

Continuité du parcours de soins : le patient traceur inter-services et inter-établissements

Caroline DUBOST, Cécile BONNAUD Jean-Marc TOURANI, Meryem NEDJARI et Justine LETELLIER
Centre de Coordination en Cancérologie (3C) de la Vienne,Nord Deux-Sèvres, Le Blanc

Objectif

L'objectif 2 du **plan cancer 2014 - 2019** a pour but de garantir à chaque personne l'accès à une prise en charge de qualité, quels que soient son lieu de résidence, la gravité de sa maladie et la complexité de son traitement.

Le 3C de la Vienne utilise la méthode du **patient traceur** afin de veiller à la **qualité des parcours de soins** des malades, notamment lorsque leur prise en charge implique des transferts entre différentes structures hospitalières (**patient traceur inter-établissements**) et / ou différentes unités d'un même établissement (**patient traceur inter-services**). Cette méthode a permis un travail sur les délais de prise en charge.

Méthode

Sur le territoire du 3C de la Vienne, **4 patients traceurs** ont été suivis, dont :

-  **A1 A2 A3** **3 en inter-services** entre les unités de **chirurgie** et de **radiothérapie**
-  **B1** **1 en inter-établissements** entre les unités de **chirurgie**, **d'oncologie médicale** et de **radiothérapie**

 La mise en oeuvre de la méthode implique plusieurs étapes :

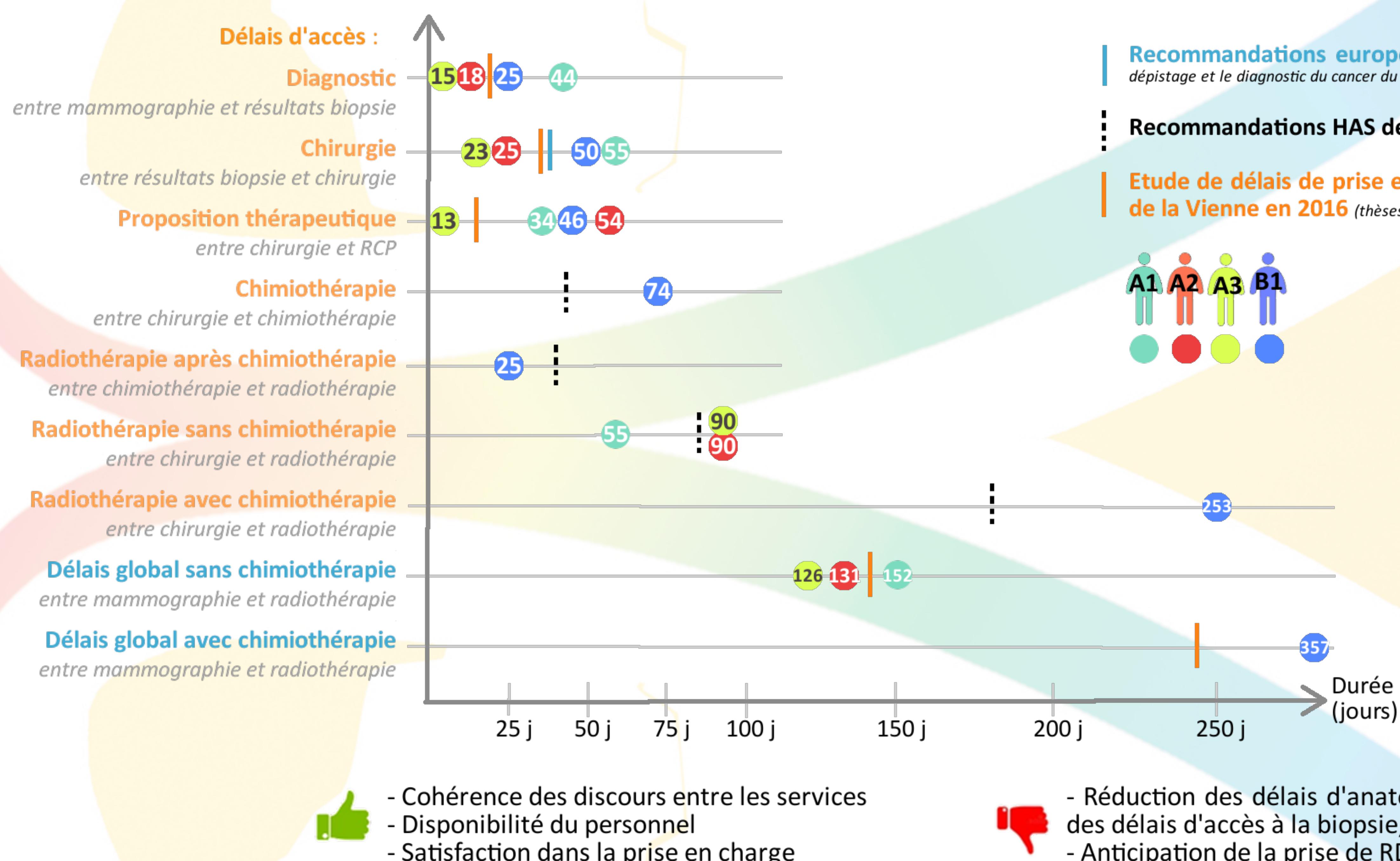
- 1 Identification du patient
 - 2 Observation du transfert dans la dernière structure de soins
 - 3 Analyse rétrospective du parcours à partir du dossier
 - 4 Entretien avec le patient et/ou son entourage
 - 5 Réunion de synthèse avec les médecins référents

**L'analyse consiste à croiser
3 sources d'informations :**

- Vécu du patient et/ou de l'entourage
- Faits relatés par les professionnels
- Eléments du dossier patient

 Les **délais de prise en charge** dans et entre les différentes spécialités médico-chirurgicales de soin ont été identifiés, puis comparés aux **données de référence** : résultats de thèse, recommandations HAS et européennes. Des **pistes de travail** peuvent ainsi être mises en évidence pour améliorer et optimiser les parcours patient.

Résultats



Conclusion

Le traitement d'un cancer implique une **prise en charge transversale** nécessitant de multiples intervenants, souvent répartis dans différents services et établissements. Ils doivent agir de façon coordonnée et structurée afin d'**assurer un parcours continu et cohérent** au patient.

La méthode du patient traceur inter-services et inter-établissements a permis d'identifier des pistes de travail pour **l'amélioration** de la prise en charge et la **coordination entre les services et établissements**. L'objectif est d'augmenter le nombre de patients traceurs pour cette filière afin d'obtenir un **nombre significatif** de données, mais aussi d'étendre la démarche à **d'autres spécialités** telles que la filière digestive et la filière thoracique.

