui Non

- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui *Non*

- Commentaires :

- Examinez-vous les pieds et les chaussures à chaque consultation en cas de risque de lésion des pieds ?
Oui Non

- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui *Non*

- Commentaires :

- En cas de lésion du pied, l'avis d'un podologue a-t-il été demandé ?
Oui Non

- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui *Non*

- Commentaires :

- Après un évènement cardio-vasculaire, vous êtes-vous assuré que la prise en charge spécialisée par un cardiologue soit mise en place ?
Oui Non

- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui *Non*

- Commentaires :

- En cas de survenue d'un évènement intercurrent, un avis spécialisé en endocrino-diabétologie a-t-il été demandé ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :
- Vérifiez-vous à 6 mois que la micro-albuminurie ou la protéinurie régresse ou se stabilise ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

5.3 En cas d'hospitalisation liée au diabète

En cas d'hospitalisation programmée liée au diabète :

- Lors de la dernière hospitalisation **programmée**, avez-vous transmis une synthèse à l'établissement (lettre d'adressage) ?
Oui Non
- *Cette synthèse a-t-elle été intégrée dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

En cas d'hospitalisation en urgence liée au diabète :

- Lors de la dernière hospitalisation **non programmée**, avez-vous été informé de l'hospitalisation par l'établissement ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :
- Lors du retour d'hospitalisation, avez-vous été contacté par l'établissement ? Avez-vous été destinataire de la lettre de sortie ?
Oui Non
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

5.4 Assurer la gestion des risques : évènement indésirable, dommage associé aux soins

- Si un évènement indésirable est survenu lors de la prise en charge, vous êtes-vous interrogé sur ce qui s'est passé ?
Oui Non Non Adapté
- Disposez-vous d'une conduite à tenir pour l'analyse de ces évènements ?
Oui Non
- Le patient a-t-il été informé ?
Oui Non Non Adapté
- *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
- Commentaires :

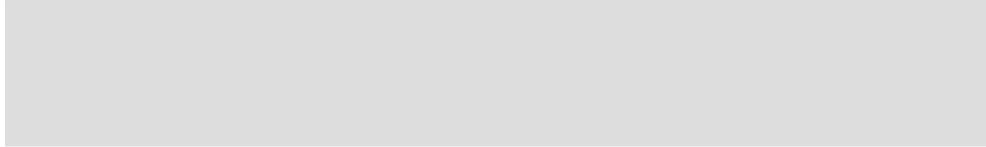
Épisode 6. Le respect des droits du patient

6.1 Assurer le respect des droits du patient

- Le respect de la confidentialité des données du patient est-elle organisé ?
(Le dossier du patient n'est pas accessible aux personnes extérieures au centre de santé, les professionnels sont vigilants au respect de la confidentialité lors de la transmission d'information orale concernant le patient...)
Oui Non
 - Commentaires :
-
- L'accès du patient à son dossier est-il organisé ?
Oui Non
 - Commentaires :
-
- Le patient a-t-il été informé de la possibilité d'établir ses directives anticipées ?
Oui Non
 - *Les informations ont-elles été notées dans le dossier du patient ?*
Oui Non
 - Commentaires :

6.2 Évaluer la satisfaction des patients

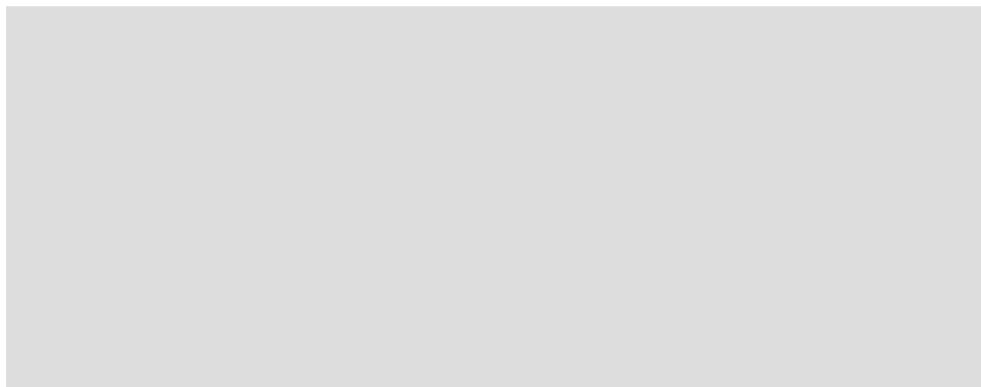
- La satisfaction du patient a-t-elle été recueillie tout au long de sa prise en charge ?
Oui Non
- Existe-t-il un questionnaire de satisfaction ?
Oui Non
- Autre dispositif de recueil (question régulière des professionnels ?...)



En conclusion / synthèse

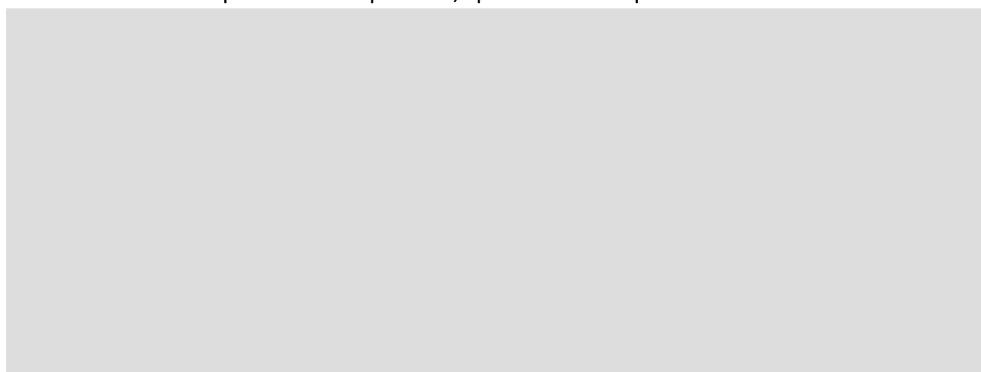
Les points forts

- Sur l'ensemble du parcours du patient, quels sont les points forts ?



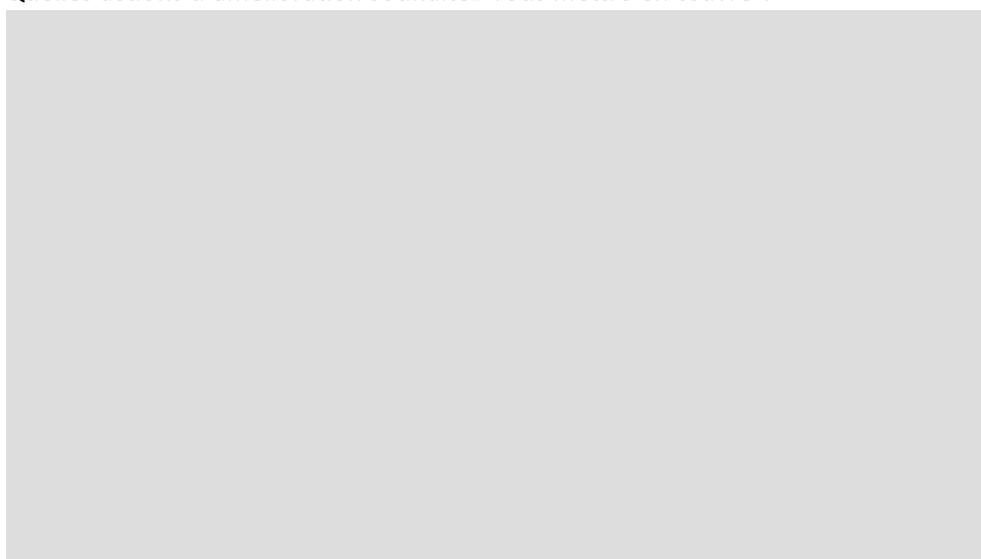
Les points à améliorer

- Sur l'ensemble du parcours du patient, quels sont les points à améliorer ?



Le plan d'actions d'amélioration

- Quelles actions d'amélioration souhaitez-vous mettre en œuvre ?



Trame de restitution

Démarche « Patient traceur » en centre de santé
Parcours de soins : diabète type 2

Numéro du « patient traceur » :

Date de l'entretien :

Cette trame permet de réaliser la synthèse des 3 Grilles de recueil complétées (Grille Information générale, Grille Entretien patient et Grille Entretien professionnels), de partager cette synthèse pour chaque « patient traceur » avec le médecin/professionnel de santé impliqué et de valider avec lui les points forts et les points à améliorer retenus et recueillir des propositions d'action d'amélioration le cas échéant.

Étapes du parcours de soins	Points positifs	Points à améliorer
Épisode 1. Du repérage au diagnostic et à la prise en charge initiale		
Épisode 2. Conseils et prescriptions d'une activité physique adaptée		
Épisode 3. Conseils et prescriptions diététiques adaptés		
Épisode 4A. Traitement par anti diabétique oraux ADO / injectable hors insuline		
Épisode 4B. Traitement par insuline		
Épisode 5. Découverte et gestion d'une complication		
Épisode 6. Le respect des droits du patient		
Sur l'ensemble du parcours, en synthèse		

Verbatims...	
du « patient traceur »	du médecin / professionnel de santé

Propositions d'amélioration (d'organisation, humaine, matériel...)

Annexe

Thèse du Dr. **Raphaël Esteban HINOJOSA**

« Expérimentation de la méthode Patient Traceur en centre de santé : une analyse qualitative de l'accueil réservé par les médecins généralistes à cette méthode d'évaluation de la qualité des soins »

UNIVERSITÉ DE PARIS

Faculté de Santé

UFR de Médecine

Année 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 16/12/2021

Par

Raphaël Esteban HINOJOSA

**Expérimentation de la méthode Patient Traceur en centre de santé :
une analyse qualitative de l'accueil réservé par les médecins
généralistes à cette méthode d'évaluation de la qualité des soins.**

Dirigée par Mme. la Docteure Astrid-Elisabeth GRAS

JURY

M. le Professeur Henri PARTOUCHE (PUMG)

Président du jury

Mme. la Docteure Astrid-Elisabeth GRAS

M. le Docteur Jacques CITTEE (professeur associé de médecine générale)

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.10

Résumé :

La méthode Patient Traceur est une méthode couramment utilisée dans les hôpitaux, notamment lors de visites de certification, pour évaluer la qualité des soins qui y sont dispensés. Il s'agit d'une analyse rétrospective d'un dossier de patient, donnant lieu à un entretien avec le patient et à un entretien avec l'équipe médicale l'ayant pris en charge, ayant pour but d'évaluer la conformité des soins dispensés par rapport aux pratiques de référence, dans l'objectif de cibler de manière bienveillante les améliorations éventuelles.

La Structure d'Appui Régionale à la qualité des Soins et à la Sécurité des patients d'Île de France (STARAQs) et la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) mènent en 2021 une expérimentation avec des centres de santé volontaires pour l'adaptation de cette méthode à la médecine de ville, chez les patients diabétiques.

Ce travail qualitatif observe l'accueil qui est réservé à cette méthode par des médecins généralistes de centres de santé, dont certains ont été inclus à l'expérimentation et d'autres non. Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés, et il en ressort que divers aspects de la méthode sont susceptibles de soulever des craintes (contraintes temporelles, financières, peur d'un jugement, peur de différents biais dans l'exécution) mais que les médecins semblent néanmoins disposés à y participer si elle devait avoir lieu et pensent pouvoir en tirer des bénéfices. Ces bénéfices sont variés (prétexte à une discussion collégiale, à une harmonisation des pratiques, à la mise à jour des connaissances) et soulèvent des questionnements sur la pratique de la médecine générale et la coordination des soins qui vont au-delà des seuls critères prétendument évalués par la méthode.

Spécialité :

[Médecine générale](#)

Mots clés français :

[fMeSH](#)

[Diabète](#)

[Audit médical](#)

[Enquête sur les soins de santé](#)

[Médecins de premier recours](#)

[Parcours de soins coordonnés](#)

Forme ou Genre :

[fMeSH : Dissertation universitaire](#)

[Rameau : Thèses et écrits académiques](#)

Table des matières

INTRODUCTION.....	46
CONTEXTE	46
OBJECTIF	48
1. MATERIEL ET METHODES.....	49
1.1 TRAVAIL PREALABLE.....	49
1.2 DEROULEMENT DE NOTRE ETUDE	50
1.3 RESUME DES DIFFERENTS TYPES DE MATERIELS ACQUIS AU COURS DE NOTRE TRAVAIL.....	50
1.4 ANALYSE DES ENTRETIENS DE THESE POUR LA PRESENTATION DES RESULTATS	51
2. RESULTATS	53
2.1 DESCRIPTION DE NOTRE POPULATION D'ETUDE	53
2.2 LA PARTICIPATION ANTERIEURE A DES DEMARCHES D'EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS	53
2.3 LES DIFFERENCES VILLE / HOPITAL	54
2.4 LES ASPECTS EVOQUANT DES CRAINTES DES MEDECINS GENERALISTES	54
2.4.1 <i>Les modalités temporelles de mise en œuvre</i>	54
2.4.2 <i>L'acceptabilité supposée d'une évaluation des pratiques</i>	55
2.4.3 <i>L'inclusion des patients</i>	56
2.4.4 <i>Les critères de qualité étudiés</i>	56
2.4.5 <i>La mise en échec potentielle</i>	57
2.4.6 <i>La sensation d'être évalué sur des paramètres non totalement maîtrisables</i>	58
2.4.7 <i>Les effets négatifs de la multiplicité des intervenants</i>	58
2.5 LES ASPECTS EVOQUANT DES BENEFICES ENVISAGEABLES	58
2.5.1 <i>Intérêt global sur la qualité des soins</i>	58
2.5.2 <i>Un moment privilégié</i>	59
2.5.3 <i>Une réflexion sur la traçabilité</i>	59
2.5.4 <i>Un prétexte pour une réunion collégiale</i>	60
2.5.5 <i>L'occasion d'un questionnaire bienvenu et d'une mise à jour</i>	61
2.5.6 <i>Une diversité des bénéfices individuels</i>	62
3. DISCUSSION	63
3.1 À PROPOS DU DEROULEMENT DE L'ENQUETE PATIENT TRACEUR	63
3.2 UN ACCUEIL CONTRASTE MAIS GLOBALEMENT POSITIF	64

3.3	DES ATTENTES VARIEES.....	65
3.4	DES CONTRAINTES GLOBALEMENT GERABLES	65
3.5	ELARGISSEMENT	66
3.5.1	<i>Le rapport des medecins à l'évaluation</i>	66
3.5.2	<i>Médecins généralistes et coordination des soins</i>	67
3.5.3	<i>Valorisation financière d'un travail médical autre que la consultation.....</i>	68
	CONCLUSION	69
	BIBLIOGRAPHIE	70

Introduction

L'idée génératrice de notre travail est née de notre arrivée comme médecin généraliste en centre de santé au mois de décembre 2020. Contacté par le Bureau de l'Accès aux Soins et des Centres de Santé de la Ville de Paris, nous avons appris qu'un projet expérimental autour de la méthode Patient Traceur était amené à se mettre place, et avons accepté d'y prendre part.

Le Patient Traceur était alors pour nous (et peut-être est-ce aussi le cas pour le lecteur) une idée un peu vague se rapportant à l'assurance qualité, sans que l'on puisse franchement le définir, et la perspective d'un travail s'y rapportant nous a conduit à rencontrer ceux qui accompagnaient cette expérimentation dans les centres de santé. Les structures qui s'y employaient étaient au nombre de deux : d'une part la Fédération Nationale des Centres de Santé¹ (FNCS), et d'autre part la Structure d'Appui Régionale à la Qualité des soins et à la Sécurité des patients d'Île-de-France (STARAQS)². Nous avons rencontré deux membres de cette dernière, dans leurs bureaux débordant de dossiers à l'étude, au fond d'une cour du huitième arrondissement. Ceux-ci nous ont en premier lieu expliqué le rôle qu'ils jouaient dans les établissements de santé, le secteur médico-social et les soins en ville pour la gestion et l'analyse des événements indésirables liés aux soins, l'amélioration de la qualité des soins et la prévention des risques. Cette définition ainsi posée, ils nous offrirent l'opportunité d'entrevoir le contexte dans lequel naissait l'idée d'expérimenter la méthode dite du Patient Traceur dans les centres de santé.

Contexte

Ainsi fallait-il commencer par savoir que la méthode Patient Traceur était une méthode d'analyse de la qualité et de la sécurité des soins en usage depuis 2014 en établissements de santé et promue par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans un guide³ datant de la même année. La démarche y consiste en l'intervention d'un animateur spécifiquement formé, conduisant de manière bienveillante une réunion avec l'équipe en charge d'un patient désigné et consentant, lequel ayant au préalable été questionné lors d'un entretien afin de prendre en compte le ressenti de son expérience et éventuellement de celle de ses proches. Cet entretien avec le patient, ainsi que celui avec l'équipe, sont réalisés dans le respect d'un guide établi en rapport avec le profil du patient (des exemples de guides sont diffusés dans le document dédié de la HAS). La synthèse qui découle de ces entretiens est administrée à l'équipe dans une dimension pédagogique et non culpabilisante, visant à comparer la pratique réelle aux pratiques de référence, afin de cibler des points d'amélioration possibles.

Notons à ce stade d'initiation épistémologique que la démarche Patient Traceur est l'une de méthodes utilisables au cours d'une visite de certification⁴ d'établissement de santé par des

experts-visiteurs, destinée à mesurer le niveau de qualité et de sécurité des soins qui y sont dispensés. Nous espérons ainsi convaincre de la valeur accordée par la Haute Autorité de Santé à ce type d'intervention, qui donnera tout son sens à notre travail.

Cela étant précisé, l'ancien chirurgien orthopédiste et la chargée de mission qui nous accueillait à la STARAQS (non sans nous proposer un café, tant ils craignaient que l'énoncé d'autant d'informations méthodologiques puisse venir à lasser nos oreilles de clinicien) en vinrent à l'essentiel de notre sujet. Le projet auquel ils nous invitaient à participer avait pour but d'expérimenter la transposition de la méthode Patient Traceur, dont on a compris qu'elle avait été conçue pour l'hôpital, vers la médecine de ville, en centre de santé. Pendant plusieurs mois, en effet, la FNCS et la STARAQS avaient conjointement organisé des réunions de professionnels de centres de santé afin de travailler à la conception d'un guide d'entretien patient, et d'un guide d'entretien médecin, avec pour but de les soumettre à l'épreuve de patients concrets de centres de santé volontaires, dans les semaines qui suivaient notre rencontre.

Puisqu'il fallait choisir un profil de patient afin d'éprouver cette méthode en ville, le patient diabétique de type 2 fut une option semble-t-il assez consensuelle, parce que s'agissant d'une pathologie fréquente (la prévalence en France était de 5.2% en 2019)⁵, impliquant les professionnels de santé de ville, et pour laquelle un guide⁶ de parcours de soin de la HAS pouvait servir de support au référencement de critères de qualité de la prise en charge.

S'il paraît nécessaire au lecteur de se convaincre que le parcours de soin du patient diabétique n'est pas optimal en toute circonstance (et donc que notre intervention a toute raison d'être testée chez ce type de patient), nous allons en donner dans l'encadré ci-dessous quelques preuves, mais nous recommandons de ne pas perdre de vue que le diabète n'est ici qu'un prétexte à la mise en œuvre de notre expérimentation, et en aucun cas le sujet de notre thèse. En somme, nous présentons ici des patients diabétiques, qui auraient tout aussi bien pu souffrir de lombalgies chroniques, de bronchopneumopathie obstructive, ou de toute autre pathologie chronique fréquemment rencontrée en ville.

Une revue⁷ commentée sur la prise en charge du diabète en France au début du XXIème siècle, publiée en 2014, soulève des problématiques de coordination se révélant dans les différentes complications communément admises comme fréquentes du diabète de type 2 : complications cardiovasculaires, rétinienne, rénales, et ophtalmologiques. Seuls 44% des diabétiques de 45 à 64 ans avaient bénéficié d'un fond d'œil en 2001⁸, et seuls 20% des patients déclaraient avoir subi l'épreuve du monofilament cette même année. Si l'on s'intéresse à la maladie rénale, une étude observationnelle⁹ réalisée sur les données de l'assurance maladie en 2012 montre la grande variabilité d'anticipation de la préparation des patients diabétiques ayant nécessité la mise en place d'une dialyse en 2013. En particulier, un quart d'entre eux n'avaient pas bénéficié d'une consultation de néphrologie dans la période allant des 7 à 12 mois avant l'initiation de la dialyse.

Nous savons par ailleurs qu'il existe globalement une différence entre la perception des patients et celle des professionnels de santé quant à l'attitude d'écoute de ces derniers vis-à-vis de la pathologie diabétique. L'étude DAWN 2¹⁰ menée en 2012 sur une cohorte de patients diabétiques français montrait que 10% des patients considéraient que les professionnels de santé qu'ils consultaient se préoccupaient systématiquement de leurs problèmes et questions concernant le diabète. Lesdits professionnels, lorsqu'ils étaient généralistes étaient 25% à considérer que cette préoccupation était systématique, lorsqu'ils étaient spécialistes, un tiers, et lorsqu'ils n'étaient pas médecins, plus de la moitié.

Objectif

Partant du principe qu'il fallait, pour qu'une méthode d'évaluation des soins ait un intérêt en ville (où rien pour l'instant ne l'impose formellement, à la différence des hôpitaux où les procédures de certification sont une étape obligatoire¹¹ tous les quatre ans), qu'elle soit acceptée par les principaux intéressés (nous entendrons ici qu'il s'agit des médecins généralistes, dans leur rôle pivot du suivi des patients diabétiques), nous nous sommes posé la question suivante, à laquelle nous tenterons d'apporter des éléments de réponse dans notre travail : quel accueil les médecins généralistes des centres de santé sont-ils prêts à réserver à la méthode Patient Traceur sur leur lieu d'exercice ?

1. Matériel et méthodes

1.1 Travail préalable

Afin d'évaluer l'accueil réservé par les médecins généralistes à la méthode Patient Traceur en centre de santé, nous avons fait le choix de nous initier d'abord à sa méthodologie par une immersion qui s'est déroulée en deux étapes.

La première étape consistait à rejoindre le groupe de travail autour de la méthode Patient Traceur que réunissaient la STARAQS et la FNCS, lors des dernières réunions précédant l'expérimentation. Ces réunions avaient pour objectif de mener une relecture collective des divers documents nécessaires à la mise en place de la méthode (rendus disponibles en annexe, avec l'aimable autorisation de la STARAQS et de la FNCS) :

- Fiche méthode destinée aux centres de santé et expliquant l'organisation de la démarche
- Trois grilles de recueil :
 - o L'une pour des informations générales (situation sociale du patient, types d'intervenants dans sa prise en charge, traitements, antécédents d'hospitalisation pour son diabète)
 - o L'une destinée à l'entretien avec le patient
 - o La dernière destinée à l'entretien avec le médecin
- Une fiche d'information et de recueil du consentement du patient

La seconde étape consistait quant à elle à initier la démarche au sein des centres de santé de la Ville de Paris, ce qui fit de nous le premier investigateur à mettre en œuvre cette méthode en centre de santé, avec la collaboration du Dr. Astrid-Elisabeth Gras, médecin cheffe du centre de Santé Tisserand (Paris XIV), où furent sélectionnés les premiers patients traceurs.

Le terme ici choisi et se rapportant aux patients : « sélectionnés », n'est pas le fruit du hasard, et fera l'objet d'une discussion, mais notons que les patients participants ont été recueillis au fil de leurs consultations dans leur centre de santé, parce qu'ils présentaient un diabète. Le Dr. Gras, qui proposa généreusement de se charger de leur recrutement dans son centre, estime qu'une personne sur deux à qui la proposition était faite acceptait de participer. C'est donc finalement cinq patients qui participèrent entre les mois de mars et de juillet 2021, correspondant à quatre médecins traitants différents du centre de santé Tisserand, dont les entretiens eurent lieu à leur tour en juillet et août 2021.

1.2 Déroulement de notre étude

Cette immersion dans la méthode Patient Traceur, qui avait pour but d'enrichir notre connaissance de son déroulement pratique, fut étroitement mêlée à notre travail d'enquête à proprement parler, puisque nous décidâmes pour répondre à notre question de thèse de nous entretenir avec des généralistes de centres de santé afin de les interroger sur l'accueil qu'ils réservaient à cette méthode.

Nous menâmes donc à bien l'analyse qualitative en théorisation ancrée de dix entretiens semi-dirigés avec des médecins généralistes de centres de santé. Le choix d'une telle méthode s'explique par l'absence d'études préalables sur notre sujet, nous conduisant à devoir faire émerger les différents axes positifs ou négatifs que pouvaient percevoir les médecins de centres de santé à qui l'on présentait la méthode Patient Traceur.

Afin d'obtenir la plus grande richesse dans les entretiens, nous avons rencontré des médecins n'ayant pas participé à l'expérimentation Patient Traceur (au nombre de six) et des médecins y ayant participé (au nombre de quatre). Les entretiens, pour lesquels avait été prévue par sécurité une durée d'une heure, ont duré en moyenne une demi-heure, et se sont déroulés sur le lieu d'exercice des médecins. Les médecins ont été recrutés sur la base du volontariat. La saturation des données fut atteinte après ces dix entretiens.

1.3 Résumé des différents types de matériels acquis au cours de notre travail

Matériel préliminaire (matériel de la méthode Patient Traceur)	Matériel proprement destiné à la thèse :
Questionnaires patients de la méthode Patient Traceur : 5 patients (5 questionnaires)	
Questionnaires médecins de la méthode Patient Traceur : 4 médecins généralistes (5 questionnaires)	Entretiens semi-dirigés avec des médecins ayant participé à la méthode Patient Traceur, destinés à voir quel accueil ils lui réservent : 4 entretiens
	Entretiens semi-dirigés avec des médecins n'ayant pas participé à la méthode Patient Traceur, destinés à voir quel accueil ils lui réserveraient : 6 entretiens

Lors de la démarche patient-traceur, les cinq patients sélectionnés acceptèrent que nous enregistrions leurs entretiens afin de garder une trace des éventuelles digressions de leur part qui pouvaient donner lieu à réflexion quant aux questions que nous souhaiterions par la suite poser aux médecins.

Les entretiens correspondant à la grille des médecins dans le cadre de la méthode Patient Traceur à proprement parler n'ont pas été enregistrés, car ne posant que des questions fermées, en revanche il était demandé aux médecins de se souvenir des réactions que ce questionnaire pouvait susciter afin de pouvoir les restituer lors de l'entretien de thèse qui suivrait, concernant leur accueil réservé à la méthode.

Enfin, les entretiens correspondant uniquement au contexte de notre thèse (qu'ils concernent des médecins participants ou non participants à la méthode patient traceur) suivaient un mode semi-dirigé, et étaient enregistrés pour ceux qui y consentaient (un médecin a refusé l'enregistrement : des notes manuscrites ont été prises). Avant chaque entretien avec un médecin, les grands principes de la méthode Patient Traceur lui étaient définis : démarche bienveillante d'évaluation de la qualité des soins, en interne au centre de santé, sur la base du volontariat, consistant en un questionnaire patient (on donnait quelques exemples) et en un questionnaire médecin (on donnait quelques exemples également), avant restitution d'une synthèse globale en groupe (donc non ciblée sur un médecin en particulier) et non culpabilisante.

1.4 Analyse des entretiens de thèse pour la présentation des résultats

La grille d'entretien de thèse visait à faire ressortir chez les différents médecins :

- Leur participation préalable ou non à des méthodes d'évaluation de la qualité des soins (dans quelque lieu d'exercice que ce soit)
- Leur perception (émotionnelle tant que rationnelle) de ce type de démarches, et de la démarche patient traceur en particulier
- Les contraintes qu'ils pouvaient percevoir dans la mise en œuvre de la méthode Patient Traceur
- Les bénéfices qu'ils pensaient pouvoir tirer de la méthode Patient Traceur

Les enregistrements des entretiens de thèse furent retranscrits exhaustivement par nos soins, immédiatement après chaque rencontre.

Par la suite, notre travail de codage consista à recueillir les différentes réponses émergeant dans les entretiens des médecins (spontanément ou non, qu'elles soient positives, négatives ou neutres) et à les regrouper par thématiques, qui constituent le mode d'exposition de nos résultats.

Les entretiens ont été relus séparément par notre directrice de thèse, et les notions thématiques qui en ressortaient étaient considérées suffisamment claires et non sujettes à interprétation pour qu'un double codage ne paraisse pas nécessaire.

2. Résultats

2.1 Description de notre population d'étude

Les médecins généralistes avec lesquels nous nous sommes entretenus étaient au nombre de dix. Parmi eux, six n'avaient pas participé à la méthode Patient Traceur, et quatre y avaient participé. Deux étaient des hommes et huit étaient des femmes. Les âges étaient répartis de moins de trente ans à plus de soixante ans, et l'expérience des médecins en centre de santé pouvait aller d'un an d'exercice à plusieurs dizaines d'années de pratique (la doyenne des médecins interrogés partait à la retraite le mois où a eu lieu son entretien). L'un des médecins travaillait dans un centre de santé privé, tandis que les neuf autres travaillaient en centres de santé publics.

La retranscription des entretiens est fournie en annexe dans un ordre non chronologique, chaque entretien portant un numéro. Après chaque citation dans cette section « Résultats », le numéro de l'entretien correspondant en annexe est donné.

2.2 La participation antérieure à des démarches d'évaluation de la qualité des soins

Notons tout d'abord que lorsqu'ils étaient interrogés sur leur éventuelle participation antérieure à des démarches d'évaluation de la qualité des soins, que cela soit en ville ou à l'hôpital (y compris durant leur externat ou leur internat), il apparaissait que les médecins y avaient été rarement, voire jamais confrontés.

Deux médecins se souvenaient avoir été évalués sur les modalités de lavage des mains (l'un en ville, l'autre à l'hôpital, un médecin était incertain (pensait avoir éventuellement reçu un questionnaire de la sécurité sociale), deux médecins avaient le souvenir d'une visite de certification de service hospitalier, et un médecin se souvenait avoir déjà assisté à une visite de certification et à une revue de mortalité et de morbidité concernant l'une de ses patientes. Quatre médecins, enfin, n'avaient aucun souvenir d'avoir déjà rencontré une telle situation d'évaluation.

Sur ces démarches d'évaluation, d'une manière générale, les avis étaient très mitigés pouvant aller de « *je ne pense pas que ça ait un intérêt* » (1) à « *ça devrait être plus fréquent* » (5), en passant par « *je n'ai pas vraiment d'opinion* » (3) et « *ça dépend comment c'est fait* » (2). Si l'on prend l'exemple de la visite de certification, qui est une situation rencontrée par trois médecins alors qu'ils étaient encore étudiants hospitaliers (internes ou externes), l'expérience avait globalement laissé de mauvais souvenirs : « *on cachait les trous dans les murs [...] du bricolage de dernière minute* » (7) ; « *c'était plutôt une contrainte mal vécue* » (8) ; « *j'avais un*

peu l'impression que c'était dans le vide » (10). En revanche, le médecin qui avait participé à la revue de mortalité et de morbidité (il s'agit d'une analyse collective rétrospective d'un événement indésirable permettant d'utiliser l'expérience pour améliorer la qualité des soins futurs, qui est préconisée par la HAS¹²) au cours de son internat en gardait un bon souvenir : « c'était bien, franchement [...] ça m'avait fait du bien » (10).

2.3 Les différences ville / hôpital

Nous intéressent à une méthode d'évaluation de la qualité des soins, alors que ces méthodes sont peu répandues en ville, plusieurs réponses font apparaître explicitement cette comparaison de deux typologies différentes d'exercice, sous plusieurs aspects. Certains médecins pensent que la méthode Patient Traceur est difficilement adaptable en ville : « *je ne suis pas sûre qu'elle soit adaptée à la médecine de ville » (7) ; « je pense que l'acceptabilité des soignants serait difficile [...] on sent que cette méthode vient du modèle hospitalier » (5) ; « à l'hôpital ils ont le luxe de ce temps pour les réunions » (1) ; « c'est facile à l'hôpital, mais en ville on est pas prêt d'évoluer sur ces questions-là » (2) et d'autres à l'inverse y voient une continuité logique « *A l'hôpital il y a en général des protocoles bien établis [...] En centre de santé je pense que la méthode peut être très intéressante, qu'elle pose la question de la normalisation de nos circuits » (4).**

2.4 Les aspects évoquant des craintes des médecins généralistes

2.4.1 Les modalités temporelles de mise en œuvre

Parmi les principales différences entre ville et hôpital, fut citée notamment la question de la rémunération. Attendu que les médecins hospitaliers sont en France majoritairement salariés et qu'ils sont donc également rémunérés qu'ils soient en consultation ou en réunion, tandis que les médecins de ville sont pour la plupart rémunérés en fonction de leur nombre d'actes, la contrainte temporelle fut spontanément évoquée par la quasi-totalité des médecins interrogés (de sorte que nous posâmes la question à ceux qui ne l'évoquèrent pas spontanément) : « *la première question, c'est combien de temps vont prendre les entretiens et comment je vais être rémunérée de ce temps » (8) ; « Il y a juste la contrainte horaire, c'est vrai que c'est un temps qu'il faut trouver » (10) ; « c'est une très bonne chose, mais sur quel temps et quelle rémunération ? » (4) ; « mais moi je suis rémunéré à la consultation, je pourrais pas appliquer ça » (2) ; « quel temps ça va prendre [...] Ca va prendre du temps en plus. Si c'est 5 minutes de temps en temps, remplir une fiche, ça va [...] Si c'est des durées courtes de temps en temps, je ne demande pas à être rémunéré, si ça prend beaucoup c'est logique » (3). Cependant, nous constatons que pour certains médecins, la question du temps allait au-delà même du lien à la rémunération, estimant qu'en toutes circonstances il serait difficile à trouver : « *on n'a pas le temps, on travaille dix à douze heures par jour, à la chaîne [...] ça nous**

bouffe du temps pour soigner les gens [...] j'ai même pas le temps d'aller pisser » (1) ; « Mais comme je ne suis pas là souvent, c'est vrai que les patients auront moins de créneaux pour me voir » (7). Par ailleurs, d'autres médecins estiment que cela doit pouvoir être assimilé à du temps de formation « ça demande du temps médical, ça devrait en quelque sorte rentrer dans le temps de formation » (6) ; « Oui je trouve que prendre le temps de se former c'est ce qui permet une bonne pratique c'est hyper positif, il faut aller dans ce sens-là, la tarification à la consultation n'a pas de sens » (5).

2.4.2 L'acceptabilité supposée d'une évaluation des pratiques

Au-delà de l'aspect temporel soulevé au paragraphe précédent, la question du jugement que peut ressentir le praticien dont on examine les pratiques fut un sujet très largement et rapidement évoqué par les différents médecins interrogés, parfois en amont même de l'entretien, ce qui me poussa à y revenir systématiquement lors des entretiens. Il avait été précisé, lors de la description qui était faite de la méthode, que celle-ci était menée de manière bienveillante et non culpabilisante. Cette précision d'amont suffit à rassurer certains médecins : « *comme tu m'as dit que c'était sans jugement, sans culpabilité, ça m'a tout de suite rassurée [...] on a tous le même problème [...] Je ne pense pas que ce serait un frein, à condition que ce soit fait entre nous » (10) ; « non pas du tout, de toute façon, je me remets toujours en cause, j'essaye de faire ce que je peux » (9). Mais de l'avis majoritaire semblait ressortir que cette crainte était fondée : « on va toujours se sentir jugé par ce type de démarche » (4) ; « oui pour ce patient les choses seraient assez péjoratives pour nous » (7) ; « le jugement par celui qui réunit les informations et qui dirait "holala lui il fait un peu n'importe quoi ?", oui, c'est possible » (3) ; « clairement, j'ai l'impression parfois d'être montré du doigt, on a pas réussi à obtenir cet objectif, donc c'est dire au médecin qu'il y a un échec » (2). La question du jugement pouvait cependant préoccuper les médecins sans qu'ils se sentent eux-mêmes concernés mais évoquent plutôt la profession médicale d'une manière générique : « certains peuvent se sentir jugés » (8) ; « même si c'est confraternel, c'est pas dans notre culture médicale d'être évalués » (5) ; « J'ai envie de dire que je ne me sentirais pas jugée, mais on est tous un peu parano dans la médecine » (1) , et un médecin se sentait rassuré par l'agglomération de données de plusieurs dossiers Patient Traceur : « si on prend plusieurs patients de médecins différents, non, à la fois parce qu'on n'est pas ciblé, et aussi parce qu'on va sûrement voir les défauts apparaître de manière reproductible, chez plusieurs intervenants » (6).*

Seul un médecin a exprimé clairement qu'il n'accepterait pas de participer à la méthode Patient Traceur si elle lui était proposée : « non je crois que je n'accepterais pas, car je suis d'une génération où on n'a pas l'habitude de tourner les choses de cette façon-là » (1). D'autres se sont interrogés sur le caractère obligatoire ou volontaire de la mise en place : « Faut-il l'imposer ou le proposer ? » (5) ; « quand on assiste à quelque chose de son propre gré, il y a forcément quelque chose à en tirer » (6) ; « après est-ce que le praticien est intéressé par la méthode et va dégager du temps pour ça, ça dépend... » (8).

2.4.3 L'inclusion des patients

Les modalités de sélection des patients dans l'expérimentation proposée par la STARAQS et la FNCS n'étaient pas précisées au-delà du profil médical de patients qu'il fallait inclure (des patients diabétiques, idéalement au moins un présentant des complications du diabète et un n'en présentant pas), et il ressortit des entretiens des avis très divergents quant à la manière calculée ou non de choisir ces patients. Il était ainsi estimé par certains que le choix du patient était indispensable à la bonne mise en œuvre de la méthode : « *il faudrait être sûr que les patients soient vraiment suivis au centre et qu'on obtient vraiment tous les résultats, qu'on peut faire une synthèse* » (9), notamment parce que certains profils pouvaient faire rencontrer des difficultés : « *la typologie de la patientèle et la difficulté qu'on peut avoir à mettre en place des soins coordonnés du fait de la barrière de la langue* » (5), mais la variété des profils pouvait également être vue comme une richesse « *il faut vraiment utiliser plusieurs patients, de typologies différentes* » (6) ; « *s'ils sont tous uniformes, c'est moins pertinent* » (2) ; bien que le nombre suffisant de patients à inclure posât également question « *Chaque patient est différent et ça peut être un frein [...] Deux ou trois patients tests, ça va pas être représentatif, on peut pas étudier tout le monde* » (1). Par ailleurs, le risque de pouvoir choisir préférentiellement un patient était assez volontiers évoqué : « *Si je le choisis moi, il y a un biais énorme* » (4) ; « *si on choisit ceux qui parlent bien, qui prennent bien leur traitement, qui posent des questions, qui s'intéressent, on élimine beaucoup de gens, est-ce qu'on perd pas de l'intérêt de l'étude ?* » (3), ainsi que la similarité potentielle des profils de patients qui accepteraient de participer : « *les patients qui voudront bien répondre aux questions, sont aussi un type de patient bien particulier [...] donc les réponses à leur propre questionnaire concernant leur prise en charge peut être impactée* » (6) ; « *c'est sûr que ceux qui accepteront seront globalement les patients les plus observants* » (10) ; « *les patients qui vont accepter sont déjà ceux qui s'intéressent à leur maladie* » (2).

Enfin la question est parfois posée de savoir si le questionnaire peut s'adapter à tout type de patient : « *En plus sa compréhension est un peu limitée* » (7) ; « *il y a aussi la question de la compréhension du patient* » (8) ; « *à plusieurs reprises je me suis demandée si c'était la bonne patiente pour ce type d'étude* » (9) ; « *ah non celui-là ce n'est pas possible* » (3).

2.4.4 Les critères de qualité étudiés

La question des critères de qualité que peut étudier la méthode Patient Traceur est un sujet qui divise les médecins interrogés. Même si notre méthode ne permet pas de mettre en comparaison les médecins ayant participé au questionnaire patient traceur avant entretien *versus* les médecins non participants, il est intéressant de constater que ces derniers semblent plus dubitatifs quant à la pertinence attendue des critères de jugement. La confrontation entre recommandations et possibilités pratiques est notamment évoquée : « *ça va être sur des recommandations, de la théorie, qui ne collent pas forcément avec la pratique, avec les*

moyens, avec les difficultés » (2) ; « il faut pas que l'objectif d'un soin standardisé nous fasse perdre de vue l'humain [...] ce que je reproche beaucoup aux interrogatoires, c'est qu'ils soient très formatés [...] c'est difficile de faire une évaluation sur des items » (5) ; « Les recommandations de la HAS on est censés les suivre, les connaître, mais on sait que dans la vraie vie à côté, on fait tous plus ou moins ce qu'on peut et ce qu'on veut » (3) ; « on peut accepter que les recommandations existent tout en sachant qu'elles ne sont pas la vérité absolue à atteindre » (6). Leur inquiétude peut même s'exprimer de manière moins nuancée : « les critères risquent de ne pas être applicables » (4) ; « On ne comprend pas où les questionnaires veulent en venir, c'est ambigu [...] certains items sont pertinents, mais j'ai l'impression qu'on tourne un peu autour du pot avec ces méthodes » (1). Les médecins participants à l'expérimentation paraissaient quant à eux confiants dans le choix des items : « il y a forcément des choses à critiquer, mais on est bien obligés de construire le questionnaire sur un référentiel, ça ne me choque pas » (8) ; « les questions me paraissaient pertinentes » (9) ; « j'ai trouvé que les questions étaient très intéressantes » (10) même s'ils pouvaient pointer certains niveaux du questionnaire qui leur avaient posé question « parfois certaines questions m'interrogeaient sur l'intérêt ou ne semblaient pas adaptées à ma pratique » (7) ; « Certaines questions sont un peu sujettes à interprétation [...] c'est tout l'intérêt de tester ces questionnaires pour les adapter à la pratique » (8).

2.4.5 La mise en échec potentielle

L'une des craintes soulevées, corollaire à celle de la pertinence des critères d'évaluation, est qu'en cherchant à vérifier certains signaux prédéfinis, un certain nombre de points positifs de la prise en charge risqueraient de ne pas être mis en avant « ça peut aussi manquer de voir de grandes qualités qui ne sont pas décelables par un questionnaire » (5) ; « et par ailleurs il y a la qualité des soins, d'un point de vue humain, le relationnel [...] Ce relationnel [...] ne peut pas être normalisé » (4) ; « Pour un médecin orienté vers la qualité de vie avant tout, ce sont d'autres données qui comptent, et qui ne sont pas nécessairement évaluées » (6). Ce manque supposé de mise en évidence des qualités de prise en charge du patient peut se rapporter à la question de la prise en charge globale, n'impliquant pas que le diabète : « c'est difficile de juger la prise en charge du diabète alors qu'on s'est occupé de plein d'autres choses » (7), « souvent les recommandations ne prennent pas en compte le moment de vie du patient » (2). La résultante de ce potentiel déséquilibre entre points négatifs qui seraient soulignés et absence de points positifs non recherchés peut alimenter certaines craintes : « j'ai l'impression parfois d'être montré du doigt [...] donc c'est dire au médecin qu'il y a échec » (2) ; « Ce type d'enquête met la personne que tu interrogues en position de faiblesse » (6) ; « Avec un tel regard sur un dossier, je me sentrais un peu déshabillée, je me sentrais jugée, pas forcément sur mes points forts » (4).

2.4.6 La sensation d'être évalué sur des paramètres non totalement maîtrisables

Pour plusieurs médecins, la sensation que certains critères évalués ne dépendaient pas totalement d'eux était exprimée comme une crainte. Celle-ci pouvait être décrite en des modalités très concrètes : « *il y a des patients à qui je ne peux pas demander une hémoglobine glyquée tous les trois mois car ils sont très souvent perdus de vue* » (3) ; « *Et puis on peut prévoir autant de choses que l'on veut, le patient ne les fait pas forcément* » (4) ; « *Il y a ce que je prescris et ce qui est réalisé, les gens ne font pas forcément ce que je dis* » (1) ; « *si le patient n'a pas envie de respecter l'ordonnance, il ne la respecte pas* » (2).

2.4.7 Les effets négatifs de la multiplicité des intervenants

La multiplicité des intervenants est la crainte la plus partagée se rapportant à l'impossibilité de maîtriser tous les marqueurs de qualité de la prise en charge d'un patient. Cette pluralité de recours peut faire soupçonner une divergence de prise en charge : « *en centre de santé les patients sont souvent vus par différents médecins, et ça complique un peu la tâche [...] ce qui est dit par un médecin n'est pas forcément la vérité du collègue* » (6), une perte de vue de certains patients qui ne seraient donc pas inclus alors qu'ils ont été suivis au centre initialement : « *Mais les patients, une fois chez le spécialiste, on ne les revoit plus* » (1), une perte d'information « *ce patient il y a eu trop d'intervenants, et on n'est pas au courant de tout* » (7), « *on reprend le dossier à un moment donné et il y a plein d'informations qu'on n'a pas forcément* » (8), l'évaluation non souhaitable de tâches sciemment déléguées : « *il y a beaucoup de choses où nous n'étions pas concernés parce qu'elles étaient gérées à l'extérieur* » (7) ou une difficulté d'attribution des actes aux différents praticiens et structures : « *Qu'est-ce qu'on évalue exactement ? Le temps T c'est moi, mais ce qui a été fait avant, pas forcément, il peut y avoir des changements de médecins* » (4) ; « *ce qui est difficile à évaluer sur cette pathologie-là, c'est que les patients ont souvent eu plusieurs médecins, un passage à l'hôpital* » (8) ; « *elle se disperse un peu, elle voit deux ou trois médecins et donc c'est plus difficile de faire une synthèse* » (9) ; « *j'ai l'impression que c'est un biais énorme, les changements de médecins au cours du parcours* » (3).

2.5 Les aspects évoquant des bénéfices envisageables

2.5.1 Intérêt global sur la qualité des soins

De l'avis général, bien que de nombreuses réserves (précédemment décrites) aient été émises par les médecins interrogés, il ressort que ce type d'évaluation des soins peut apporter un bénéfice global : « *j'imagine que c'est le but [...] j'espère qu'on peut en tirer quelque chose.*

J'imagine que oui ça peut servir à tout le monde » (3) ; « on peut s'améliorer sur la prise en charge globale » (9) ; « c'est toujours une bonne chose de se poser la question sur notre façon de travailler [...] les méthodes d'évaluation vont peut-être nous permettre de mieux nous restituer » (1) ; « Et puis ce qui est satisfaisant c'est de voir après, si ça a changé quelque chose » (7) ; « Ça a un intérêt pour les patients, pour les soignants, et aussi pour les administratifs » (5) ; « Si on arrive à le faire correctement, ça ne peut qu'être bénéfique pour le patient finalement » (6). Ces commentaires positifs ont même été émis par des médecins ayant de prime abord répondu qu'ils ne voyaient pas d'intérêt : « je ne pense pas que ça ait un intérêt » (1) ; « Ça peut avoir un intérêt [...] ? Clairement non ! » (2).

2.5.2 Un moment privilégié

Bien que la question du temps, parfois difficile à trouver, ait été prédominante dans les craintes des médecins interrogés, il est intéressant de noter comme ce temps peut finalement être vécu par certains comme un instant privilégié dans le déroulement habituel d'une journée de consultation : « je trouve que c'est imbuvable de consulter non-stop, c'est imbuvable, on ne prend pas de recul et on fait des consultations de moins bonne qualité [...] c'est une petite échappatoire et une prise de recul » (8) ; « je trouve que prendre le temps de se former [...] c'est hyper positif [...] Il faudrait s'orienter sur moins de consultations, mais de meilleure qualité » (5) ; « si je ne suis pas pressé par le temps, même en terme de symbolique c'est bénéfique de planifier un temps de consultation » (2) ; « Là c'est sympa, ça change un peu du quotidien » (1).

2.5.3 Une réflexion sur la traçabilité

La grille d'interrogatoire des professionnels de santé proposée pour cette expérimentation Patient Traceur insiste abondamment sur la notion de traçabilité, puisqu'après chaque question interrogeant le médecin sur un axe, il lui est demandé si cet acte est tracé. Par conséquent, les médecins furent nombreux à évoquer l'intérêt d'un questionnement sur la traçabilité au cours de nos entretiens. Cette réflexion concernait à la fois ceux qui avaient participé à l'expérimentation « ça me fait penser à des choses que je pourrais noter plus. [...] La traçabilité c'est indispensable, j'ai du mal avec les médecins qui n'écrivent rien dans les dossiers » (10) ; « je me suis dit qu'en fait je ne notais peut-être pas assez tout ce qui est en dehors de l'essentiel » (9), et ceux qui n'y avaient pas participé : « La question de la traçabilité est de plus en plus importante, c'est important de la mettre en valeur » (5) ; « Tu ne te dis jamais quand tu écris sur un dossier, qu'il y a d'autres gens qui vont passer derrière, donc tu te dis "merde c'est pas sérieux ce que j'ai noté..." ? » (3).

Cette réflexion sur la traçabilité fit apparaître une problématique connexe qui n'était pas attendu de prime abord, mais qui fut évoquée par la presque totalité des médecins interrogés : celle de sa faisabilité pratique, en rapport avec le logiciel métier.

La lenteur et le manque d'ergonomie du logiciel partagé par neuf des dix médecins interrogés était vue comme un obstacle majeur à la possibilité de tracer autant que voulu : « les items du diabète devraient être cochables dans le logiciel métier » (1) ; « parfois on ne peut pas tout tracer, surtout si le logiciel est très lent » (2) ; « Ça peut optimiser un logiciel de santé, qui comme le nôtre est super mauvais » (5) ; « Pour les diabétiques je ne sais jamais où noter les trucs, dans notre logiciel » (4) ; « quelque chose qui m'éviterait de chercher sans arrêt loin dans le logiciel » (7) ; « on en revient à la question de la qualité de nos logiciels médicaux [...] Il y aurait sûrement un intérêt à des formulaires pré-remplis à cocher » (8) ; « la question de l'optimisation du logiciel pour le suivi d'un patient diabétique, on pourrait sûrement gagner un peu de temps » (10) ; « j'ai perdu à peu près 10 consultations par jour, depuis le passage du dossier papier au dossier informatique » (9).

Les difficultés rencontrées dans la traçabilité de l'information et la multiplicité des intervenants font soulever la question de l'amélioration possible de la coordination des soins : « *Et en même temps ça montre bien qu'il y a un problème de coordination entre praticiens [...] Ça pose des questions sur la communication* » (8) ; « *Ça pourrait permettre d'avoir un meilleur retour de l'hôpital vers le médecin traitant* » (9) ; « *mais les patients, une fois chez le spécialiste, on ne les revoit plus* » (1) ; « *le diabète n'a pas été diagnostiqué chez nous, avec beaucoup d'intervenants extérieurs, pas de concertation* » (7).

Enfin, la question de la traçabilité a pu être mise en relation explicitement ou non avec la question de la mémoire imparfaite : « *il y a des choses qu'on peut penser avoir faites, c'est dans nos habitudes, alors qu'on ne sait pas pour ce patient en particulier si on les a faites* » (8) ; « *Comme la démarche nous demande de nous rappeler de consultations passées, la question de la mémoire est complexe : qu'est-ce qu'on a vraiment fait ou qu'est-ce qu'on croit avoir fait* » (6) ; « *Par contre idéalement je pense que ce serait bien de faire ça juste après avoir vu le patient, car tu as le dossier bien en tête, ce serait plus facile* » (10).

2.5.4 Un prétexte pour une réunion collégiale

Plusieurs médecins trouvent intéressant que la méthode Patient Traceur, quelles que soient ses limites évoquées au cours des différents entretiens, puisse être le support d'une discussion collégiale. Cette discussion peut être entrevue comme l'occasion de tirer le bénéfice de la génération de chacun : « *Et puis on peut être amenés à discuter entre médecins de différentes générations* » (9), de discuter du projet commun d'un centre de santé « *mais ça nous fait poser la question de comment on pourrait le rendre réalisable en centre de santé* » (10) ; « *c'est un but qui rejoint celui des réunions de concertation pluriprofessionnelles dans les centres de santé [...]*

Ça peut aussi être une émulation pour l'équipe de soins du centre de santé de travailler sur un même projet, ça soude une équipe, ça met une bonne ambiance qui se répercute sur la prise en charge du patient » (8) ; « Mais finalement si leur principal intérêt est de soulever des questions et de les poser sur la table avec nos confrères, peut-être que ce n'est pas si grave, cet objectif-là est forcément atteint » (6). La notion de collégialité est d'ailleurs plusieurs fois évoquée en lien avec la question de la traçabilité précédemment évoquée : « J'écris pas que pour moi, mais aussi pour la personne qui passe derrière [...] Ça m'oblige à écrire et à mettre un minimum de choses importantes [...] c'est une bonne chose » (3) ; « on pourrait discuter d'une base commune qui serait à peu près remplie par tout le monde, pour que chaque médecin remplisse à chaque fois tout » (10) ; « Les médecins plus jeunes sont plus aptes à tout noter que nous [...] et d'ailleurs aussi des choses qui ne me semblent pas forcément utiles. On peut en discuter » (9).

2.5.5 L'occasion d'un questionnement bienvenu et d'une mise à jour

Dans l'ensemble, même à l'échelle individuelle, et indépendamment des modalités de restitution des résultats de la méthode Patient Traceur, ce type de démarche semble donner à chacun la possibilité de se (re)poser des questions sur sa pratique, ce qui est communément vu comme un bénéfice pour les patients : « *donc parfois on a des réflexes qui ne sont pas bons. Ça les remettrait en cause, c'est peut-être pas mal [...] les méthodes d'évaluation vont peut-être nous permettre de mieux nous resituer* » (1) ; « *c'est toujours une bonne chose de se poser la question sur notre façon de travailler [...] même si la méthode est imparfaite, elle a l'avantage de nous faire poser des questions et remettre en question, c'est toujours une bonne chose* » (4) ; « *je pense que ça va me faire poser beaucoup plus de questions* » (10). Mais avant même le questionnement au sens large du terme, le simple bénéfice de pousser à se remettre à jour est perçu : « *ça ferait une liste de choses à ne pas oublier* » (2) ; « *je pense que ça peut harmoniser, de remettre à jour les professionnels pour optimiser les pratiques* » (5) ; « *pour la pratique personnelle, ça permet de voir ce qui est améliorable facilement ou demande plus de réflexion, pour le patient il y a un avantage évident* » (8) ; « *on peut s'améliorer sur la prise en charge globale, et faire en sorte que les choses deviennent plus instinctives, qu'il y ait plus d'automatisation* » (9) ; « *Il y a des choses qu'on perd parfois dans notre pratique et pour lesquelles un rappel est bienvenu* » (6). La question du manque de temps consacré à la formation continue est d'ailleurs soulevée à plusieurs reprises par notre intervention : « *Le fait de bosser en ville ou même à l'hôpital où les vieux praticiens n'ont pas forcément les bonnes mises à jour pose question aussi* » (5) ; « *je pense que la formation est une priorité bien plus importante que l'évaluation* » (6) ; « *il est mieux de faire des formations* » (1), et un médecin évoque sa crainte que les praticiens moins formés soient moins enclins à participer à ce type de démarche : « *et puis pour certains médecins, le gap entre la pratique et les recommandations est tellement grand, qu'il n'y a même plus l'objectif de se mettre à jour, ça peut être vu comme une montagne infranchissable* » (6).

2.5.6 Une diversité des bénéfices individuels

Chez les médecins avec lesquels nous nous sommes entretenus juste après les avoir soumis à la grille professionnelle de leurs patients respectifs, les améliorations qu'ils pensaient pouvoir tirer de l'expérience dans leur pratique personnelle étaient variées, il pouvait s'agir de l'inclusion de leurs patients à des ateliers d'éducation thérapeutique : « *La question des ateliers, on n'est pas tellement concernés, dans notre centre en particulier, et c'est dommage* » (7) ; « *il y a un travail qui peut être fait sur l'offre de soins : la mise en place d'éducation thérapeutique* » (8) ; de l'intérêt porté aux recommandations hygiéno-diététiques : « *par exemple le côté diététique et pratique sportive. Je pourrais plus insister dessus, je me rends compte que peut-être je ne le fais pas suffisamment* » (9) ; « *je pourrais noter plus, notamment le sport, la motivation* » (10), aux effets indésirables des traitements : « *par exemple la question des effets secondaires, je la pose toujours à l'instauration, mais je me suis dit qu'ensuite je ne le redemandais pas, je vais plus questionner* » (10), aux complications « *notamment le terrain des pieds que je ne fais pas à chaque fois* » (10) ou à l'entourage : « *J'ai tendance à prendre les personnes seules, mais c'est vrai que si l'entourage est impliqué ça ne peut qu'aller dans le sens du patient* » (10).

3. Discussion

3.1 À propos du déroulement de l'enquête patient traceur

Avant même de commenter les résultats que nous venons d'exposer, nous nous devons de commenter quelques aspects du déroulement du travail préliminaire qui donna lieu à ce travail de thèse.

La posture de médecin investigateur auprès du patient, tout d'abord, a cela de particulier qu'elle impose la plus grande neutralité possible, qui n'est pas tout à fait celle employée d'une manière générale en consultation. D'ailleurs, même après information des patients traceurs sur le principe et le déroulement de la méthode, il n'était pas rare que ceux-ci cherchent à nous ramener à notre position de praticien, nous voyant pour certains comme un spécialiste du diabète, et pour d'autres comme l'opportunité d'un avis extérieur sur les choix réalisés par leurs médecins. À plusieurs reprises, il nous fallut donc les inciter à garder en mémoire les questions qui leurs venaient pour qu'ils puissent les aborder à l'occasion d'une prochaine consultation avec leur médecin généraliste. Cette posture neutre, qui s'acquiert avec l'expérience, a selon nous toute raison d'être rappelée à un investigateur qui souhaiterait entreprendre une telle méthode en centre de santé, car celui-ci à la différence des professionnels mandatés par les Agences Régionales de Santé pour les visites de certification, serait probablement issu du centre-même. L'analyse de la qualité des soins ne serait donc *a priori* pas son quotidien.

Lors des entretiens avec les patients, il ne semblait pas rare que leur avis soit très différent selon qu'ils commentaient des soins dont ils avaient bénéficié dans le centre de santé ou au contraire dans d'autres structures de soins (autre centre de santé, hôpital, cabinet libéral...). Nous nous appliquâmes à rappeler à plusieurs reprises que nous ne menions pas une enquête qui avait pour but de sanctionner des médecins pour des pratiques que l'on aurait jugées mauvaises, mais que ces médecins s'étaient bien portés volontaires pour se poser des questions sur des pistes d'améliorations de leurs pratiques, attendu qu'aucun médecin ne peut prétendre à la perfection. Toutefois, si certains patients ont pu paraître dithyrambiques à l'égard de leurs médecins du centre de santé, ce n'est pas forcément qu'ils cherchaient à les protéger, mais peut-être simplement qu'ils avaient justement fini par choisir ces médecins après un parcours parfois décevant. Globalement, lorsqu'on interrogeait les patients sur ce qui n'allait pas dans leur parcours, ils citaient l'intervention de professionnels extérieurs au centre, et lorsqu'on les interrogeait sur les points forts de leur prise en charge, ils citaient des soins qui avaient eu lieu au centre.

Lors de l'application des grilles de questionnaires professionnels aux médecins, nous constatâmes qu'une posture totalement neutre était très difficile à tenir étant donné le très grand nombre de questions (en moyenne une demi-heure de questions, malgré un rythme assez condensé), et la possibilité conséquemment fréquente de mise en défaut du professionnel. Nous leur avons demandé auparavant l'autorisation d'accéder à leurs dossiers afin de cibler les différents éléments de traçabilité (car le pendant de chaque question était « cet élément est-il tracé dans le dossier ? »), et nous en venions souvent à rassurer chaque médecin qui manifestait de l'inquiétude lorsqu'il devait répondre qu'il n'avait pas mis en œuvre telle action ou une autre. Cependant, nous ne considérons pas que cette réassurance ait pu constituer un biais dans les réponses apportées de leur part, voire au contraire qu'elle incitait à répondre en toute honnêteté sans craindre un jugement de notre position d'investigateur.

Toutefois, il faut considérer que certains biais inhérents à la pratique d'interrogatoires semi-dirigés ont pu intervenir dans notre travail. En effet, les réponses des médecins interrogés pouvaient être influencées par divers paramètres : le moment de l'interrogatoire (parfois au cœur d'une journée chargée, même si un horaire consacré avait été libéré), notre présentation au moment de l'investigation (comportement non verbal, aspect vestimentaire), notre attente inconsciente de certaines réponses pouvant influencer leur survenue, ou *a contrario* la surprise provoquée par d'autres réponses, notre intonation, et les éventuels échanges ayant précédé l'entretien.

Enfin, pour des raisons de planning, les questionnaires de thèse furent menés immédiatement après le remplissage des grilles professionnelles de l'enquête de la part des quatre médecins participants, ce qui signifie que l'étape finale de la méthode Patient Traceur (la synthèse collective sur les possibilités d'améliorations du centre) n'avait pas encore été menée, et ceux-ci avaient beaucoup d'attentes sur cette conclusion.

3.2 Un accueil contrasté mais globalement positif

Notons tout d'abord que peu de médecins interrogés se faisaient une idée de ce que pouvaient être les méthodes d'évaluation de la qualité des soins avant que la méthode Patient Traceur ne leur fut décrite, et que s'ils se faisaient une idée, celle-ci était plutôt négative. D'ailleurs, plusieurs médecins percevaient ces méthodes comme une lourdeur administrative venant perturber le bon déroulement du cœur de leur métier (si ce n'est même l'intrusion d'une entité mal identifiée voulant contrôler leur pratique).

Par la suite, nous avons constaté des réactions très variées lorsque nous évoquions la méthode Patient Traceur (que nous avons décrite de manière identique à chaque médecin), puisque certains étaient immédiatement très intéressés, et d'autres dans un rejet total. Cependant à mesure que nous proposions de réfléchir aux intérêts potentiels et aux difficultés éventuelles,

les propos tendaient à se modérer pour rejoindre une attente à peu près commune. Les médecins qui pouvaient être rebutés par la question du temps, de la rémunération, des modalités de choix du patient, de la crainte d'un jugement, tandis qu'ils voyaient ces appréhensions entendues pouvaient volontiers voire quelques avantages à la méthode. *A contrario* ceux qui s'enthousiasmaient rapidement, pouvaient finalement trouver à s'interroger sur certaines limites de l'entreprise. Quoi qu'il en soit, seul un médecin nous fit comprendre qu'il refuserait de participer à cette méthode si elle lui était proposée, mais nous laissa cependant entendre que pour autant ce type d'évaluation avait probablement un intérêt.

3.3 Des attentes variées

Il est intéressant de constater qu'au-delà de l'objectif d'évaluation de la qualité des soins ciblé par la méthode Patient Traceur, les attentes des médecins étaient variées. De l'esprit général ressortait que malgré les imperfections inévitables d'une telle méthode, il était toujours possible d'en tirer quelque chose (à condition, selon certains, que la participation se fasse sur la base du volontariat). Notamment, la méthode était fréquemment vue comme un outil pouvant déclencher une réflexion de groupe autour de divers sujets. Ces sujets pouvaient être très attendus, et se rapporter strictement aux volets explorés par les questionnaires (mettre en commun de bonnes pratiques actualisées notamment), s'y rapporter plus librement (discuter entre médecins de plusieurs générations sur l'exhaustivité de la traçabilité), ou beaucoup moins prévus (remettre en cause le logiciel métier).

La multiplicité de ces attentes nous fit constater qu'il existe probablement de nombreux sujets sur lesquels les médecins des centres de santé souhaiteraient pouvoir échanger entre pairs, mais que l'opportunité ne se présente pas toujours à eux. S'il existe pourtant des réunions de concertations pluridisciplinaires, peut-être cela peut-il nous laisser à penser que la méthode Patient Traceur peut être une occasion parmi d'autres de faire émerger des problématiques ou des sujets qui n'y auraient pas été spontanément mis à l'ordre du jour.

Des problématiques logistiques concernant les difficultés de coordination entre différents intervenants rayonnant autour d'un patient semblaient particulièrement préoccuper la plupart des praticiens et pourraient éventuellement faire l'objet d'une réflexion qui bénéficierait à tous, patients compris.

3.4 Des contraintes globalement gérables

La plupart des craintes ou des contraintes ressenties par les médecins susceptibles de participer à une opération de ce type semblaient pouvoir trouver une solution.

La question du temps fut très abordée, mais celui-ci paraissait finalement possible à trouver, à condition qu'il soit justement rémunéré, en remplacement de consultations sur des horaires

habituellement travaillés. Il apparaissait de plus qu'un travail médical autre que la consultation était une opportunité à saisir dans un quotidien d'ordinaire assez dense.

Les différents paramètres pouvant être perçus comme des biais, et en particulier la multiplicité des intervenants autour d'un même dossier (rendant difficile l'attribution des points forts ou des points faibles de la prise en charge des patients) furent très évoqués. Cependant ils semblaient à la réflexion mettre en exergue des problématiques concrètes de la prise en charge qu'il était bon de faire ressortir afin d'envisager des solutions communes permettant d'y remédier. Cela rejoint d'ailleurs la question du jugement qui peut être ressenti par les médecins participants : une partie de la crainte d'être jugé était exprimée comme fortement liée au sentiment que si la prise en charge ou la traçabilité n'étaient pas idéales, ce n'était pas le fait d'une seule personne, qu'on aurait pu désigner comme responsable. Dès lors que la méthode Patient Traceur apparaissait permettre de soulever des dysfonctionnements globaux et d'amener collectivement à leur résolution, les médecins semblaient plus à même d'en accepter les contraintes parce qu'ils pouvaient espérer qu'elle leur rende service.

Il est d'ailleurs intéressant de constater que la question du jugement, si elle fut souvent spontanément évoquée, ne semblait pas être un frein majeur à l'échelle individuelle, et qu'il fut volontiers évoqué au cours des entretiens comme une limite théorique à la mise en œuvre de la méthode Patient Traceur parce qu'il existerait un profil médical non disposé à exposer sa pratique aux regards de ses pairs. Pourtant, seul un médecin parmi les dix interrogés exprima clairement qu'il refuserait de participer à ce type de méthode.

3.5 Elargissement

3.5.1 Le rapport des médecins à l'évaluation

L'accueil que les médecins peuvent réserver à une évaluation des pratiques d'une manière plus générale est une notion qu'il conviendrait d'explorer spécifiquement, et notamment dans la mesure où la loi¹³ dite « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » (HPST) de juillet 2009 considère que l'évaluation des pratiques professionnelles est une composante du développement professionnel continu et constitue en ce sens une obligation pour les médecins. Dans un article¹⁴ publié en octobre 2009, un panorama de la médecine générale sur cinq régions était brossé et révélait que les médecins généralistes étaient peu engagés dans cette évaluation des pratiques (un tiers y avaient déjà participé). Un travail sociologique sur le rapport médical à l'évaluation serait probablement un outil précieux dans l'optique de favoriser l'adhésion de la profession à des démarches telles que celle du Patient Traceur. L'absence de travaux portant sur ce sujet dans la littérature sociologique française laisse d'ailleurs présager d'une certaine appréhension à l'aborder.

Notons que pour la pratique actuelle de la médecine générale en France, le seul dispositif généralisé d'évaluation des pratiques est un procédé d'autoévaluation donnant lieu à

valorisation financière en fonction de l'adhésion à certaines recommandations de bonnes pratiques. Il s'agit de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), qui repose sur 29 indicateurs (disponibles sur le site de l'assurance maladie¹⁵) regroupés en trois sections : le suivi des pathologies chroniques, la prévention, et l'efficience.

A l'heure où nous rédigeons ce travail, une ordonnance¹⁶ applicable au premier janvier 2023 vient cependant modifier la donne, puisqu'elle impose une certification périodique des médecins (toutes spécialités incluses) d'une validité de six ans, impliquant une part d'évaluation. Il est prévu par cette ordonnance que la Haute Autorité de Santé puisse être consultée pour l'élaboration des référentiels qui régiront cette certification, mais ceux-ci ne sont pas encore disponibles.

Dans certains pays, à l'instar du Canada, la participation à des activités d'évaluation est déjà requise. Le règlement sur la formation continue obligatoire des médecins québécois¹⁷ prévoit notamment 10 heures d'activités d'évaluation par période de 5 ans d'exercice.

N.B. : Le collège des médecins du Québec a publié en 2013 un guide sur l'évaluation de l'acte médical¹⁸, développant divers procédés, leurs forces et leurs faiblesses. Une méthode comparable à la méthode Patient Traceur n'y figure pas explicitement.

En tout état de cause, la nécessité d'évaluation ne peut pas être conçue indépendamment d'une nécessité de formation, et cette interrelation est prévue par l'ordonnance française précédemment citée aussi bien que par les recommandations canadiennes.

3.5.2 Médecins généralistes et coordination des soins

Des difficultés éventuelles de mise en œuvre de la méthode Patient Traceur ressort un questionnement sur les possibilités pratiques d'exécution d'une coordination des soins optimale. Les informations concernant les patients furent ici souvent jugées comme incomplètes du fait de l'intervention de nombreux intervenants, or le médecin généraliste (lorsqu'il est médecin traitant) est couramment considéré comme le pivot du parcours de soins d'un patient. Pour autant, des paramètres semblent freiner une coordination efficace, et notamment le manque d'homogénéité des systèmes de communication entre les différents professionnels de santé. L'hétérogénéité des logiciels métiers et des messageries sécurisées apparaît comme un obstacle potentiel à la possession des informations par le médecin traitant. En ce sens, nous pouvons considérer qu'une méthode d'évaluation des soins, appliquée à l'échelle d'un médecin généraliste ou d'un centre de santé, est susceptible de soulever des questionnements bien plus larges sur les outils professionnels fournis aux médecins.

3.5.3 Valorisation financière d'un travail médical autre que la consultation

Enfin, parce que la question de la rémunération du temps fut une thématique clef des entretiens avec les médecins, elle amène à réfléchir plus vastement aux modalités de valorisation d'un temps médical. Dans l'esprit général, la rémunération du médecin de ville se fait en fonction de son nombre d'actes, et ce même parmi les médecins que nous avons interrogés alors qu'ils travaillent en centre de santé. Les centres de santé permettent pourtant l'intégration aux plannings de temps médicaux autres que ceux dédiés à la consultation. Lorsque les médecins envisageaient de ne pas consacrer un créneau à une consultation, ils semblaient parfois avoir l'impression de devoir perdre leur temps. Cependant, ils reconnaissaient également que ces moments sans patients pouvaient être utiles. Il existe donc tout un axe de réflexion autour du quotidien du médecin et de la rémunération de son travail (qui peut être conçu plus exhaustivement que celui de la seule consultation), qui est soulevé par nos entretiens.

Conclusion

Par le biais de ce travail, nous souhaitons mettre en évidence tous types de réactions que pouvait susciter l'idée de participer à la méthode Patient Traceur pour des médecins généralistes de centres de santé. Les dix médecins interrogés, dont quatre avaient été d'abord impliqués dans la méthode Patient Traceur pour au moins l'un de leurs patients, ont fait ressortir des forces et des écueils qui pourraient être rencontrés si l'on souhaitait mener à bien un tel projet, qui est pour l'instant à l'essai. La méthode Patient Traceur est en effet désormais couramment pratiquée en établissement de santé, car suggérée par la Haute Autorité de Santé, mais pas encore en centre de santé, et son application dans ce milieu est expérimentée par une proposition de la Fédération Nationale des Centres de Santé et de la Structure d'Appui Régionale à la Qualité des soins et la Sécurité des patients de l'Île-de-France.

Pour les médecins généralistes interrogés, il ressortait du bilan entre ces forces et ces écueils qu'un bénéfice sur la prise en charge des patients ou sur les modalités de consultation pouvait être d'une manière générale attendu de la mise en place d'une telle méthode, malgré ses éventuelles limites, qui globalement ne rebuteraient pas la plupart des médecins à y participer.

La connaissance des différentes inquiétudes des médecins généralistes vis-à-vis de la méthode est d'ailleurs un point qu'il est intéressant de connaître pour pouvoir les rassurer en amont lorsque la méthode Patient Traceur doit être présentée à un centre de santé susceptible de l'y dérouler. Il ne paraît cependant pas inintéressant de s'interroger plus globalement sur le rapport des médecins à l'évaluation, pour favoriser ce type de démarche.

Dans un contexte où la nécessité d'évaluation des pratiques médicales vient d'être réaffirmée par une ordonnance d'août 2021 prévoyant une certification périodique de tous les praticiens, il paraîtrait intéressant que la Haute Autorité de Santé s'interroge sur le rôle éventuel de la méthode Patient Traceur dans cet objectif, y compris en ville.

Au-delà de ses objectifs premiers d'évaluation de la qualité des soins, nous avons fait ressortir que les médecins généralistes étaient susceptibles de s'approprier la méthode pour initier une discussion sur de nombreux aspects de leur quotidien en centre de santé, et des améliorations pratiques qui pourraient faciliter leurs conditions de travail.

Bibliographie

- ¹ Site internet de la FNCS : <https://www.fncs.org> [consulté le 30/09/2021]
- ² Site internet de la STARAQS : <https://www.staraqs.com> [consulté le 30/09/2021]
- ³ Le patient traceur en établissement de santé – guide méthodologique, HAS, téléchargeable sur internet <http://www.has-sante.fr> [consulté le 30/09/2021]
- ⁴ Déroulement de la procédure de certification – disponible sur le site internet de la HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/c_968214/fr/deroulement-de-la-procedure-de-certification [consulté le 30/09/2021]
- ⁵ Prévalence et incidence du diabète – Santé Publique France, consultable sur le site internet : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/diabete/articles/prevalence-et-incidence-du-diabete> [consulté le 30/09/2021]
- ⁶ Guide parcours de soin diabète de type 2 de l'adulte – HAS, téléchargeables sur le site internet : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1735060/fr/guide-parcours-de-soins-diabete-de-type-2-de-l-adulte [consulté le 30/09/2021]
- ⁷ Chevreur K, Berg Brigham K, Bouché C. The burden and treatment of diabetes in France. *Global Health*. 20 févr 2014;10:6.
- ⁸ Fagot Campagna A, Fosse S, Weill A, Simon D, Varroud Vial M. Rétinopathie et neuropathie périphérique liées au diabète en France métropolitaine : dépistage, prévalence et prise en charge médicale, étude Entred 2001. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2005, n° 12-13, p. 48-50.
- ⁹ Tuppin P, Cuerq A, Torre S, Couchoud C, Fagot-Campagna A. Management of diabetes patients during the year prior to initiation of dialysis in France. *Diabetes & Metabolism*. 1 juin 2017;43(3):265-8.
- ¹⁰ Reach G, Consoli SM, Halimi S, Colas C, Duclos M, Fontaine P, et al. The multinational second Diabetes, Attitudes, Wishes and Needs study: results of the French survey. *Patient Prefer Adherence*. 12 févr 2015;9:289-97.
- ¹¹ Comprendre la certification pour la qualité des soins – HAS consultable sur le site internet : https://www.has-sante.fr/jcms/c_411173/fr/comprendre-la-certification-pour-la-qualite-des-soins [consulté le 30/09/2021]
- ¹² Revue de mortalité et de morbidité – HAS consultable sur le site internet : https://www.has-sante.fr/jcms/c_434817/fr/revue-de-mortalite-et-de-morbidite-rmm [consulté le 30/09/2021]

¹³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

¹⁴ Guerville M, Paraponaris A, Régi J, Vaissade L, Ventelou B, Verger P. Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique. Etudes et résultats, 30 oct 2009, n°708.

¹⁵ Site de l'assurance maladie : <https://www.ameli.fr/paris/medecin/exercice-liberal/remuneration/remuneration-objectifs/medecin-traitant-adulte> [consulté le 10/10/2021]

¹⁶ Ordonnance n° 2021-961 du 21/07/2021 relative à la certification périodique de certains professionnels de santé, disponible sur le site légifrance : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043814566> [consulté le 10/10/2021]

¹⁷ Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins sur le site du Collège des médecins du Québec : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-6-2018-12-04-fr-reglement-formation-continue-obligatoire-md.pdf?t=1634023061898> [consulté le 10/10/2021]

¹⁸ Guide d'évaluation de l'acte médical du collège des médecins du Québec, publié en août 2013, consultable sur leur site internet : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf> [consulté le 10/10/2021]



3/5 rue de Vincennes
93100 Montreuil
Tél : 01 48 51 56 22
www.fnacs.org



10 rue de l'Isly
75008 Paris
Tél : 01 40 07 12 40
www.staraqs.com