

Gestion prévisionnelle  
Évaluation des pratiques  
professionnelles  
Démarche qualité  
Qualité des soins  
Accréditation  
Amélioration

Chemin clinique  
Prise en charge  
Soins infirmiers  
CH Hyères  
Hôpital  
Patient  
GPS

**Florence DANCAUSSE**

*Formatrice consultante Grieps, Sainte-Foy-lès-Lyon*

**Martine BLANCHARD**

*Directeur des soins, centre hospitalier d'Hyères*

**Myriam ARNAL**

*Cadre supérieure, centre hospitalier d'Hyères*

## Le chemin clinique Une route vers l'amélioration continue

Les équipes interdisciplinaires repèrent dans leur autoévaluation un écart entre les recommandations de bonnes pratiques préconisées et les habitudes journalières mises en œuvre dans les unités. Le changement souhaité est impossible s'il n'est pas réalisé de façon pragmatique en équipe interdisciplinaire et de façon décloisonnée. Un outil répond à ces trois critères comme aux attentes de l'utilisateur : le chemin clinique. Trois services du centre hospitalier d'Hyères ont expérimenté depuis 2002 la méthode de gestion prévisionnelle des soins, qui inclut le plan d'interventions interdisciplinaires, le chemin clinique et la réunion clinique.

### Les enjeux

Les enjeux du centre hospitalier d'Hyères ont surtout été d'élaborer des outils, d'organiser les services afin de faciliter le travail des équipes au quotidien. La mise en place de chaque projet s'est accompagnée d'une large participation des professionnels, parfois avec une progression lente mais bénéfique à terme, y compris pour les projets les plus innovants. L'objectif récurrent est de rechercher la meilleure

organisation du travail pour accroître la satisfaction des soignés et des professionnels de santé.

Dans le contexte actuel de maîtrise de la réduction des coûts, de traçabilité, d'obligation d'information, une des préoccupations était la suivante : comment mieux organiser le séjour du patient ?

L'analyse des résultats de la charge en soins (soins infirmiers individualisés à la personne soignée [SIIPS]) en lien avec le résumé de sortie standardisé élaboré par le DIM a mis en évidence, par unité, des pathologies et des prises en charge similaires. Il a semblé indispensable de définir le parcours de soins optimal de ces patients.

La direction des soins a effectué une étude des méthodes existantes. La GPS® – marque déposée par le Grieps en 2003 – a été retenue car un de ses outils, « le chemin clinique », planifie les interventions des différents partenaires de santé et permet de tracer le parcours type du patient. Une présentation de la méthode a été effectuée aux cadres de santé, à la commission des soins infirmiers et aux équipes médicales et paramédicales pour qu'une réflexion soit menée dans chaque unité. La finalité est de former tous les services à la méthode à raison d'un service par an. Actuellement, la politique de santé est axée sur la maîtrise des coûts, la diminution de la durée moyenne de séjours (DMS), l'information et la participation du patient aux soins, la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), l'organisation par pôle de responsabilité. La perspective de l'accréditation version 2 et l'organisation de la nouvelle gouvernance ont renforcé la nécessité d'implanter la méthode.

Les chemins cliniques doivent permettre d'améliorer la qualité des soins donnés aux patients par un décloisonnement des acteurs de santé dans une communication interprofessionnelle.

### La demande de formation action

La demande initiale émane des équipes du service de médecine 2 qui se sont portées volontaires pour ce projet en 2002-2003. Le groupe homogène de malade retenu est le suivant : « Personne âgée atteinte de dénutrition et de déshydratation avec intégrité cognitive ». Une formation de cinq jours a été planifiée, à laquelle l'équipe pluridisciplinaire concernée par la pathologie a participé : cadre, cadre supérieur, infirmières de jour et de nuit, infirmière hygiéniste, aides-soignantes, médecin, diététicienne, kinésithérapeute et autres professionnels de la santé à des moments clés.

Ensuite, la communication entre les équipes dans l'établissement, l'évolution de la représentation de la méthode et les bénéfices potentiels reconnus par les acteurs ont permis la mise en œuvre d'autres chemins cliniques dans des unités ayant des attentes différentes. Cela

démontre que plusieurs portes d'entrée sont possibles pour favoriser la mise en œuvre des chemins cliniques :

- réalisation d'un protocole qualité d'interventions interdisciplinaires en 2002-2003 en médecine. Le but était de fédérer une équipe autour d'un plan d'interventions très concret pouvant impliquer tous les acteurs du soin dans une meilleure coordination et une organisation des soins interdisciplinaire. Cette démarche a été appliquée à un groupe homogène de patients en rapport avec la déshydratation et la dénutrition de la personne âgée, population prévalente de l'unité de soins (avant l'épisode de la canicule). En effet, ces patients âgés et fragiles nécessitent des soins prolongés interdisciplinaires. Ils peuvent de plus relever d'une situation sociale d'isolement (retraités à Hyères) et l'orientation après l'hospitalisation est le plus souvent complexe ;
- réalisation d'un parcours patient optimisé conçu de façon transversale aux unités en 2003-2004 en chirurgie orthopédique. L'équipe avait pour objectif d'améliorer la prise en charge des patients depuis les urgences jusqu'à la consultation postopératoire en réduisant les délais d'attente. Le choix « des personnes de plus de 70 ans victimes d'une fracture du fémur traitée par DHS, prothèse intermédiaire ou de Thomson avec intégrité cognitive préopératoire de classification ASA I et II » permettait également de croiser différents travaux entrepris sur la douleur, l'éducation du patient et les recommandations de l'accréditation ;
- mise en œuvre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles en 2005 pour le service de cardiologie. Le point de départ accepté par toute l'équipe comme le thème d'une analyse de la pertinence des soins est la prise en charge des patients sous anticoagulant. Une étude sur la prise en charge des patients sous antivitamines K avait déjà été réalisée dans le service. La formation sur la méthodologie du chemin clinique est l'opportunité d'approfondir cette recherche, d'étudier la pratique actuelle et celle préconisée et de trouver le cas échéant les mesures correctives. La typologie prévalente retenue unanimement à partir de critères d'inclusion de cette étude est « un patient entre 60 et 80 ans présentant un second épisode de fibrillation auriculaire depuis plus d'une semaine ». La finalité de ce travail est de créer un outil quotidien spécifique à la fibrillation auriculaire, interprofessionnel, décrivant toute la prise en charge, et d'y associer un livret éducatif impliquant le patient.

### Particularités du domaine d'application

Le chemin clinique est un concept innovant de gestion et de prise en charge des patients qui apporte des réponses pratiques aux questionnements actuels du

monde hospitalier public et privé. En effet, il est issu de modèles de gestion des soins introduits, des contextes difficiles de maîtrise des coûts et de gestion des effectifs. Ces approches<sup>(1)</sup> centrées sur la personne soignée sont nommées différemment selon les pays utilisateurs : *Case Management Systems*, suivi systématique de clientèle, chemins de soins intégrés, ou gestion prévisionnelle des soins, itinéraires cliniques. Ce sont des applications, adaptées au domaine de la santé, inspirées des chemins critiques utilisés en ingénierie de projet pour optimiser les ressources selon des délais et un coût maîtrisés (planning de Pert).

Le principe de ces méthodes de distribution des soins est de définir, à partir d'objectifs de résultats optimaux, les actions à mettre en œuvre tout en conjuguant clinique et gestion dans une logique médicale et paramédicale centrée sur une pathologie donnée. À partir des résultats attendus, elles identifient les risques à anticiper et les interventions optimales interdisciplinaires à mettre en œuvre pour une personne soignée appartenant à un groupe homogène de malades (GHM). Ce groupe de patients présente des caractéristiques cliniques communes et des problématiques de soins dont l'incidence pour l'unité est prépondérante comme :

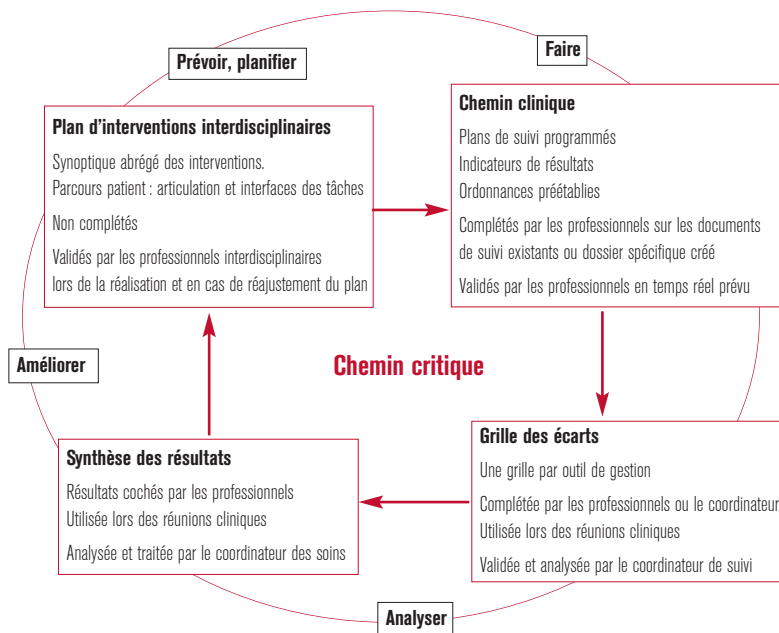
- l'infection, les complications, une gestion des accidents ou risques liés au système ;
- la rechute ou une récupération retardée, une durée de séjour longue ;
- une hospitalisation mobilisant des ressources importantes à coordonner entre unités ou avec un réseau extrahospitalier ;
- la réduction de délais entre les examens, des soins ambulatoires et l'éducation du patient à optimiser.

L'intérêt de ces méthodes est d'utiliser une démarche qualité appliquée à une situation concrète de soins qui implique tous les acteurs dans une dynamique de gestion des soins transversale à l'établissement. La démarche qualité, bien que comprise, est encore ressentie comme abstraite et contraignante par les équipes. Elle semble exister pour répondre davantage à des procédures qu'à des problématiques du terrain. L'ensemble des tentatives pour implanter les recommandations des sociétés savantes ou des experts s'avère difficile dans la pratique. Or, le chemin clinique permet de comparer la pratique clinique et organisationnelle quotidienne avec la pratique clinique optimale reconnue par les experts, d'utiliser l'analyse des écarts comme base de recherche de l'amélioration de la qualité des soins individuelle et collective. Il est une opportunité et un médiateur pour implanter ces référentiels. Cette approche à la fois pragmatique et scientifique est en adéquation avec la pratique humaniste de la médecine.

## note

(1) K. Zander, "Nursing Case Management: Resolving the DRG Paradox", Nursing Clinics of North America 23 (3), pp. 503-520, 1988.  
 G.J.B. Probst, J.-Y. Mercier, O. Bruggimann, A. Rakotobarison, Organisation et management, Éditions d'Organisation, p. 124.  
 C. Boisvert, E. Fosse, « Utiliser la gestion prévisionnelle des soins pour optimiser la prise en charge », Soins n° 637, juillet août 1999, pp. 20-23.  
 N. Delle-Vergini: « La gestion prévisionnelle des soins GPS », Gestions hospitalières, janvier 2000, [www.grieps.fr/fr/pdf\\_publications](http://www.grieps.fr/fr/pdf_publications)  
**NKP Team HSR**  
 ([www.nkp.be](http://www.nkp.be)), université catholique de Louvain - [nathalie.chaidron@hosp.ucl.ac.be](mailto:nathalie.chaidron@hosp.ucl.ac.be)

# figure 1 Chemin critique et roue de Deming



Source : Anaes, service évaluation en établissement de santé, La Roue de Deming ou roue de la qualité : les méthodes et les outils des démarches qualité pour les établissements de santé, août 2000.

## Présentation de la méthode chemin clinique

Le chemin critique (figure 1) est un processus qui contribue à établir, pour une maladie en particulier, le déroulement optimal d'une période de traitement. « Le chemin critique se présente sous la forme d'algorithmes décisionnels coordonnés par une personne identifiée. Il est élaboré à partir de l'analyse de processus (clinique, qualité et gestion).<sup>(2)</sup> »

Il englobe plusieurs outils spécifiques au service de prestations de qualité<sup>(3)</sup> que sont le plan d'interventions interprofessionnelles, le chemin clinique, la grille des écarts, la grille de synthèse des résultats et la réunion clinique. Il est géré par un coordinateur du suivi.

Le plan d'interventions interprofessionnelles est une synthèse des principales interventions à mettre en place lors du séjour pour toutes les unités concernées par le GHM. C'est un référentiel abrégé prévisionnel d'organisation et de bonnes pratiques. Il se présente sous la forme d'un synoptique des activités interdisciplinaires Cette cartographie, ou feuille de route, est un document « statique car non complété » qui permet à chaque membre de l'équipe soignante de se repérer à tout moment dans la prise en charge et d'en assurer la continuité selon les pratiques

actualisées de l'unité. Ce point est d'autant plus important que la polyvalence et la mobilité des professionnels de santé nécessaires au fonctionnement des structures de soins sont une contrainte quotidienne pour l'encadrement de la gestion des personnels.

Le chemin clinique explicite le plan d'interventions interprofessionnelles. C'est l'outil opérationnel du suivi systématique. L'Anaes précise que le chemin clinique est également appelé *clinical pathway*, *clinical trajectory* ou *integrated care pathway*<sup>(4)</sup>.

Ce plan identifie les résultats à atteindre pour une période donnée de l'hospitalisation du malade. C'est un document « vivant » qui est complété journalièrement ou par séquence par les professionnels qui réalisent les soins permettant ainsi d'assurer leur traçabilité. Les critères suivis lors du parcours du patient sont cliniques, biologiques. Ils peuvent être aussi des comportements, des réactions des patients en réponse à une prise en charge. Les résultats finaux sont des objectifs qui doivent être impérativement atteints à la sortie du malade.

La grille des écarts est la résultante des variances constatées entre les résultats prévus dans le plan d'interventions interprofessionnelles et les résultats obtenus dans le chemin clinique. Sur ce recueil sont également transcrits les éléments « inattendus » survenus au cours de l'hospitalisation. Tous ces écarts significatifs sont analysés pour en connaître les causes qui seront codées en fonction de leurs origines identifiées (patient, proches, soins, structure, organisation...). Si nécessaire, les actions concernées seront réajustées.

La grille de synthèse des résultats regroupe sous forme de bilan tous les résultats et tous les écarts constatés au cours de la prise en charge du patient. Elle est l'outil du coordinateur des soins qui vérifie ainsi les progrès du patient et le respect du processus de prestation des soins. La réunion clinique est l'outil essentiel de communication interdisciplinaire organisé et suivi par le coordinateur de suivi, garant du projet. La réunion est un échange d'informations sur l'évolution de l'état de santé du client et la résolution de problèmes cliniques. C'est un temps de concertation, d'analyse des pratiques et de réajustement des interventions, du chemin clinique ou carrément du plan d'interventions interprofessionnelles.

Le coordinateur de suivi est un professionnel qui effectue la gestion clinique et financière pour un groupe de patients donné. Il coordonne les soins pendant l'hospitalisation, anime les réunions cliniques, traite l'analyse des résultats, conseille les équipes interdisciplinaires, informe le patient. Il effectue des recherches pour assurer « une veille bibliographique thématique » fondamentale à l'évolution de ce chemin clinique. Il est en lien avec les comités d'experts du centre hospitalier (comité de liaison alimentation nutrition [Clan], comité de lutte contre les infections nosoco-

## notes

(2) M. Raynaud, « Une organisation de la prise en charge innovante au CHU de Montpellier : le projet chemin clinique », mémoire de l'École nationale de la santé publique 2003.

(3) F. Dancausse, E. Chaumat, Les Transmissions ciblées au service de la qualité des soins en soins généraux et en psychiatrie, Masson, 2003 (2<sup>e</sup> édition), p. 182.

(4) Anaes, Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé, juillet 2000, p. 127. HAS, Le Chemin clinique, mars 2005, www.has-santé.fr

# 1

## tableau

### Changements de modèle avec le chemin clinique

Modèle de soins actuel	Modèle de soins utilisant le chemin clinique
Les activités contribuant à la prise en charge sont fragmentées. La résolution des problèmes de santé se fait plutôt dans « l'immédiateté », dans l'urgence, avec une concertation principalement catégorielle (lors de temps prévus à cet effet : relèves, staffs médicaux...). Les professionnels suivent le cours de la prise en charge.	La démarche permet d'anticiper des risques et de coordonner le trajet du patient <i>via</i> une personne garante du suivi de la personne soignée. Les problèmes sont déjà planifiés sur un plan d'interventions programmées. La concertation de l'équipe se réalise de façon interprofessionnelle lors de réunions cliniques, staff interdisciplinaire en lien avec les services médico-techniques, et extrahospitaliers. Les professionnels sont proactifs dans la prise en charge.
Les rencontres avec la personne soignée sont perçues par le malade comme des actes isolés réalisés indépendamment par les médico-soignants. Le soigné reçoit l'information.	Les rencontres avec la personne soignée sont perçues comme des actes communs offrant une vision claire de l'état de santé utilisée par l'ensemble de l'équipe sur le même document. Le patient ne répète pas les mêmes informations et est acteur dans la connaissance des résultats attendus.
Chacun rédige au jour le jour ses transmissions et constatations sur une feuille blanche de son outil professionnel. Les différents outils sont réunis dans le dossier patient.	Les soins déjà établis sur un parcours type optimisé sont tracés et seuls les écarts sont notés. L'analyse est concertée lors des réunions cliniques et la saisie est limitée à une traçabilité d'un dossier collectif et spécifique.
L'organisation de la prise en charge résulte d'une division négociée des tâches réparties selon les domaines de compétences entre des professionnels qui agissent de façon autonome. Les interactions se limitent à l'organisation et au suivi de l'avancement du projet du patient.	Tous les membres de l'équipe restent en contact régulier, chacun apporte au groupe pour améliorer le plan d'interventions de façon continue, les interactions sont permanentes : c'est la cohérence de l'équipe interdisciplinaire qui permet d'atteindre les résultats.
La gestion des soins est orientée sur le mode coopératif.	La gestion des soins est orientée sur le mode collaboratif.

« Le mode collaboratif est plus difficile à mettre en œuvre car il implique davantage l'humain (ce qui pose souvent des problèmes d'ego), mais sa performance est sans égal : la capacité d'un groupe à valoriser son capital humain est une marque d'intelligence collective. » **P. Levy**, « L'Intelligence collective et ses objets, 1997 - <http://t0.or.at/levy/plevy.htm> »  
 Dispenser des soins de qualité dans une approche systématique et productrice de soins adaptés à la personne soignée dans une équipe élargie dans ses compétences est un défi. Une méthode associant la coordination, la coopération mais également la collaboration répond aux besoins de cohérence et de sécurité des équipes.

miales [Clin], comité de lutte contre la douleur [Clud]...) et le service de documentation qualité.

Concrètement, pour un professionnel de santé qui s'inscrit dans la prise en charge d'un patient, l'utilisation du chemin clinique repose sur :

- la consultation du plan d'interventions interprofessionnelles pour se repérer dans l'ensemble du séjour et prendre connaissance des tâches prévues ;
- la réalisation du profil de l'usager s'il s'agit d'un nouveau patient pour identifier ses besoins et évaluer sa situation initiale (clinique, sociale et financière) ;
- la mise en œuvre des interventions qui seront directement cochées sur le chemin clinique prévu à cet effet ou sur les diagrammes de suivi du dossier patient ;
- le suivi des résultats obtenus par jour ou séquence de soins sur le chemin clinique ;
- l'utilisation de la grille d'écart pour consigner les modifications des interventions prévues en déterminant la source et en assurant la régulation ;
- la participation à la réunion clinique pour commenter les écarts constatés et participer à leur réajustement.

### Méthodologie de mise en œuvre

Elle a consisté essentiellement en une formation-action-recherche s'articulant avec des temps de rencontres sur la méthodologie avec le formateur, des temps de mise

en œuvre dans les unités et des temps de recherche en intermodule.

La première étape a consisté à constituer le groupe décisionnaire interprofessionnel représentatif des différents domaines d'interventions à coordonner pour la prise en charge. Ce groupe a fait appel au fur et à mesure de l'avancée du référentiel à des intervenants expérimentés pouvant répondre aux difficultés rencontrées en enrichissant les interventions initiales. La responsabilité de ce projet a été confiée par le groupe à un binôme médecin/cadre de l'unité. Par exemple, pour le chemin clinique en rapport avec la déshydratation et la dénutrition de la personne âgée, le groupe a été composé du médecin chef du service et membre du Clan, du cadre de l'unité, du cadre supérieur, de la secrétaire, des infirmières, des aides-soignantes, de la diététicienne. Le médecin du département d'informatique médicale, les professionnels du Clan, l'infirmière hygiéniste ont été consultés lors du projet.

Le coordinateur de soins assume deux grandes fonctions : celle de la coordination du chemin clinique et celle de la collaboration interunité. Pour l'utilisation du chemin clinique au quotidien, deux infirmières du service se sont proposées comme référentes de cette pathologie. Elles ont été aidées dans l'analyse des écarts par le cadre supérieur en mission transversale qui a une vision de l'ensemble

## tableau 2

# Plan d'interventions interdisciplinaires : prothèse totale de hanche sur fracture du fémur (clou gamma, prothèse de Thomson, DHS, prothèse intermédiaire)

	Admission	Service	JO	Salle de réveil	Service	J1	J2	J3	J7	J12-J14	J18-J21
<b>Prélèvements</b>	Groupe - RAI - NFS - Plaquettes - TP TCA Iono - Créatine - CRP - Fibrine	2 <sup>e</sup> déter. trans. thyroïdienne				NFS - Plaquettes Iono - CRP - Urée Créatine		NFS - Plaquettes Iono - CRP - Urée Créatine	NFS - Plaquettes Iono - CRP - Urée Créatine	NFS - Plaquettes Iono - CRP - Créatine	NFS - Plaquettes Iono - CRP - Créatine
<b>Examens Consultation</b>	RX bassin - thorax - ECG Chirurgien prévenu	Consultation préopératoire Chirurgien, anesthésiste		Radio de contrôle					Radio de contrôle		
<b>Protocoles et traitements pansements</b>	Voies veineuses périphérique Protocole antalgique - PM ou intervention du Clud - PM anticoagulants PM du traitement lié aux ATCD = Génois		Prémédication	02-31 lunettes							
<b>Évaluation des signes et symptômes cliniques</b>	Évaluer la nécessité de la pose SU : urgences ou bloc ECBU initiale Évaluation paramètres vitaux ; poids - $\pi$ - TA - T° 1 <sup>er</sup> évaluation douleur : EVA, échelle comportementale	Transaction Aérosol Glace Aérosol Recueil : risque constipation 2 <sup>e</sup> évaluation douleur		Surveillance = Paramètres V Réchauffement Drains, redons VVP Pansement Protocoles Reprise Trt lié aux ATCD sur PM			si T° > 39° = hémocultures. CBU TA - $\pi$ - T° Ablation redon si $\leq 20$ cc Per Os Réfection (chirurgien) si ablation redon		Réfection pansement avec chirurgien Ablation 1 fil ou 1 agrafe / 2	Relais instauré : Trt-Intro-Conseils	Ablation totale fils dans le service ou en rééducation
<b>Diététique</b>	À jeun selon PM et heure d'intervention à programmer Enquête alimentaire	<b>À jeun 0 h</b>		Reprise alimentation Régime riche en fibres, protides caloriques	Suivi alimentaire Collation Hydratation						
<b>Activités et mobilisation</b>	Déshabillage complet	Recueil de données Toilette complète Change Prévention escarre : mise de mousse de posture, pose barrières de sécurité, attaches si besoin, arceau	Soins préopératoires Toilette selon protocole	TC	Kiné respiratoire sur PM				J5 à J14 = toilette lavabo + aide		
<b>Interventions psychosociales et communication</b>	Verbalisation et circonstances Évaluer l'anxiété du patient et de ses proches Information du patient Information des proches Information à la douleur et soins (SU - VVP...)	Recueil de données et profil de l'usager fait par le médecin et complété par les soignants	Rencontre avec la famille Élaboration du projet de devenir		Protocole Préventif et curatif	1 <sup>er</sup> lever : mise au bord du lit Massage circulatoire sur PM	Mise au fauteuil 1 <sup>er</sup> lever avec appui soulagé ou sans appui		Marche progressive avec déambulateur vers autonomie antérieure		Verbalisation et ressenti sur la chute
<b>Éducation</b>			Information sonde vésicale Information antalgique, perfusion			Éviter les rotations Conseils mobilisation	Apprendre à se lever	Conseil sur l'aménagement de l'environnement, fiches conseil, prévention des chutes			
<b>Planification de sortie</b>	Évaluation équipe mobile de gériatrie	Évaluation sociale Recensement des difficultés à signaler à l'assistance sociale						Mise en route du réseau (médecin, IDE, aide-ménagère...) si besoin		RDV consultation Ordonnances	
<b>Résultats et critères de sortie</b>				EVA $\leq 3$ Malade réchauffé Non hémorragique Normo-thermique	Malade réveillé			Déplacement avec déambulateur ou cannes Plaie en voie de cicatrisation			
				<b>Date d'entrée</b>					<b>Date de sortie</b>		

CHG de Hyères, service de chirurgie 1/GPS - Juin 2005

du parcours du patient. Le périmètre du projet a été défini par le choix de la typologie de patients et la détermination des résultats optimaux attendus pour cette pathologie.

L'analyse de l'existant est l'étape fondamentale qui permet de mesurer la situation actuelle de la prise en charge des patients et de la comparer à la situation optimale

recherchée. La démarche d'évaluation a été participative à partir d'outils réalisés par le groupe (enquêtes de satisfaction, entretien avec le patient et ses proches, grille d'évaluation des dossiers, grille d'observation des activités de toute la prise en charge). L'autoévaluation a permis de clarifier les problèmes et de rechercher ensemble des solutions d'amélioration de la prise en charge.

### tableau

## Synthèse des résultats et grille d'écart

### Prothèse totale de hanche sur fracture du fémur

Étape 1 : préchirurgie	Salle de réveil	Étape 2 : J0 + J1	Étape 3 : J3 - J7	Sortie
Recueil de données profil de l'usager et milieu de vie complété	Hémodynamique stabilisée	Complications postopératoires anticipées et maîtrisées. Anémie contrôlée	Ablation redon	Planification sortie organisée
Intervention programmée : consultation chirurgien, consultation anesthésiste, bloc prévenu, intervention planifiée	Réveil du patient constaté	Confusion gérée : dénutrition/déshydratation	Ablation sonde vésicale	Bilan de sortie évalué : bilan sanguin, radiologie
Bilan évalué : radiologique, sanguin, prétransfusionnel réalisé	Bloc moteur levé	Radio de contrôle faite et évaluée	CR non augmentée	
Dossier prêt pour le bloc	Risque hémorragique évalué	Intégrité de la peau contrôlée		
Anxiété évaluée et diminuée :	Pansement propre, plaie opératoire contrôlée	Toilette complète au lit		
- chute gérée	Redon $\leq$ 50 cc	1 <sup>er</sup> lever au fauteuil fait		
- bloc programmé	Douleur gérée : max 3 sous antalgique IV	Demande centre de rééducation organisée		
Situation initiale de personne âgée réalisée	Traitement lié aux antécédents prescrit	Retour à domicile envisagé		
équipe mobile de gériatrie	Complications liées aux antécédents gérées	Anxiété liée à la mobilisation, syndrome postchute évalués et diminués		
	Reprise alimentaire prescrite			
	Complications postopératoires anticipées : ATB prescrit/o2/anticoagulants prescrits			
<b>Écart constatés et causes :</b>	<b>Écart constatés et causes :</b>	<b>Écart constatés et causes :</b>	<b>Écart constatés et causes :</b>	<b>Écart constatés et causes :</b>

CHG de Hyères, service de chirurgie 1/GPS - Juin 2005

La réalisation du chemin clinique a consisté en une description complète du processus de la prise en charge en améliorant les interventions par l'étude de l'analyse de la littérature sur ce thème, les recommandations de bonnes pratiques et les niveaux de preuves retenus. Des cours ont été donnés à l'ensemble du groupe par le médecin et la diététicienne. L'analyse de l'existant a montré la nécessité d'élaborer un profil spécifique à l'usager. Il a été placé dans le dossier patient ainsi que le plan d'interventions interdisciplinaires, la grille des résultats et des écarts. Le plan d'interventions est également affiché dans la salle de soins et sur le chariot de visite des médecins. Les patients qui entrent dans ce chemin clinique sont choisis par le médecin ou le cadre de santé dès l'entrée selon des critères prédéfinis. Le suivi du patient se réalise dans le dossier patient usuel par l'ensemble de l'équipe. L'analyse des écarts est effectuée par les infirmières coordinatrices lors des relèves et reprise lors du staff clinique interdisciplinaire.

## Les résultats

Toutes ces informations se limitent aux résultats bruts et non quantifiés de la mise en œuvre de la méthode. L'interprétation en termes de coûts, de diminution de la DMS, d'indicateurs de résultats quantifiés est en cours dans le cadre de la préparation de la seconde visite d'accréditation et fera l'objet d'une publication ultérieure. Dès à présent, des évolutions tangibles sont observables dans les pratiques des équipes.

## Les changements

La résolution des problèmes recensés lors de l'analyse de l'existant a permis d'anticiper, dès l'entrée, les risques et complications rencontrés lors de la prise en charge, et d'améliorer ainsi l'efficacité et la pertinence des choix des interventions à chaque étape du suivi du patient (problèmes infectieux, confusion, complications du décubitus, gestion de la douleur de la personne âgée...). Un recueil de données sous la forme d'un profil de l'usager (tableau 4 page suivante) centré sur les problématiques de la typologie choisie a contribué à un cadrage ciblé et à une anticipation de la sortie, d'où un gain de temps substantiel. Les attentes formulées par les patients lors du focus groupe et dans des questionnaires de satisfaction ont apporté aux équipes les éléments utiles à l'amélioration de la qualité des prestations fournies (en matière d'alimentation spécifique aux personnes âgées, d'organisation du travail pour une alimentation adaptée, de soins de confort et d'informations adéquates).

La réalisation des livrets éducatifs sur la déshydratation, la dénutrition et sur le risque de chute a été appréciée par les patients et leurs proches. L'explicitation des résultats attendus lors des soins a permis au patient et à ses proches de comprendre le déroulement de son hospitalisation et de s'impliquer davantage lors des soins (observance de traitement et des conseils qui évitent les réadmissions pour les mêmes causes).

La rencontre dès les urgences de l'équipe mobile de gériatrie offre au patient âgé ou à ses proches une réflexion organisée sur son devenir et facilite ainsi une planification plus rapide de son orientation à la

## remerciements

Les auteurs remercient les membres des services du CHG d'Hyères :

### Médecine 2 :

Dr Igual, M.-J. Santucci, N. Castelli, N. Mollero, V. Turgis, A. Morette, M. Dubois, M. Collot, M. Guige, C. Marconville, B. Andréani, C. Garcia, D. Fédèle, M. Léopold, C. Dagand, Ch. Ricci, **Chirurgie orthopédique :** Dr Chattot, Dr Blumen, F. Magne, V. Maccario, S. Hardel, Ch. Bermond, J.-M. Berteaux, N. Guinguene, V. Gagnère, N. Souames, F. Ouldemou, C. Poux, J.-P. Fouquert, G. Le Chevallier, J. Ganneau, B. Zwiler

### Cardiologie :

Dr Borderon, Dr Fekar, D. Madeje, M.-F. Rolland, L. Thomas, H. Aranda, H. Lequan, F. Bruno, B. Laurent, Ch. Ricci, G. Souque.

## tableau Recueil de données : profil de l'utilisateur déshydraté ou dénutri

<b>Date d'entrée :</b>		<b>Âge :</b>		
<b>Sexe</b>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F		
<b>Motif d'admission :</b>				
<b>Antécédents :</b>				
<b>Traumatisme ou deuil récent :</b>				
<b>Médicaments :</b>				
<b>Allergies :</b>				
Profil de la personne/famille				
<b>Statut civil</b>	<input type="checkbox"/> marié	<input type="checkbox"/> divorcé	<input type="checkbox"/> célibataire	<input type="checkbox"/> veuf
<b>Lieu de provenance</b>	<input type="checkbox"/> rural	<input type="checkbox"/> urbain	<input type="checkbox"/> vacances	<input type="checkbox"/> autres
<b>Mode d'entrée</b>	<input type="checkbox"/> urgences	<input type="checkbox"/> domicile	<input type="checkbox"/> transfert	
<b>Milieu de vie</b>	<input type="checkbox"/> maison	<input type="checkbox"/> appartement	<input type="checkbox"/> institution	<input type="checkbox"/> autres
<b>Réseau de soutien</b>	<input type="checkbox"/> vit seul	<input type="checkbox"/> vit avec un conjoint	<input type="checkbox"/> vit avec une personne à charge	<input type="checkbox"/> autres
<b>Couverture sociale :</b>				
<b>Ressources financières :</b>				
<b>Aides mises en place</b>	<input type="checkbox"/> soins à domicile	<input type="checkbox"/> aide ménagère	<input type="checkbox"/> intervenant social	
	<input type="checkbox"/> médecin de famille	<input type="checkbox"/> auxiliaire de vie	<input type="checkbox"/> bénévoles	
	nombre de repas portés :			
<b>Devenir et orientation future :</b>				
<b>Préoccupations de l'utilisateur face à son hospitalisation :</b>				
<b>Préoccupations de la famille :</b>				
Informations cliniques				
<b>Poids :</b>	<b>Taille :</b>	<b>Température :</b>		
<input type="checkbox"/> Œdèmes	<b>État cutané :</b>	<b>Sommeil :</b>	<input type="checkbox"/> Douleur	
Habitudes de vie				
<b>Hydratation</b>				
<b>Quantité :</b>	<b>Qualité :</b>	<input type="checkbox"/> Fausse route		
<b>Alimentation</b>				
<b>Quantité :</b>	<b>Qualité :</b>			
<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> avec aide partielle	<input type="checkbox"/> troubles de la mastication		
<input type="checkbox"/> intégrité bucco-dentaire		<input type="checkbox"/> avec aide totale	<input type="checkbox"/> troubles de la déglutition	
<b>Habitudes alimentaires :</b>				
<b>goût :</b>				
<b>aversions :</b>				
<b>régime :</b>				
<b>Hygiène corporelle</b>				
<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> aide partielle	<input type="checkbox"/> aide totale		
<b>Mobilisation</b>				
<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> aide matérielle	<input type="checkbox"/> ne marche pas		
<b>Élimination</b>				
<input type="checkbox"/> autonome	<input type="checkbox"/> incontinence occasionnelle	<input type="checkbox"/> incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> urinaire et fécale	
<b>Consommation</b>				
<input type="checkbox"/> tabac	<input type="checkbox"/> alcool	<input type="checkbox"/> autres		
<b>Activités</b>				
<input type="checkbox"/> courses	<input type="checkbox"/> entretien du domicile	<input type="checkbox"/> loisirs	<input type="checkbox"/> conduite voiture	
Statut psychique/cognitif				
<input type="checkbox"/> communication intègre	<input type="checkbox"/> alerte	<input type="checkbox"/> confus		
<input type="checkbox"/> participatif(ve)	<input type="checkbox"/> apathique	<input type="checkbox"/> agité		
<b>Risques :</b>				
<b>de chute</b>	<b>d'escarre</b>	<b>de fausse route</b>	<b>autres</b>	
<input type="checkbox"/> élevé	<input type="checkbox"/> élevé	<input type="checkbox"/> élevé	<input type="checkbox"/> élevé	
<input type="checkbox"/> mitigé	<input type="checkbox"/> mitigé	<input type="checkbox"/> mitigé	<input type="checkbox"/> mitigé	
<input type="checkbox"/> absent	<input type="checkbox"/> absent	<input type="checkbox"/> absent	<input type="checkbox"/> absent	
<input type="checkbox"/> mesures préventives	<input type="checkbox"/> mesures préventives	<input type="checkbox"/> mesures préventives	<input type="checkbox"/> mesures préventives	
<b>Notes complémentaires :</b>				
<b>Signature et date :</b>				

CHG de Hyères, service de médecine 2 - GPS 2004.

sortie. La mise en place du réseau à domicile est mieux prévue, sa coordination avec le centre hospitalier organisée.

Le logigramme sur le trajet du patient opéré de la fracture du fémur a permis une analyse critique de l'itinéraire suivi par le patient. Cette étude a contribué à la diminution des examens, des appels, des soins redondants, à une cohérence des interfaces entre services des urgences, bloc, salle de réveil, unité de soins, consultation postopératoire. La communication entre les services présents lors de cette approche a résolu des difficultés d'organisation non explicitées entre professionnels ayant des enjeux différents.

### Les difficultés rencontrées

Elles sont essentiellement dues à la rencontre avec l'ensemble des acteurs intervenant sur tout le trajet. Il est nécessaire d'organiser les temps de formation action dans une amplitude horaire souple et de prévoir le calendrier et l'échéancier des travaux. L'autre difficulté est l'articulation du chemin clinique avec les différents dossiers existants (médical, de soins, kiné...). La solution réside probablement dans la création d'un dossier spécifique centré sur le GHS choisi. Le rôle de la coordinatrice de suivi demande à être développé. Le besoin d'une formation spécifique intégrant l'association de la clinique, du suivi qualité et de la gestion des coûts a été exprimé par les cadres de santé et les infirmières ayant utilisé cette méthode.

### Conclusion

La valeur ajoutée de la démarche a été, pour les deux équipes, une clarification de la prise en charge de manière collective. L'explicitation des pratiques usuelles peu formalisées a conduit les équipes à poser de façon explicite, sur le plan d'interventions interprofessionnelles, des pratiques communes implicites. Cet apprentissage maillé et coordonné avec comparaison des savoirs, validés scientifiquement, constitue une plate-forme optimale de connaissances transposables à l'ensemble de l'hôpital (le chemin clinique de la dénutrition de la personne âgée a été intégré dans celui des fractures du fémur qui concerne également des personnes âgées dénutries). Le changement recherché est réalisé en synergie au fur et à mesure de la progression du projet et avec l'ensemble des acteurs concernés. Or, la principale difficulté en matière de qualité est de faire mettre en pratique collectivement en situation réelle des compétences professionnelles complémentaires et actualisées. Le chemin clinique, par l'association de l'analyse du processus clinique et de gestion, est une alternative à ce passage vers des pratiques optimales maîtrisées.