

LA GESTION PREVISIONNELLE DES SOINS®: UN OUTIL DE QUALITE DE PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DE LA PERSONNE SOIGNEE.

F. DANCAUSSE¹, S. SCIFO², J. PONS³

1. PREAMBULE (FLORENCE DANCAUSSE)

Comme vous l'avez sûrement déjà entendu ou lu, la gestion prévisionnelle des soins^{®4} est une " méthode de distribution des soins qui conjugue processus clinique et processus de gestion dans une approche interdisciplinaire centrée sur un groupe de patients ". Son implantation demande un changement des habitudes dans les pratiques de soins et dans les modalités de gestion et de communication.

Il est nécessaire d'en comprendre la portée, d'en saisir les perspectives avant de se lancer dans cette expérience commune.

Le but de cet exposé est d'aborder les points suivants :

- ✓ • La demande du Centre Hospitalier d'ARLES et la genèse du projet
- ✓ Le contexte actuel de la GPS[®] et les changements de modèles nécessaires pour répondre à ce contexte
- ✓ •L'originalité de cette méthode de gestion des soins
- ✓ •La mise en œuvre de la GPS[®] et son illustration dans le service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier d'Arles
- ✓ •La place de l'interdisciplinarité dans la GPS[®] et son illustration à Arles
- ✓ •Les impacts de la GPS[®] et ceux déjà constatés à Arles
- ✓ •Les conditions de réussite pour le choix de cette méthode
- ✓ •Conclusion : les perspectives les impacts de la GPS[®] et le devenir à Arles

La présentation suivra la logique d'une formation action, c'est à dire la succession de l'approche méthodologique de la méthode par la formatrice suivie de l'expérimentation par les acteurs de soins du service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier d'Arles.

2. INTRODUCTION :

2.1. La demande du Centre Hospitalier d'Arles (F. Dancausse)

Soucieux d'améliorer le service rendu et de répondre à cette démarche qualité, le Centre Hospitalier de d'Arles veut depuis de nombreuses années renforcer la qualité des soins dispensés et la sécurité de la clientèle. Des formations ont été réalisées pour améliorer dans un premier temps la traçabilité des écrits professionnels : Restructuration du dossier de soins suivie de l'utilisation de la méthode des transmissions ciblées et de celle d'une planification collective ; formation d'un groupe de cadres de santé à l'évaluation de la qualité des soins, puis formation à l'hygiène et la gestion de la douleur avec création de référents d'hygiène et de la douleur dans les unités de soins.

A partir de 2000, le Centre Hospitalier d'Arles veut appliquer directement au sein d'une unité une méthodologie Qualité. Son but est de fédérer toute une équipe autour d'un objectif qualité très concret sur un thème connu qui peut impliquer tous les acteurs du soin dans une meilleure coordination et une organisation des soins interdisciplinaire. De plus le contexte concurrentiel en terme de satisfaction de l'utilisateur et de réduction de la durée d'hospitalisation donc indirectement des coûts ont séduit l'institution.

(S. SCIFO et J. PONS) présentent l'arrivée de la GPS à Arles

® Gestion Prévisionnelle des soins ou GPS: Marque déposée GRIEPS

¹Florence. DANCAUSSE: Formateur consultant permanent au GRIEPS, Responsable du groupe de recherche et développement sur la Gestion Prévisionnelle des soins®, co-auteur avec Elisabeth Chaumat du livre les transmissions ciblées: un choix stratégique au service de la qualité des soins, juin 2000. MASSON, 182 p.

² Sylvette SCIFO: Responsable adjointe AFEDI méditerranée, Cadre de Santé en Chirurgie Générale du Centre Hospitalier d'Arles, Coordinatrice des soins en chirurgie viscérale.

³Julien PONS: Chirurgien, Chef de projet.

⁴ Gestion Prévisionnelle des soins ou GPS : Marque déposée GRIEPS.

2.2. Comment la GPS est-elle arrivée à Arles ?

Après avoir assisté à l'atelier d'Evelyne FOSSE présentant la GPS aux VIII^{èmes} journées d'étude Européennes, au LUXEMBOURG, je m'en suis entretenue avec la Directrice du service de soins infirmiers de mon établissement, laquelle, toujours partie prenante de tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité des soins, a négocié aussitôt la formation avec le responsable.

Pourquoi cet engouement de ma part ? Qu'est ce qui, en tant que cadre de santé, m'a attiré vers cette méthode de distribution des soins ?

Hormis l'aspect fédérateur, mobilisateur des compétences et des savoirs individuels qui n'est pas des moindres, j'ai été interpellée par la place qu'elle redonne au patient, au centre de nos préoccupations, en prenant en compte ses avis et réflexions dans sa mise en oeuvre.

Cette notion de partenariat avec la personne soignée, est bien sur dans la mouvance actuelle, mais correspond aussi tout à fait à la philosophie de soins de l'équipe.

Outre les points présentés ci dessus par Mme SCIFO, l'interdisciplinarité, l'accréditation et la maîtrise des dépenses de santé constituent pour les structures de santé un motif supplémentaire de reconsidérer leur fonctionnement et leur organisation des soins. Pour cela, la recherche de nouveaux modèles de distribution des soins est nécessaire pour une bonne gestion économique qui ne perd pas de vue que la performance attendue des structures de santé est un soin de qualité répondant autant aux attentes des usagers qu'aux exigences professionnelles. La Gestion Prévisionnelle des Soins® constitue une réponse méthodologique à ce besoin collectif.

3. LE CONTEXTE ACTUEL DE LA GPS® ET LES CHANGEMENTS DE MODÈLES NÉCESSAIRES POUR RÉPONDRE À CE CONTEXTE: (F. DANCAUSSE)

3.1. Le contexte socio-économique actuel des soins:

Le contexte est exprimé par les équipes médico-soignantes à travers ces deux questions :

1. Comment s'organiser ensemble dans un contexte de ressources maîtrisées en délivrant des soins de qualité cohérents et continus ?
2. Comment répondre aussi bien aux attentes des patients en terme d'excellence et de sécurité des soins qu'aux exigences professionnelles actuelles qui n'ont jamais été aussi fortes en traçabilité ?

En effet actuellement il s'agit de conforter la stabilisation des dépenses de santé amorcées depuis quelques années et prévenir des dérives toujours possibles en matière de coût. (M PONS)

La nécessité d'avoir des méthodes prédéterminées peut améliorer la gestion complexes des soins actuels "high speed" d'aujourd'hui afin :

- ✓ de retrouver facilement les informations de chaque clinicien, de se faire des documents rappels,
- ✓ d'apprendre à extraire dans les données recueillies par les autres cliniciens pour alimenter une aide à la décision des soins,
- ✓ d'avoir des plans opérationnels pré imprimés reflet d'atteinte de résultats tangibles pour suivre le parcours du patient

3.2. Changement de modèles:

Il s'agit d'un réel changement dans les mentalités. Quelles sont les principales modifications qui peuvent être utiles à l'évolution des pratiques de gestion des soins ? Elles sont de trois domaines :

- 1 { **Aujourd'hui** les équipes médico-soignantes identifient les problèmes de santé des patients et donnent des informations sur les interventions, consultations et risques encourus lors de la prise en charge ?
- Demain** les attentes des patients seront prises en compte et l'information donnée ira jusqu'aux résultats attendus aux différentes étapes de sa prise en charge. **Le patient sera un véritable partenaire** de ses soins dans une dynamique contractuelle.

- 2 { **Aujourd'hui** la résolution des problèmes de santé se fait au coup par coup, dans l'urgence avec une concertation catégorielle entre les professionnels.
- 2 { **Demain** les problèmes seront anticipés sur un plan d'interventions programmé et la concertation de l'équipe se réalisera de façon interprofessionnelle pour résoudre la problématique identifiée. **La démarche sera anticipatrice des risques et coordonnée** par une personne **garante** et **responsable** du suivi de la personne soignée.
- 3 { **Aujourd'hui** les rencontres avec la personne soignée sont perçues comme des actes isolés par tous les professionnels du soin et chacun rédige au jour le jour ses transmissions et constatations sur une feuille blanche de son outil professionnel.
- 3 { **Demain** les soins seront programmés sur parcours type optimisé à l'avance par l'ensemble de tous les acteurs de soins et seuls les écarts et leur analyse seront notés. Donc une **l'analyse** du suivi de la prise en charge est **concertée**, et **la saisie est limitée** dans **une traçabilité commune**.

C'est cette dynamique que permet la gestion prévisionnelle des soins® dont le principe d'utilisation repose sur l'association de 3 principes :

- ✓ Union de Clinique et Gestion, de qualité et coûts, et interdisciplinarité

et de 3 outils :

- ✓ le chemin clinique, la grille des écarts et la réunion clinique

3.3. Originalité de la méthode : F Dancausse

L'originalité de la gestion prévisionnelle des soins® pour initier cette conception des soins est d'associer deux démarches complémentaires et itératives : Une démarche qualité et de recherche combinée à et une démarche clinique interdisciplinaire qui conduisent à l'élaboration du chemin clinique. Voyons comment ces deux démarches se sont intriquées à Arles.

4. LA MISE EN ŒUVRE DE LA GPS® ET SON ILLUSTRATION DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE VISCÉRALE DU CENTRE HOSPITALIER D'ARLES : F DANCAUSSE, S SCIFO, J PONS

4.1. Partenariat avec la personne soignée et ses proches : F Dancausse

C'est souvent dans la non considération des attentes des usagers ou dans l'absence de coordination des examens, des consultations, des soins... que se situent les dysfonctionnements et les problèmes de communication. Le désir de participation des usagers du système de santé aux décisions les concernant s'exprime tant au niveau individuel qu'au niveau collectif. Le renforcement d'un dialogue constructif avec le patient et ses proches est un axe prioritaire des soins ainsi que la promotion de la communication interne et celle avec les partenaires externes. Ces axes ne sont envisageables que dans une approche des soins interdisciplinaire, ouverte sur les réseaux et qui intègre le patient comme un partenaire de l'équipe soignante

La démarche de qualité et de recherche consiste en :

- ✓ •Une analyse de l'existant
- ✓ •La consultation de la littérature et des experts
- ✓ •L'Interrogation et Optimisation de la pratique
- ✓ •L'Information du patient sur les résultats recherchés
- ✓ •La Participation du patient aux résultats recherchés
- ✓ •L'Évaluation des résultats obtenus et analyses des écarts

Bien analyser l'existant est une condition de réussite de ce projet. Ceci passe par la comparaison des enquêtes satisfaction soignés /soignants et par l'étude des dossiers de l'établissement pour :

- ✓ cerner les problèmes qui se posent à cette population de patients
- ✓ réaliser un chemin clinique qui sera enrichi par ces études et la confrontation à l'expertise.

La connaissance des attentes des usagers et du vécu lors de leur hospitalisation fait partie de cette analyse. Depuis quelques années, les études⁵ auprès des patients sur la satisfaction et la qualité perçue se sont avérées nécessaires. En effet les patients sont souvent peu enclins à s'exprimer de leur propre initiative si bien que les soignants ont parfois du mal à évaluer le niveau de satisfaction. Au Centre Hospitalier d'Arles une enquête satisfaction et un "focus group"⁶ sur la cholécystectomie ont été réalisés. Le but de ces entretiens est de mieux connaître les difficultés rencontrées par les patients lors de leur prise en charge et de cerner leurs besoins d'information. La finalité est d'enrichir le chemin clinique par des interventions spécifiques à la population type et les intégrer sous forme de résultats attendus.

Mme SCIFO va vous présenter maintenant l'expérimentation réalisée à Arles et son analyse.

Avant d'en venir à la présentation de notre étude, il me semble important de situer l'établissement, le service et tous les préalables à la mise en route de l'étude.

Aux portes de la Camargue, le Centre Hospitalier d'ARLES comprend 529 lits dont 274 de médecine, chirurgie et obstétrique, pour une commune d'environ 60000 habitants, hors périodes estivales.

Il est à proximité de 4 CHU dans un rayon de moins de 100 km.

4.2. Comment cela s'est-il passé ?

Tout a commencé en décembre 1999, autour d'une table où étaient réunis : les 3 chirurgiens de chirurgie générale, la directrice des soins infirmiers, le cadre supérieur infirmier, une secrétaire médicale, une kinésithérapeute, une diététicienne, un médecin anesthésiste, une IBODE, une IADE, l'infirmier hygiéniste, l'infirmière des consultations d'anesthésie, 7 infirmières, 2 aide-soignantes, moi-même et bien sûr la formatrice Florence DANCAUSSE.

En fait, tous les intervenants non médicaux ont été conviés à cette réunion, mais il fallait bien qu'il en reste sur le terrain !

A propos du service, quelques précisions me semblent utiles.

Il comprend 30 lits de chirurgie viscérale, urologique et vasculaire et 14 lits de gynécologie et est séparé en deux unités distinctes géographiquement : une de 30 lits d'hospitalisation conventionnelle et une de 14 lits d'hospitalisation de semaine.

Les gynécologues praticiens hospitaliers ou attachés, sont au nombre de 5, mais les bureaux de consultations et secrétariat étant très éloignés du service et le volume de leur activité obstétricale étant élevé, nos temps de rencontre et d'échanges sont plus brefs et plus dispersés, aussi n'ont-ils pas été invités à la réunion.

Mais revenons à notre première rencontre.

Toutes les personnes présentes connaissaient l'objet de la réunion, soit par une information orale, soit par une documentation succincte, ou par les deux.

Après une présentation de la méthode et de ses conditions de réussite, par Florence, le cadre étant déjà positionné dans le projet, la question posée était :

QUEL CHIRURGIEN EST PARTANT POUR CE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE, ET POUR QUELLE PATHOLOGIE AYANT UNE PLACE IMPORTANTE DANS L'ACTIVITE DU SERVICE ET/ OU POSANT PROBLEME EN TERME DE QUALITE ?

Pas de bousculade! Tous disaient trouver la méthode intéressante mais préférerait laisser passer un tour : "WAIT and SEE", à l'exception de M. PONS ici présent, ravi de se lancer avec nous dans cette aventure.

Car, j'ai oublié de dire que NOUS, c'est à dire l'équipe, avait déjà répondu "présent" à l'appel.

Restait à choisir la pathologie, désigner la coordinatrice de soins, une référente par unité, M. PONS s'étant spontanément proposé pour être "chef de projet", et à établir le calendrier des réunions auxquelles les personnes désignées s'engageaient à être présentes et participatives à chaque intervention: tout ceci est précisé dès notre 2ème rencontre.

⁵ Frédéric BIELEN, Isabelle ROCH, Diane VANDENBERGUE : La satisfaction et les attentes du patient, Elaboration d'un questionnaire d'évaluation de l'opinion des patients hospitalisés concernant la qualité perçue des services hospitaliers. Gestion hospitalière de mars 2000, P171

⁶ Le "focus group" est une méthode d'entretien

4.3. La pathologie :

Celle qui nous est spontanément venue à l'esprit est l'hémiectomie dont le nombre croissait et tant il y a faire en terme d'informations, d'éducation, même si chaque membre de l'équipe essaie de donner le meilleur de lui-même.

Mais, ces patients là n'auraient concerné que l'unité d'hospitalisation conventionnelle au risque de déséquilibrer l'harmonie et la complémentarité des deux unités.

La CHOLECYSTECTOMIE programmée, que l'intervention se fasse sous coelioscopie ou par laparotomie fit l'unanimité, du fait de son plus grand nombre par rapport aux autres interventions, mais aussi parce qu'en fonction des lits disponibles et du jour de l'intervention, elle concerne les 2 équipes.

Ceci étant, qu'avons nous fait au fil de, et entre nos rencontres qui sont à ce jour, au nombre de 9 ? Quels résultats avons nous obtenu et, surtout, quelle analyse susceptible de nourrir le chemin clinique ?

Nous avons recherché les dossiers de tous les patients cholécystectomisés depuis le 1er janvier 1999.

Pourquoi seulement depuis cette date ? Tout simplement parce que c'est la date à laquelle M. PONS est arrivé au C.H d'Arles en partageant jusqu'à fin avril son activité avec un établissement de l'APHM.

Sur les 64 dossiers trouvés, nous avons exclu les 23 concernant des patients entrés en crise, donc non programmés.

Dés la 2ème rencontre, le groupe a proposé une liste d'items permettant la construction de fiches de "collectes de données" et ces propositions améliorées et complétées ensemble ont abouti au document définitif avec lequel nous avons, en binôme, analysé 41 dossiers patient, dont voici les résultats.

- ✓ 19 hommes et 22 femmes
- ✓ moyenne d'age : 48 ans
- ✓ résidence : Arles et ses alentours
- ✓ 15 personnes sont entrées la veille de l'intervention, 26 le jour même
- ✓ 8 hospitalisations récentes: (moins de 15 jours avant l'intervention): critère favorisant la survenue d'infections nosocomiales dont les effets pourraient être la cause d'un écart dans le chemin clinique.
- ✓ La DMS est de 4,92 jours dont 3,04 jours post opératoires, tous patients confondus
- ✓ 30 cas de cholécystectomie sous coelioscopie, avec une DMS de 3,76 dont 2,23 post opératoires
- ✓ 6 cas par laparotomie, avec une DMS de 8,1 dont 5,8 post opératoires
- ✓ 5 cas sous coelioscopie convertie en laparotomie, avec une DMS de 8 jours dont 4,6 post opératoires.

Le tableau ne comporte que les items retrouvés présents dans les dossiers.

Parmi eux, 5 ont attiré notre attention:

Tout d'abord, dans les 6 premières heures suivant le retour de bloc, apparaît un nombre important de douleurs surtout abdominales et de nausées et/ou vomissements, source d'inconfort et de réveil ou d'accentuation de la douleur. Le nombre de 13 sur 41 nous interpelle.

Si les nausées et/ou vomissements régressent rapidement, on constate que le phénomène douloureux persiste jusqu'à J3 post opératoire, pour certains.

L'insomnie la première nuit touche 18 personnes sur 41. Nous avons toujours trouvé normal jusqu'à présent que ces personnes dorment peu ou pas du tout la 1ère nuit, puisqu'elles ont dormi dans la journée. Mais, 23 ne s'en sont pas plaint.

On peut alors se demander si la douleur et/ou l'anxiété sont en cause, chez certains. Question, certes, un peu tardive!

Et, justement, à propos de l'anxiété, notamment, pré opératoire, peu ou pas d'écrits ont été retrouvés. Est-ce à dire que nos patients ne sont pas anxieux ? ou que nous ne savons ni repérer les signes d'anxiété, ni la faire verbaliser ?

Enfin, il est apparu très clairement que si la reprise alimentaire légère débute pour tous au 1er jour post opératoire (sauf nausée et vomissement importants) et est élargie le lendemain, la reprise de l'autonomie, un des principaux critères de sortie, varie en fonction du mode d'intervention.

Les patients opérés sous coelioscopie ont seulement besoin d'une aide partielle et, parfois, très partielle à la toilette et au 1er lever, à J1 post opératoire et sont totalement autonome au 2ème jour.

Ceux ayant eu une laparotomie nécessitent une toilette complète au lit, le 1er jour suivant l'intervention, et une aide partielle à la toilette et au lever, à J2 post opératoire.

Il est certain que les éléments recueillis lors de l'analyse, l'ont été à partir des diagrammes de soins, de la fiche de recueil de données et des transmissions écrites.

Je reviendrai plus tard sur l'impact que tout ceci a eu sur les équipes.

Puis ce fut le moment de construire les questionnaires de satisfaction soignés et soignants.

Leur élaboration commence, mais s'il nous semble facile de trouver des critères de satisfaction soignants, une question se pose : Le questionnaire de satisfaction soignés élaboré par des soignants ciblera t-il les réelles attentes des patients?

Aussi, pour être au plus près de ces attentes en matière d'information et de soins, le C.H d'Arles décide de constituer un "focus group". Pour ce faire, un guide d'entretien est réalisé et 11 personnes choisies au hasard parmi celles cholécystectomisées dans les 6 premiers mois de l'année 999 sont contactées par M. PONS lui-même.

4.4. Recueil des attentes des usagers:

OBJECTIF : identifier les difficultés rencontrées par les usagers, et leurs besoins d'information pour confronter aux résultats retrouvés dans les dossiers et formuler les résultats attendus dans le chemin clinique.

1. Comment s'est déroulé votre hospitalisation ?
Quelle anecdote d'un souvenir le plus agréable, pourriez vous nous raconter ?
Qu'est ce qui vous a été le plus désagréable ? Racontez nous !
2. Quelle idée vous faisiez vous de cette intervention ? de votre séjour à l'hôpital ?
3. Vécu de l'acte chirurgical (image du corps, cicatrice...)
Quel bénéfice en tirez-vous ?
L'acte chirurgical vous a t-il apporté un réel soulagement?
4. Que pensez-vous de la cohérence (cohésion) de l'équipe dans la prise en charge des soins ?
5. Si vous n'aviez qu'un ou deux changements à proposer pour améliorer notre prise en charge, que nous suggèreriez vous

5 des personnes sollicitées ont pu se rendre disponibles dont une accompagnée de son conjoint.

2 d'entre elles ont été opérées sous coelio, 3 par laparotomie dont 1 sous coelio convertie en laparotomie

L'entretien s'est déroulé dans un endroit convivial (Bibliothèque, fauteuils, boissons, biscuits...) et a été conduit par 2 personnes sans lien direct avec le service, mais ayant des compétences en entretien de groupe, à savoir la DSSI et un chef de bureau.

4.5. Les grands thèmes abordés spontanément par les patients ont été :

- ✓ L'information : que tous ont jugée suffisante et complète. une personne, cependant, pensait rester plus longtemps à l'hôpital.
- ✓ L'intervention dont tous ont tiré des bénéfices (soulagement des douleurs antérieures).

Quant à la cicatrice, ceux opérés sous coelioscopie sont ravis de ne pas en avoir.

Pour les laparotomies, les avis sont partagés selon la position du patient par rapport à la maladie (grande cicatrice= grande maladie)

- ✓ La douleur que tous ont ressenti différemment (mal - très mal - extrêmement mal) mais toujours calmée immédiatement

- ✓ Le passage au bloc opératoire qui ne fut porteur d'anxiété pour aucun, avec même des souvenirs agréables pour certains : la gentillesse des brancardiers, " j'ai été endormi par 3 jeunes gens qui chantaient, la musique en salle de réveil..."

mais aussi désagréables pour d'autres, victimes de vomissements au réveil ou réveil difficile, " on a du m'attacher ".

- ✓ Le séjour et les conditions d'hospitalisation:

Certains sont contents d'être entrés la veille du bloc, d'autres de n'être entrés que le jour même. L'accompagnante dit être contente de l'accueil et tous estiment avoir bénéficié d'une bonne prise en charge.

Quant à la sortie, une seule regrette la brièveté du séjour.

- ✓ L'hôtellerie : " les repas sont suffisants en quantité mais pas terribles ", mais "on n'est pas venu pour ça "
- ✓ Le confort : Tout va bien, mais il serait bon de changer matelas et oreillers (les housses en plastique font transpirer). Une personne déplore que son téléphone ait été en panne durant les premières 24 heures de son séjour.

Ces "reproches" seront transmis au service concerné.

L'équipe soignante dont la cohésion a été ressentie par tous (beaucoup d'explications et d'informations, réponse rapide aux appels, le médecin fait l'unanimité).

EN CONCLUSION : Ils sont tous prêts à se faire réopérer !

Bref, expérience intéressante. Les soignants à l'écoute des besoins des patients, les soignés pris en considération.

Le questionnaire de satisfaction des personnes soignées est alors construit et validé , de même que celui destiné à évaluer la satisfaction des soignants dont voici les résultats.

Il se présente sous forme de questions aux choix multiples, ou à réponse positive ou négative et, est introduit en ces termes:

"Vous venez d'être hospitalisé dans notre service. Pour améliorer encore la réponse à vos besoins de santé, nous souhaiterions connaître votre opinion".

Il a été envoyé à 26 personnes sur les 41 entrant dans notre étude.

Les 15 qui n'ont pas reçu ce questionnaire sont les 5 personnes du "focus group" et 10 personnes n'ayant pas une bonne maîtrise de la langue (vivant en France de façon permanente ou seulement quelques mois par an).

Nous avons eu 13 réponses.

De plus, à partir du mois de mai, ce questionnaire est remis par la secrétaire à la consultation post opératoire des patients ayant subi une cholécystectomie programmée, et récupéré par l'infirmière des consultations. Ils sont, à ce jour, au nombre de 8.

Je dirai que devant la similitude de réponses des opérés de 1999 et des derniers opérés, j'ai choisi d'analyser ensemble les 21 questionnaires.

Suivant la question posée, les choix de réponse sont:

- ✓ compréhensibles et suffisants
- ✓ trop complexes
- ✓ insuffisantes
- ✓ pas d'information

ou :

- ✓ très satisfaisante
- ✓ satisfaisante
- ✓ médiocre
- ✓ mauvaise

Je ne reprends, sur le Tableau 2, que les réponses obtenues, traduites en pourcentage.

4.6. Accueil et information

4.6.1 A la consultation du chirurgien :

Les explications concernant les formalités d'admission, le déroulement du séjour et des soins, et les raisons de l'intervention sont pour un fort pourcentage, jugées compréhensibles et suffisantes.

A noter cependant que tous les patients n'ont pas été informés sur le déroulement du séjour et des soins. On peut malgré tout dire que ces résultats corroborent ceux du "focus group"

4.6.2 A la consultation d'anesthésie :

Les informations concernant les soins d'hygiène pré opératoires, les consignes pour être à jeun et les différents modes d'anesthésie semblent satisfaisantes.

Les quelques réponses négatives ou "insuffisantes" montrent que les informations écrites remises dès l'intervention programmée, ne sont pas lues par tous les usagers.

4.6.3 A l'arrivée dans le service de soins :

Excepté l'accueil aimable, il semble que les informations concernant la vie du service ne soient pas communiquées à tous les usagers.

4.6.4 Au bloc opératoire :

1/5 des personnes disent n'avoir pas vu l'anesthésiste le matin ou la veille de l'intervention.

Je pense qu'il s'agit de patients entrés le jour opératoire, et sans doute un peu plus tardivement que l'heure prévue, car les anesthésistes passent très tôt puisqu'ils commencent leur 1^{ère} anesthésie à 7h 45.

L'accueil au bloc opératoire et le passage en salle de réveil obtiennent un score très satisfaisant (*idem focus group*)

4.7. Les soins reçus pendant votre hospitalisation :

Certes, les plus forts pourcentages vont aux "très satisfaisant" et aux "satisfaisant", mais ils ne doivent pas masquer le pourcentage, même faible, de "médiocre".

Et, si on analyse ces résultats avec ceux concernant "les informations nécessaires sur la vie du service", on peut penser que tous les patients ne sont pas partenaires de leurs soins puisque certains ne possèdent pas toutes les informations, et puisque les avis, les choix, les besoins et les demandes de certains ne sont pas toujours pris en compte.

Je ne m'attarderai pas ici, sur l'intensité de la douleur qui, nous l'avons vu avec le "focus group", est intériorisée comme une expérience.

Je dirai seulement, avant d'y revenir plus loin, que si les patients étaient mieux informés, il y aurait moins de stigmates.

Quant à sa prise en charge, bien que beaucoup de progrès aient été faits, nous avons encore du chemin à parcourir.

Même combat à l'égard des nausées et vomissements.

La cohésion de l'équipe soignante, exprimée par le "focus group", ne peut exister sans coordination.

Dans la réalité du terrain, l'absence de coordination entre l'équipe soignante et le secrétariat est très nette; et j'avoue mettre beaucoup d'espoir dans la GPS pour que ce défaut de coordination, que je n'ai pas encore réussi à gérer efficacement, soit moins criant aux yeux des usagers.

4.8. Le départ du service :

A la sortie, l'aide apportée par l'équipe est fonction de l'âge, du degré d'autonomie sans lien avec l'intervention, et de la présence ou non de l'entourage.

Aussi ai-je été surprise par les réponses à la question : "en cas de besoin, j'ai reçu une aide à préparer mon départ".

Il est vrai que lorsque la famille vient chercher le ou la patiente, nous ne préparons pas les affaires à sa place.

Mais, avons nous pensé à la fatigue ressentie, quel que soit l'age?

4.8.1 Pour ce qui est des remarques et suggestions :

Un patient allergique s'est plaint du traitement des draps et du sparadrap.

Un autre suggère d'améliorer le confort de la salle de bains; enfin, un témoignage de mécontentement et 3 témoignages de félicitation.

Evidemment, ces résultats ont questionné l'équipe, mais il est trop tôt pour dévoiler les leçons que nous en avons tirées.

Attardons nous maintenant sur les résultats des questionnaires de satisfaction des soignants (Tableau 3):

36 personnes se sont exprimées (sur les 41 distribués): 8 aide-soignantes, 2 agents des services hospitaliers, 1 diététicienne, 1 kinésithérapeute, 4 infirmières de bloc opératoire, 16 infirmières, 1 praticien hospitalier, 1 cadre, 2 secrétaires médicales.

Il est découpé en 5 grandes rubriques (Tableau 4)

Chacune d'elles contient plusieurs sous critères.

4.9. Analyse du questionnaire de satisfaction des soignants

4.9.1 Des informations préalables données au patient :

On note un assez fort pourcentage de " peu satisfaits et mécontents ".

Ce score est essentiellement dû au critère "heures d'arrivée dans le service" : 38,46% et à celui concernant les "conseils (démaquillage, vernis..) : 26,92%

L'heure à laquelle les patients sont convoqués, heure qui est la même pour tous, est-elle judicieuse?

L'importance de l'heure d'arrivée dans le service est-elle expliquée ?

Pour ce qui est des conseils, les patients ont dit avoir été bien informés des soins d'hygiène préalables à l'intervention : 90,48%

Encore une fois, l'importance de ces conseils est-elle expliquée ?

L'information sans l'explication rend-elle l'usager partenaire de ses soins ?

4.9.2 De l'accueil réservé au patient :

Pour l'accueil, en terme de disponibilité et de temps d'installation du patient dans la chambre, l'addition des pourcentages des "peu satisfaits" et des "mécontents" dépassent le score des "satisfaits".

Cependant, les usagers déclarent être satisfaits de l'accueil : 95,25% !

Mais, leur taux de satisfaction quant aux " informations sur la vie du service", rejoint le peu de satisfaction des soignants dont le temps, réservé à ces informations lors de l'installation dans la chambre, est tronqué par l'heure tardive d'arrivée dans le service et les conseils pas toujours suivis.

4.9.3 De la coordination des différents intervenants au sein du service :

Ici, le respect des horaires de bloc est le plus contesté.

En effet, l'heure de l'intervention peut être avancée ou retardée sans que l'unité de soins soit prévenue.

D'où, précipitation et patient pré-médiqué juste avant son départ, ou patient préparé et pré-médiqué trop tôt.

Ces faits ne sont heureusement pas permanents, mais ont un fort impact sur l'insatisfaction des soignants, qui, je le précise ici, ont parfois oublié que le questionnaire ne concernait que les patients cholécystectomisés.

4.9.4 De la coordination avec le bloc opératoire :

Le reproche concerne essentiellement l'absence de transmissions écrites par les infirmières de la salle de réveil, absence que les soignantes des unités de soins déplorent.

4.9.5 De l'accueil du patient au retour du bloc :

Le taux de satisfaction est important.

Les "peu satisfaits" ont, là encore, exprimé leur ressenti concernant les retours de bloc, toutes interventions confondues. De fait, 3 chirurgiens, opérant en même temps, il arrive souvent que plusieurs patients remontent dans le service, à quelques minutes d'intervalle les uns des autres, limitant ainsi le temps passé auprès de chacun.

4.9.6 De la procédure de sortie :

Le chemin clinique, incluant la programmation du jour de sortie, répondra à l'attente des "peu satisfaits".

4.9.7 De la reconnaissance de votre rôle :

Ma nature optimiste m'engage à voir dans ces résultats un taux élevé de satisfaction au travail.

4.9.8 De la prise en charge globale du patient

Là encore, le fort pourcentage de "satisfaits" rejoint les réponses des usagers, à savoir :

1. Pour les soins reçus en cours d'hospitalisation, tous critères confondus:
 - ✓ "très satisfaits" 50,79%,
 - ✓ "satisfaits" 40,48 %,
2. et pour toutes les autres questions, de l'arrivée dans le service jusqu'à la sortie :
 - ✓ 95,23 "oui"
 - ✓ 11,90 "non"

Enfin, pour étoffer notre étude, nous avons décidé de continuer de collecter des données pour tous les patients cholécystectomisés à venir, en utilisant le document ayant servi de base à l'analyse des dossiers et en l'enrichissant d'une question : "Avez vous reçu les informations qui vous sont nécessaires", à laquelle tous ont répondu "oui", réponses en adéquation avec celles du "focus group" mais pas toujours avec celles du questionnaire de satisfaction des soignés.

L'étude concerne 8 questionnaires prospectifs (Tableau 5) dont 7 de patients opérés sous coelioscopie et 1 sous coelioscopie convertie en laparotomie.

Ces questionnaires ne sont pas remplis à partir des écrits retrouvés dans les dossiers mais pendant le séjour du patient, jour après jour, et avec sa participation.

L'intérêt de cette analyse réside dans sa comparaison avec celle faite à partir des dossiers.

Dans les données, beaucoup de similitude : une majorité de sexe féminin (5 femmes, 3 hommes), une moyenne d'âge un peu inférieure (42,77) et une durée moyenne de séjour légèrement réduite, expliquée par le nombre très majoritaire d'interventions sous coelioscopie.

Cependant, malgré ce nombre majoritaire, on retrouve plus de douleur (6/8) dont 5 abdominales et 1 scapulaire, dans les 6 heures suivant le retour de bloc et qui persistent jusqu'au premier jour post opératoire !

Même chose pour les nausées (5/8) et vomissements (1/8) au retour du bloc !

Aucune impossibilité de se lever et de faire sa toilette n'est signalée à J1 post opératoire alors qu'elle était au nombre de 8 dont 1 personne opérée sous coelio et 1 sous coelio convertie.

Mais ce questionnaire a permis de mettre en évidence des items très peu retrouvés dans nos écrits, à savoir :

- ✓ *L'insomnie pré opératoire qui est traduite par 6 patients en terme de "plusieurs réveils dans la nuit" avec des sensations d'angoisse pour 3 d'entre elles.*
- ✓ *l'anxiété, exprimée la 1ère nuit par une personne*
- ✓ *La fatigue, dont une retrouvée à J2 post opératoire et 3 à J3, critère retardant la sortie à la demande du patient.*

Mais à quoi tout ceci nous conduit-il ?

A partir de ces différentes analyses, nous avons listé les problèmes le plus souvent rencontrés. Nous nous sommes, alors, fixé des objectifs en terme de résultats attendus (Tableau 6 à :

Vous noterez qu'en pré hospitalisation (Tableau 6), nous insistons beaucoup sur l'information quant au déroulement des événements depuis la programmation de l'intervention jusqu'à la sortie, ainsi que sur la prise en charge de la douleur.

Le jour de l'intervention, nous donnons la priorité à une préparation optimale et à la mise en confiance du patient (

Dans la phase post opératoire immédiate qui concerne la salle de réveil), vous noterez que la surveillance des paramètres vitaux est complétée par le souci de l'absence de douleur et de nausées, et par celui de l'inquiétude des proches.

Au retour dans l'unité de soins, même buts poursuivis auxquels s'ajoute celui de la qualité du sommeil de la première nuit post opératoire.

Quant aux résultats attendus à j1 post opératoire), on retrouve l'absence de douleur et le listing des critères de sortie.

Comme vous l'avez vu, en fonction des résultats attendus nous avons déterminé les actions à mettre en place pour améliorer la qualité du vécu des patients et des soignants.

Ce travail qui enrichit la pratique de nos soins, est l'ébauche du chemin clinique.

La démarche clinique interdisciplinaire consiste en :

- ✓ •La formulation des résultats attendus par le groupe interdisciplinaire
- ✓ •Le recensement des actions ou interventions : examens, consultations, interventions... nécessaires pour atteindre ces objectifs
- ✓ •L'ordonnancement de ces évènement en les optimisant (anticipation des complications, programmation des activités..)
- ✓ •La coordination et le suivi par le coordinateur des soins. Cette démarche conduit à l'élaboration de deux chemins cliniques, celui de la cholécystectomie sous coelioscopie et celle par laparotomie, le chemin réalisé est présenté par Mme SCIFO et M PONS.

5. LA PLACE DE L'INTERDISCIPLINARITÉ ET SON ILLUSTRATION EN ARLES :(F DANCAUSSE)

5.1. La place de la collaboration

Le développement de ces nouvelles méthodes de gestion des soins ne peut se faire sans la mobilisation de compétences collectives. Selon Guy Leboterf⁷, la compétence collective n'associe pas seulement un double équipement de ressources incorporées à l'individu lui-même (savoirs, expériences, qualités personnelles) et de réseaux de ressources de son environnement mais aussi la **motivation de chacun à communiquer** ces savoirs. Cela ne peut se faire sans la collaboration et la communication interprofessionnelle qui se réalise tout au long du projet et dans sa concrétisation

5.1.1 La démarche clinique interdisciplinaire consiste en :

- ✓ •La formulation des résultats attendus par le groupe interdisciplinaire
- ✓ •Le recensement des actions ou interventions : examens, consultations, interventions... nécessaires pour atteindre ces objectifs
- ✓ •L'ordonnancement de ces évènement en les optimisant (anticipation des complications, programmation des activités..)
- ✓ •La coordination et le suivi par le coordinateur des soins. Cette démarche conduit à l'élaboration du chemin clinique.

Voyons comment a été envisagée cette collaboration dans le service de chirurgie viscérale ? M. PONS ?

⁷ G LEBOTERF De la compétence à la navigation professionnelle, Editions d'Organisation, Paris, 1997

5.1.2 La réunion clinique et le coordinateur des soins :

La réunion clinique est un temps de concertation de la communication interdisciplinaire. Cette rencontre est essentielle pour répondre au concept de coordination. Elle a pour buts l'échange d'informations sur l'évolution de l'état de santé du patient et la résolution de problèmes cliniques. La coordination n'est possible que si **un coordinateur reconnu, nommé et au clair avec ses missions, se trouve au cœur du processus**. C'est le chef d'orchestre de la GPS[®]. Il est responsable de la surveillance des écarts au jour le jour et de la prévision des interventions utiles à la résolution des problèmes. Ses outils spécifiques au suivi du patient sont la grille des résultats attendus à chaque étape, la grille des écarts et le chemin clinique comme référentiel du parcours type. Les compétences requises (en plus de la connaissance approfondie de la population type à rendre en charge) pour devenir coordinateur des soins sont de l'ordre de l'initiative, de l'autonomie, du management et de l'organisation, du dynamisme et de la communication.

Le groupe interdisciplinaire du Centre Hospitalier d'Arles vous est présenté par Mme SCIFO coordinatrice des soins. Il est composé des médecins (chef de projet : chirurgien), de l'anesthésiste, des cadres de santé dont le coordinateur des soins, de l'infirmière générale, du kinésithérapeute, des IDE (du service, d'anesthésie réanimation, de bloc opératoire, consultation...), jour et nuit, des l'aide - Soignants, des IDE hygiéniste, référent de la douleur, de la diététicienne, du brancardier, de la secrétaire, et de tous professionnels en lien avec la prise en charge de ces patients.

Le rôle la coordinatrice est prépondérant dans cette collaboration, son but est de :

- ✓ Identifier et obtenir une évaluation complète des capacités et des besoins de l'usager avant l'hospitalisation
- ✓ Gérer le séjour à l'hôpital d'un groupe d'usagers par la coordination de leurs soins avec les médecins, les infirmières et tous les professionnels de la santé
- ✓ Parler de la visite de chaque patient concerné
- ✓ Veillez à l'attente des résultats fixés à l'intérieur des limites de temps prévues
- ✓ Comparer les progrès de l'usager avec le cheminement établi dans l'unité de soins
- ✓ Développer un plan pour les écarts identifiés
- ✓ Rencontrer avec les médecins, autres professionnels, unités pour régler les écarts
- ✓ Coordonner les consultations
- ✓ Évaluer chaque dossier pour dépister les duplications (labo, radio, autres..)
- ✓ Planifier la sortie et favoriser l'éducation à cet effet
- ✓ .Faire le bilan des variations afin d'en faire une synthèse

Le groupe interdisciplinaire du Centre Hospitalier d'Arles vous est présenté par Mme SCIFO coordinatrice des soins.

5.2. Composition du groupe :

- ✓ Le chef de projet : le chirurgien
- ✓ La coordinatrice des soins : le cadre
- ✓ 1 infirmière référente par unité de soins dont une référente douleur
- ✓ D'infirmier(ères) de jour et de nuit dont une référente CLIN et une référente en hemovigilance (nombre et composition en fonction du planning)
- ✓ D'aides-soignantes
- ✓ De la DSSI
- ✓ Du cadre infirmier supérieur
- ✓ D'un médecin anesthésiste
- ✓ D'une IADE
- ✓ D'une IBODE
- ✓ De l'infirmière des consultations d'anesthésie

- ✓ D'une diététicienne
- ✓ D'une kinésithérapeute
- ✓ De l'infirmière des consultations de chirurgie
- ✓ D'une secrétaire médicale du service (en fonction de leur disponibilité)
- ✓ D'un brancardier du bloc opératoire
- ✓ De l'infirmier hygiéniste.
- ✓ Le rôle la coordinatrice est prépondérant dans cette collaboration, son but est de :
- ✓ .Identifier et obtenir une évaluation complète des capacités et des besoins de l'usager avant l'hospitalisation
- ✓ .Gérer le séjour à l'hôpital d'un groupe d'usagers par la coordination de leurs soins avec les médecins, les infirmières et tous les professionnels de la santé
- ✓ .Parler de la visite de chaque patient concerné
- ✓ .Veillez à l'attente des résultats fixés à l'intérieur des limites de temps prévues
- ✓ .Comparer les progrès de l'usager avec le cheminement établi dans l'unité de soin
- ✓ .Développer un plan pour les écarts identifiés
- ✓ .Rencontrer avec les médecins, autres professionnels et unités pour régler les écarts
- ✓ .Coordonner les consultations
- ✓ .Évaluer chaque dossier pour dépister les duplications (labo, radio, autres..)
- ✓ .Planifier la sortie et favoriser l'éducation à cet effet
- ✓ .Faire le bilan des variations afin d'en faire une synthèse
- ✓ **Les effets évalués en France sont identiques à ceux des autres pays qui utilisent la GPS® :**
- ✓ **Impacts constatés au Canada, US, Belgique:**
- ✓ •Augmentation de la satisfaction du patient
- ✓ •Augmentation de la satisfaction des soignants
- ✓ •Valorisation du rôle de soignants
- ✓ •Diminution de la durée de séjour(si c'était un objectif)
- ✓ •Diminution des coûts

5.3. Les impacts déjà observables à Arles

Je dirai que l'impact le plus important, le temps fort a été lorsque les équipes, après avoir analysé les dossiers, ont remis en question leurs écrits professionnels.

Elles ont fait plusieurs constats :

- ✓ d'abord, un recueil de données quasiment vierge,
- ✓ ensuite, beaucoup d'écrits mais avec des cibles qui ne sont pas toujours des problèmes et qui répètent des éléments déjà inscrits dans les diagrammes de soins,
- ✓ enfin, des données imprécises et sans richesse clinique.

La GPS leur a aussi permis de mieux comprendre ou de rappeler l'intérêt de certains outils, a redonné du sens aux outils existants que peu à peu elles se sont appropriées.

Ainsi, dans le cas de la prise en charge de la douleur, l'utilisation de l'EVA n'était pas systématique et les fiches d'évaluation initiées par le comité de lutte contre la douleur, peu utilisées.

Le groupe a proposé de remanier cette fiche en l'enrichissant, au verso, des prescriptions et surveillances post opératoires.

Quant à ce travail interdisciplinaire qui a favorisé la rencontre avec d'autres disciplines, et des personnes de même discipline mais d'unité de soins différente, il a été riche d'échange de tous ces savoirs, de toutes ces expériences professionnelles et a fait émerger une cohésion du groupe et une cohérence jusqu'alors absente, même si la démarche de chacun s'appuyait sur une même préoccupation : l'usager.

Plusieurs projets ont pris forme, leur but étant, bien sur, de combler les lacunes apparues au travers des questionnaires :

- ✓ la construction d'un livret d'accueil, remis et explicité par le chirurgien dès la consultation fixant l'intervention.

La compréhension des informations contenues dans ce livret sera vérifiée par l'infirmière des consultations d'anesthésie.

L'impact de cet outil dépend :

- ✓ de sa présentation
- ✓ de la façon dont il est donné.

L'objectif visé est de rendre le patient partenaire de ses soins, de le rassurer par le biais d'une information complète et compréhensible.

Si l'objectif est atteint, il améliorera la satisfaction des soignants et diminuera leur stress.

- ✓ La mise en place d'un protocole anti-émétique systématique.
- ✓ L'anticipation de la sortie du patient vers une éventuelle maison de repos :

lorsque le chirurgien repèrera, dès la consultation, un problème de fatigue ou des problèmes sociaux risquant de retarder la sortie du patient à la date prévue dans le chemin clinique, il proposera une maison de repos et la demande sera faite aussitôt.

- Une meilleure connaissance de la personne, avant son entrée dans l'unité:

le recueil de données sera commencé par le chirurgien, complété par l'infirmière de la consultation de chirurgie et celle de la consultation d'anesthésie.

Il sera synthétisé sous forme de macro-cible, la veille de l'entrée du patient.

Cette connaissance permettra de personnaliser nos soins; de plus, il n'aura plus à répondre plusieurs fois aux mêmes questions (adresse, téléphone, régime alimentaire...) et aura l'impression d'être connu dès son entrée :

Cette cohérence de l'équipe ne pourra avoir qu'un effet sécurisant.

Par ailleurs, l'analyse de l'existant interrogeant leurs pratiques, les soignants ont cherché en équipe des réponses à cette interrogation.

Et une équipe qui cherche est une équipe en mouvement.

Un de leur projet à court et moyen terme est de retravailler ensemble les transmissions ciblées.

En tant que cadre du service, je trouve l'expérience passionnante.

La GPS a accru et consolidé la cohésion des deux équipes de soins, et a nettement amélioré la communication entre les différents services, deux éléments indispensables à l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients.

6. CONCLUSION : F DANCAUSSE

LA GPS® répond donc aux fondements de l'accréditation, elle associe aux différents points développés une démarche d'évaluation continue. Ces aspects seront développés par J PONS.

Grâce à l'analyse des écarts et à l'approche critique systémique du fonctionnement hospitalier, la GPS ® est un bon moyen pour recentrer continuellement l'ensemble du système sur les soins et la satisfaction de la personne soignée, préoccupations privilégiées des soignants.

La GPS ® est un plan programmé de "bonnes pratiques" de soins dans tous les domaines et dans toutes les dimensions. Elle représente le support documentaire de soins réfléchis, complémentaires, coordonnés et aboutis qui sont souhaités par les usagers. Elle est une invitation à être collectivement responsable au service des usagers pour dispenser des soins de qualité en toute sécurité.

	PRE-OP	SALLE DE REVEIL	RETOUR BLOC J 0 - 6 /1ères heures	1ère NUIT	J1 POST OP	J2 POST OP	J3 POST OP
Température	Non 32 T° < 38 4 T° > 38 1 Non R 4		T° > 39 = 0	T° > 39 = 0	T° > 39 = 0	T° > 37°5 = 8	T° > 37°5 = 7
Douleur	Oui 4 Non 37 2 Abdo 2 NR 3 Forte 1 NR	Mise PCA = 3 (2 L - 1 CC)	18 oui 13 Abdo (3 L, 8 C, 2 CC) 2 Scapu (2 C) 2 Céphalés 1 NR	13 Abdo 2 céphalés = 15 oui	dont 2 accentuation 11 Abdo (3 L, 6C, 2 CC) 5 Scapu (5 C) 1 posture 5 autres NR	12 Oui (1 gorge, 1 Abdo, 1 Muscle, 1 céph, 1 rhume ?, 1 gauche ?, 6 NR)	6 Oui 2 gorge 1 ballonnement 3 NR
Insomnie	Oui 9 Très peu dormi 1 Réveillé avec angoisse 1 NR 30			18	NON RECENSE		→
Confusion				1	0		
Agitation			3	3	1		
Nausées - Vomissements			13 (1L, 10 C, 2 CC)	1 C	3 (1L, 2C)	0	0
Hyper Hypo TA			5	3	3	0	0
Drainage		14	14	14	12	5	2
Anxiété					1		
Extravasation				1	1		
Impossibilité de se lever					4 (2L, 1 C, 1 CC)	0	
Impossibilité de faire sa toilette					5 (3L, 1 C, 1 CC)	0	0
Fatigue						4	1
Malaise vagal					1		
Veinite					1		
Intolérance Alimentaire					1		
Autres							1 globe 1 allergie
Brady-Tachycardie			1	0	2		

L = Laparotomie

C = Coelioscopie

CC = Coelio convertie → Laparotomie

Tableau 1 : Résultats de l'analyse de 41 dossiers

Vous venez d'être hospitalisé dans notre service.
Pour améliorer encore la réponse à vos besoins de santé,
nous souhaiterions connaître votre opinion.

Age Sexe : M F
Avez-vous déjà été hospitalisé dans ce service : Oui Non

Pourquoi avez-vous choisi d'être hospitalisé ici :

- Conseil du médecin traitant
- Conseil de proches (famille - ami)
- Bonne réputation du chirurgien
- Bonne réputation de l'établissement
- Proximité de mon domicile
- J'ai été satisfait d'une hospitalisation antérieure
- Autre : (Précisez)

1 ACCUEIL ET INFORMATION

- 1.1** A la consultation avec le chirurgien
- 1.1.1 Les explications concernant les formalités d'admission étaient **100** compréhensibles et suffisantes
 - 1.1.2 Les informations concernant le déroulement du séjour et des soins étaient **85,71** compréhensibles et suffisantes
14,29 insuffisantes
 - 1.1.3 Les explications concernant les raisons de mon intervention étaient **95,24** compréhensibles et suffisantes
4,76 insuffisantes
- 1.2** A la consultation anesthésie
- 1.2.1 J'ai été informé des soins d'hygiène préalables à l'intervention (douche, absence de vernis à ongles, bijoux...) **90,48** Oui **9,52** Non
 - 1.2.2 J'ai bien été informé que je ne devais ni boire, ni fumer, ni manger à partir de minuit la veille de l'intervention **100** Oui **0** Non
 - 1.2.3 Les informations concernant les différents modes d'anesthésie et des risques qui y sont liés ont été **80,95** compréhensibles et suffisantes
4,76 insuffisantes
14,29 pas d'informations
- 1.3** A l'arrivée dans le service de soins
- 1.3.1 J'ai été accueilli(e) aimablement **95,24** Oui **4,76** Non
 - 1.3.2 J'ai reçu les informations nécessaires sur la vie du service (soins, visite du médecin, locaux...) **61,9** Oui **33,33** Non
- 1.4** Au bloc opératoire
- 1.4.1 Avez-vous vu l'anesthésiste avant l'intervention (le matin ou la veille) **80,95** Oui **19,05** Non
 - 1.4.2 Avez-vous été satisfait(e) de l'accueil au bloc opératoire ? **95,24** Oui **0** Non
 - 1.4.3 Avez-vous été satisfait(e) de votre passage en salle de réveil ? **100** Oui **0** Non

2 LES SOINS RECUS PENDANT VOTRE HOSPITALISATION							
2.1	Comment évaluez-vous la qualité des soins reçus pendant tout le séjour ?	57,14 Très satisfaisante					
		38,1 Satisfaisante					
		4,76 Médiocre					
2.2	Vos avis et vos choix ont été pris en compte par l'équipe soignante de manière	52,38 Très satisfaisante					
		38,1 Satisfaisante					
		9,52 Médiocre					
2.3	Vos besoins et demandes de soins ont été pris en compte par l'équipe soignante de manière	47,62 Très satisfaisante					
		42,86 Satisfaisante					
		9,52 Médiocre					
2.4	La participation de vos proches a été prise en compte de manière	57,14 Très satisfaisante					
		33,33 Satisfaisante					
		4,76 Médiocre					
2.5	Après l'intervention, j'ai eu :	extrêmement mal	très mal	mal	un peu mal	pas mal du tout	
		14,29	28,57	23,81	23,81	9,52	
2.6	Si oui, comment qualifiez-vous la prise en charge de cette douleur par les soignants ?	47,62 Très satisfaisante					
		42,86 Satisfaisante					
2.7	Avez-vous eu d'autres problèmes ou source d'inconfort après l'intervention. Si oui, préciser :	23,81 Oui		71,43 Non			
2.8	Comment qualifiez-vous la coordination entre les différents membres de l'équipe (médecin, infirmiers, secrétaires...)?	42,86 Très satisfaisante					
		47,62 Satisfaisante					
		9,52 Médiocre					
3 LE DEPART DU SERVICE							
3.1	J'ai reçu les informations concernant les suites de mon intervention	95,24 Oui		0 Non			
3.2	En cas de besoin, j'ai reçu une aide pour préparer mon départ	38,1 Oui		28,57 Non			
3.3	Mon dossier (certificat, ordonnance, arrêt de travail, bon de transport...) était prêt lors de mon départ.	85,71 Oui		9,52 Non			
Avez-vous des remarques particulières à nous faire ou des suggestions à nous proposer ?							

Tableau 2 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

<p>DES INFORMATIONS PREALABLES DONNEES AU PATIENT</p> <ul style="list-style-type: none">Heures d'arrivée dans le serviceProcédure d'admission (PA)Examens préalablesConseils (démaquillage, vernis...) <p>DE L'ACCUEIL RESERVE AU PATIENT</p> <ul style="list-style-type: none">DisponibilitéInstallation dans la chambre <p>DE LA COORDINATION DES DIFFERENTS INTERVENANTS AU SEIN DU SERVICE</p> <ul style="list-style-type: none">Respect des horaires au blocConsultation pré-anesthésieVisite du chirurgienVisite de l'interneEquipe soignante <p>DE LA COORDINATION AVEC LE BLOC OPERATOIRE</p> <ul style="list-style-type: none">Transmissions écrites du serviceTransmissions écrites à la sortie de la salle opératoire (IBODE)Transmissions écrites à la sortie de la salle de réveil (IADE) <p>DE L'ACCUEIL DU PATIENT AU RETOUR DU BLOC OPERATOIRE</p> <ul style="list-style-type: none">Procédure de prescriptions post-opératoireDu temps à consacrer au confort du patient au retour du bloc opératoireDe la communication établie avec le patientDe la communication établie avec les prochesDe la participation du patient <p>Justifiez :</p> <p>DE LA PROCEDURE DE SORTIE</p> <ul style="list-style-type: none">Délai de communication de l'annonce de la sortie au patientDélai de communication de l'annonce de la sortie du patient à l'équipeDélai de communication de l'annonce de la sortie du patient au secrétariatHoraires de sortie respectésModes de sortie prévusCourrier fait dans les délais <p>DE LA RECONNAISSANCE DE VOTRE ROLE</p> <ul style="list-style-type: none"><i>Par le patient</i><i>Par vos partenaires</i><ul style="list-style-type: none"><i>Autonomie</i><i>Participation aux décisions</i><i>Respect mutuel du travail de chacun au sein de l'équipe</i> <p>DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT</p> <p>Si vous aviez UN changement à proposer pour améliorer la qualité des soins dispensés aux patients opérés de cholécystectomie, LEQUEL suggéreriez vous?</p>
--

Tableau 3 : Questionnaire de satisfaction des soignants

ETES VOUS :	très satisfait	satisfait	peu satisfait	mécontent	NV
Des informations préalables données au patient	8,25%	45,02%	27,44%	7,69%	11,59%
De l'accueil réservé au patient	12%	36%	24%	14%	14%
De la coordination des différents intervenants au sein du service	10,71%	48,62%	17,89%	1,99%	20,77%
De la coordination avec le bloc opératoire	18,89%	38,70%	21,08%	2,09%	20,19%
De l'accueil du patient au retour du bloc	3,66%	67,06%	14,35%	0%	14,93%
De la procédure de sortie	9,98%	49,62%	17,60%	0,79%	21,95%
De la reconnaissance de votre rôle	13,90%	71,13%	13,18%	0%	1,79%
De la prise en charge globale du patient	6,45%	80,65%	3,22%	0%	9,68%

Tableau 4 : Réponses au questionnaire de satisfaction des soignants

	PRE-OP		SALLE DE REVEIL	RETOUR BLOC J 0 - 6 /1ères heures	1ère NUIT	J1 POST OP	J2 POST OP	J3 POST OP
Température	Non	7						
	T° < 38	0		T° > 39 = 0	T° > 39 = 0	T° > 39 = 0	T° > 37°5 = 1	T° > 37°5 = 0
	T° > 38	1						
	Non R	0						
Douleur	Oui	4		6 oui				
	Non	4	Mise PCA = 1	5 Abdo	5 Abdo	5 Abdo		
	4 Abdo		(1 CC)	1 Scapu	1 Scapu	1 Scapu (5 C)	1 abdo à la mobilisation	1 abdo légère
	Modérée à Forte							
Insomnie	Oui	0						
	Très peu dormi	3			3			
	Réveillé avec angoisse	3						
	Non	2						
Confusion					0	0		
Agitation				1	0	0		
Nausées - Vomissements				5 nausées 1 vomissement	1 nausée	0	0	0
Hyper Hypo TA				0	0	0	0	0
Drainage			1	1	1	1	0	0
Anxiété					1	0		
Extravasation					0	0		
Impossibilité de se lever						0	0	
Impossibilité de faire sa toilette						0	0	0
Fatigue							1	3
Malaise vagal						0		
Veinite						0		
Intolérance Alimentaire						0		
Autres								
Brady-Tachycardie				0	0	0		
L = Laparotomie			C = Coelioscopie	CC = Coelio convertie	→ Laparotomie			

Tableau 5 : Résultats de l'analyse prospective de huit dossiers

PROBLEME	RESULTATS ATTENDUS	INTERVENTIONS
Anxiété pré-opératoire	Patient et sa famille informés qualité du sommeil la veille	- Livret d'information donné et commenté (chirurgien, anesthésiste, IDE anesthésiste) il comporte des infos sur : * l'intervention * anesthésie/questionnaire * risques * modalités de séjour - Recueil de données préalable * information * feed back de compréhension par IDE des consultations anesthésie. traitement éventuel (médecin, anesthésiste)
Douleur	Choix de la technique adaptée Absence de douleur	- Bilan du chirurgien : Bilirubine totale et conjuguée, phosphatase, alcalines, GT, TGO, TGP, amylase, lipase - Bilan de l'anesthésiste : NFS, plaquettes, TCA, taux de prothrombine, azotémie, glycémie, ionogramme sanguin, créatininémie, ECG, radio pulmonaire. Informations sur les protocoles mis en place, qu'ils soient systématiques ou adaptés. Présentation de l'échelle E.V.A et explication de son utilisation. Cela peut-être commenté sur le livret. (utiliser l'échelle 1 fois/équipe)

Tableau 6 : pré-hospitalisation (de l'annonce de l'intervention lors de la consultation à l'arrivée dans le service à JO)

PROBLEMES	RESULTATS ATTENDUS	INTERVENTIONS
	Patient préparé pour le bloc	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation anesthésie (J - 1) - A jeûn depuis minuit - Tonte du nombril au mamelon - Douche bête ou savon de marseille. - Prémédication - Constantes (pouls, T°, tension art.) - Vérifications (bijoux, dentier, lentilles, vernis à ongles) - Préparation du lit (2 couvertures, potence, barrières, numéro de la chambre sur le lit) - dossier complet vérifié et vu.
	Absence d'affection intercurrente	Bilan, état cutané, constantes, (problème si T° > 38° C
	Patient en confiance	<ul style="list-style-type: none"> - Donner les dernières informations - A l'accueil : dire toutes les modalités - Recueil de données synthétisé. - Visite du chirurgien - Informer sur les horaires - Bonne coordination entre services - Horaires respectés ou patient informé du décalage - Attente au bloc limitée à 1/4 d'heure avant l'entrée en salle

Tableau 7 : j0 - phase pré-opératoire

PROBLEME	RESULTAT ATTENDU	INTERVENTION
SALLE DE REVEIL (1 h à 1 h 30 en moyenne)		
Douleur	Absence de douleur EVA < 3	Evaluation systématique /3 h (échelle graduée + fiche d'évaluation). Paracétamol Anti inflammatoires Dérivés morphiniques Morphine, selon les cas, l'âge, l'intensité de la douleur sur prescription du médecin anesthésiste.
Cardio-vasculaire - hTA - HTA - TDR	Paramètres vitaux normaux : TA pré-op +/- 2 Pouls pré-op +/- 10	Surveillance des paramètres toutes les 5 minutes avec écriture toutes les 10 minutes Maintien d'une perfusion fonctionnelle
Respiratoire - hypoxémie - bradypnée - obstruction laryngée	SAO2 normale Fréquence respiratoire normale	
Nausée Vomissement	Absence de nausées	Protocoles anti-émétiques
hypothermie hyperthermie	Normotherme Absence de sueur Absence de frissons	Réchauffement Surveiller glycémie (dextro) Surveiller T°, EVA
Trouble de la conscience	Vigilance normale : absence de somnolence absence d'agitation absence de confusion	Stimulation au réveil Surveillance des paramètres Recherche de la cause (globe vésical, pré- D.T,...) Pas d'action particulière Surveillance uniquement Mise en place des barrières.
Problème hémorragique	Critères chirurgicaux Redon sérohématique Plaie non hémorragique	à Surveiller
Inquiétude de l'entourage	Famille rassurée par rapport à l'intervention	Communications téléphoniques avec la salle de réveil. Les IDE de Bloc proposent d'appeler le service pour annoncer le passage en salle de réveil.

Tableau 8 : J0 - phase post-opératoire

RETOUR DANS LE SERVICE		
Douleur	Absence de douleur	<ul style="list-style-type: none"> - prodafalgan 2g X4 /24 h - Nubain X 4/24 h ou topalfic - Profenid X 2 /24 h - Evaluation de la douleur toutes les 4 heures (EVA réglette + fiche) EVA doit être comprise entre : 0 à 2 et 3 ou 4 si on mobilise. - Positions antalgiques à respecter - Si PCA : score de sédation
Améliorer le bien-être	Absence de nausées et/ou vomissements	<p>Démarche systématique : prévoir plitican 1/8h puis appeler anesthésiste</p> <p>Anti émétiques.</p> <p>Rafrachir, change de l'alèse, chemise, friction tirer les rideaux</p>
Insomnie	Qualité du sommeil	<p>Traitement somnifère et hypnotiques.</p> <p>Attitude à voir avec l'anesthésiste, prévoir une case.</p>
	Absence d'hémorragie	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier le pansement. Le refaire si souillé - Vérifier les paramètres vitaux et cliniques toutes les 4 heures - Surveillance du drainage éventuel (- de 250cc /24 h)
Risque infectieux (choc septique)	Vigilance normale normotherme	<ul style="list-style-type: none"> - Réchauffé au retour du bloc - T° deux fois par 24 h - si T° > 38°5 et/ou frissons faire 2 hémocultures, si possible par 2 équipes différentes et sur 2 sites différents. - Surveillance point de ponction de la perfusion.
Rétention urinaire	Reprise mictionnelle	<p>Vérifier la reprise mictionnelle</p> <p>Sollicitation d'abord : debout au bord du lit, faire couler l'eau... puis seulement si nécessaire faire un sondage évacuateur (douleur, globe).</p>
	Patient calme	<ul style="list-style-type: none"> - Résultat ⊕ de tout ce qui précède - Réassurance - Visite post-op du chirurgien et information du patient - Famille informée - Répondre aux questions - Mesures de prévention des chutes si agité.
Déshydratation	Equilibre hydroelectrolytique maintenu	Sérum prescrit par l'anesthésiste (en général polyglucosé). Surveiller la voie veineuse
	Absence de complications thromboemboliques	Anticoagulant (type HBPM) sur prescription.

LA GESTION PREVISIONNELLE DES SOINS®:UN OUTIL DE QUALITE DE PRISE EN CHARGE INTERDISCIPLINAIRE DE LA PERSONNE SOIGNEE.

F. DANCAUSSE, S. SCIFO, J. PONS

7. PREAMBULE (FLORENCE DANCAUSSE)

Comme vous l'avez sûrement déjà entendu ou lu, la gestion prévisionnelle des soins® est une " méthode de distribution des soins qui conjugue processus clinique et processus de gestion dans une approche interdisciplinaire

centrée sur un groupe de patients ". Son implantation demande un changement des habitudes dans les pratiques de soins et dans les modalités de gestion et de communication.

Il est nécessaire d'en comprendre la portée, d'en saisir les perspectives avant de se lancer dans cette expérience commune.

Le but de cet exposé est d'aborder les points suivants :

- ✓ • La demande du Centre Hospitalier d'ARLES et la genèse du projet
- ✓ Le contexte actuel de la GPS® et les changements de modèles nécessaires pour répondre à ce contexte
- ✓ •L'originalité de cette méthode de gestion des soins
- ✓ •La mise en œuvre de la GPS® et son illustration dans le service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier d'Arles
- ✓ •La place de l'interdisciplinarité dans la GPS® et son illustration à Arles
- ✓ •Les impacts de la GPS® et ceux déjà constatés à Arles
- ✓ •Les conditions de réussite pour le choix de cette méthode
- ✓ •Conclusion : les perspectives les impacts de la GPS® et le devenir à Arles

La présentation suivra la logique d'une formation action, c'est à dire la succession de l'approche méthodologique de la méthode par la formatrice suivie de l'expérimentation par les acteurs de soins du service de chirurgie viscérale du Centre Hospitalier d'Arles.

8. INTRODUCTION :

8.1. La demande du Centre Hospitalier d'Arles (F. Dancausse)

Soucieux d'améliorer le service rendu et de répondre à cette démarche qualité, le Centre Hospitalier de d'Arles veut depuis de nombreuses années renforcer la qualité des soins dispensés et la sécurité de la clientèle. Des formations ont été réalisées pour améliorer dans un premier temps la traçabilité des écrits professionnels : Restructuration du dossier de soins suivie de l'utilisation de la méthode des transmissions ciblées et de celle d'une planification collective ; formation d'un groupe de cadres de santé à l'évaluation de la qualité des soins, puis formation à l'hygiène et la gestion de la douleur avec création de référents d'hygiène et de la douleur dans les unités de soins.

A partir de 2000, le Centre Hospitalier d'Arles veut appliquer directement au sein d'une unité une méthodologie Qualité. Son but est de fédérer toute une équipe autour d'un objectif qualité très concret sur un thème connu qui peut impliquer tous les acteurs du soin dans une meilleure coordination et une organisation des soins interdisciplinaire. De plus le contexte concurrentiel en terme de satisfaction de l'utilisateur et de réduction de la durée d'hospitalisation donc indirectement des coûts ont séduit l'institution.

(S. SCIFO et J. PONS) présentent l'arrivée de la GPS à Arles

8.2. Comment la GPS est-elle arrivée à Arles ?

Après avoir assisté à l'atelier d'Evelyne FOSSE présentant la GPS aux VIII^{èmes} journées d'étude Européennes, au LUXEMBOURG, je m'en suis entretenue avec la Directrice du service de soins infirmiers de mon établissement, laquelle, toujours partie prenante de tout ce qui a trait à l'amélioration de la qualité des soins, a négocié aussitôt la formation avec le responsable.

Pourquoi cet engouement de ma part ? Qu'est ce qui, en tant que cadre de santé, m'a attiré vers cette méthode de distribution des soins?

Hormis l'aspect fédérateur, mobilisateur des compétences et des savoirs individuels qui n'est pas des moindres, j'ai été interpellée par la place qu'elle redonne au patient, au centre de nos préoccupations, en prenant en compte ses avis et réflexions dans sa mise en oeuvre.

Cette notion de partenariat avec la personne soignée, est bien sur dans la mouvance actuelle, mais correspond aussi tout à fait à la philosophie de soins de l'équipe.

Outre les points présentés ci dessus par Mme SCIFO, l'interdisciplinarité, l'accréditation et la maîtrise des dépenses de santé constituent pour les structures de santé un motif supplémentaire de reconsidérer leur fonctionnement et leur organisation des soins. Pour cela, la recherche de nouveaux modèles de distribution des soins

est nécessaire pour une bonne gestion économique qui ne perd pas de vue que la performance attendue des structures de santé est un soin de qualité répondant autant aux attentes des usagers qu'aux exigences professionnelles. La Gestion Prévisionnelle des Soins® constitue une réponse méthodologique à ce besoin collectif.

9. LE CONTEXTE ACTUEL DE LA GPS® ET LES CHANGEMENTS DE MODÈLES NÉCESSAIRES POUR RÉPONDRE À CE CONTEXTE: (F. DANCAUSSE)

9.1. Le contexte socio-économique actuel des soins:

Le contexte est exprimé par les équipes médico-soignantes à travers ces deux questions :

3. Comment s'organiser ensemble dans un contexte de ressources maîtrisées en délivrant des soins de qualité cohérents et continus?
4. Comment répondre aussi bien aux attentes des patients en terme d'excellence et de sécurité des soins qu'aux exigences professionnelles actuelles qui n'ont jamais été aussi fortes en traçabilité ?

En effet actuellement il s'agit de conforter la stabilisation des dépenses de santé amorcées depuis quelques années et prévenir des dérives toujours possibles en matière de coût. (M PONS)

La nécessité d'avoir des méthodes prédéterminées peut améliorer la gestion complexes des soins actuels "high speed" d'aujourd'hui afin :

- ✓ de retrouver facilement les informations de chaque clinicien, de se faire des documents rappels,
- ✓ d'apprendre à extraire dans les données recueillies par les autres cliniciens pour alimenter une aide à la décision des soins,
- ✓ d'avoir des plans opérationnels pré imprimés reflet d'atteinte de résultats tangibles pour suivre le parcours du patient

9.2. Changement de modèles:

Il s'agit d'un réel changement dans les mentalités. Quelles sont les principales modifications qui peuvent être utiles à l'évolution des pratiques de gestion des soins ? Elles sont de trois domaines :

Aujourd'hui les équipes médico-soignantes identifient les problèmes de santé des patients et donnent des informations sur les interventions, consultations et risques encourus lors de la prise en charge ?

Demain les attentes des patients seront prises en compte et l'information donnée ira jusqu'aux résultats attendus aux différentes étapes de sa prise en charge. **Le patient sera un véritable partenaire** de ses soins dans une dynamique contractuelle.

Aujourd'hui la résolution des problèmes de santé se fait au coup par coup, dans l'urgence avec une concertation catégorielle entre les professionnels.

Demain les problèmes seront anticipés sur un plan d'interventions programmé et la concertation de l'équipe se réalisera de façon interprofessionnelle pour résoudre la problématique identifiée. **La démarche sera anticipatrice des risques et coordonnée** par une personne **garante** et **responsable** du suivi de la personne soignée.

Aujourd'hui les rencontres avec la personne soignée sont perçues comme des actes isolés par tous les professionnels du soin et chacun rédige au jour le jour ses transmissions et constatations sur une feuille blanche de son outil professionnel.

Demain les soins seront programmés sur parcours type optimisé à l'avance par l'ensemble de tous les acteurs de soins et seuls les écarts et leur analyse seront notés. Donc une **l'analyse** du suivi de la prise en charge est **concertée**, et **la saisie est limitée dans une traçabilité commune**.

C'est cette dynamique que permet la gestion prévisionnelle des soins® dont le principe d'utilisation repose sur l'association de 3 principes :

- ✓ Union de Clinique et Gestion, de qualité et coûts, et interdisciplinarité

et de 3 outils :

- ✓ le chemin clinique, la grille des écarts et la réunion clinique

9.3. Originalité de la méthode : F Dancausse

L'originalité de la gestion prévisionnelle des soins® pour initier cette conception des soins est d'associer deux démarches complémentaires et itératives : Une démarche qualité et de recherche combinée à et une démarche clinique interdisciplinaire qui conduisent à l'élaboration du chemin clinique. Voyons comment ces deux démarches se sont intriquées à Arles.

10. LA MISE EN ŒUVRE DE LA GPS® ET SON ILLUSTRATION DANS LE SERVICE DE CHIRURGIE VISCÉRALE DU CENTRE HOSPITALIER D'ARLES : F DANCAUSSE, S SCIFO, J PONS

10.1. Partenariat avec la personne soignée et ses proches : F Dancausse

C'est souvent dans la non considération des attentes des usagers ou dans l'absence de coordination des examens, des consultations, des soins... que se situent les dysfonctionnements et les problèmes de communication. Le désir de participation des usagers du système de santé aux décisions les concernant s'exprime tant au niveau individuel qu'au niveau collectif. Le renforcement d'un dialogue constructif avec le patient et ses proches est un axe prioritaire des soins ainsi que la promotion de la communication interne et celle avec les partenaires externes. Ces axes ne sont envisageables que dans une approche des soins interdisciplinaire, ouverte sur les réseaux et qui intègre le patient comme un partenaire de l'équipe soignante

La démarche de qualité et de recherche consiste en :

- ✓ •Une analyse de l'existant
- ✓ •La consultation de la littérature et des experts
- ✓ •L'Interrogation et Optimisation de la pratique
- ✓ •L'Information du patient sur les résultats recherchés
- ✓ •La Participation du patient aux résultats recherchés
- ✓ •L'Évaluation des résultats obtenus et analyses des écarts

Bien analyser l'existant est une condition de réussite de ce projet. Ceci passe par la comparaison des enquêtes satisfaction soignés /soignants et par l'étude des dossiers de l'établissement pour :

- ✓ cerner les problèmes qui se posent à cette population de patients
- ✓ réaliser un chemin clinique qui sera enrichi par ces études et la confrontation à l'expertise.

La connaissance des attentes des usagers et du vécu lors de leur hospitalisation fait partie de cette analyse. Depuis quelques années, les études auprès des patients sur la satisfaction et la qualité perçue se sont avérées nécessaires. En effet les patients sont souvent peu enclins à s'exprimer de leur propre initiative si bien que les soignants ont parfois du mal à évaluer le niveau de satisfaction. Au Centre Hospitalier d'Arles une enquête

satisfaction et un "focus group" sur la cholécystectomie ont été réalisés. Le but de ces entretiens est de mieux connaître les difficultés rencontrées par les patients lors de leur prise en charge et de cerner leurs besoins d'information. La finalité est d'enrichir le chemin clinique par des interventions spécifiques à la population type et les intégrer sous forme de résultats attendus.

Mme SCIFO va vous présenter maintenant l'expérimentation réalisée à Arles et son analyse.

Avant d'en venir à la présentation de notre étude, il me semble important de situer l'établissement, le service et tous les préalables à la mise en route de l'étude.

Aux portes de la Camargue, le Centre Hospitalier d'ARLES comprend 529 lits dont 274 de médecine, chirurgie et obstétrique, pour une commune d'environ 60000 habitants, hors périodes estivales.

Il est à proximité de 4 CHU dans un rayon de moins de 100 km.

10.2. Comment cela s'est-il passé ?

Tout a commencé en décembre 1999, autour d'une table où étaient réunis : les 3 chirurgiens de chirurgie générale, la directrice des soins infirmiers, le cadre supérieur infirmier, une secrétaire médicale, une kinésithérapeute, une diététicienne, un médecin anesthésiste, une IBODE, une IADE, l'infirmier hygiéniste, l'infirmière des consultations d'anesthésie, 7 infirmières, 2 aide-soignantes, moi-même et bien sûr la formatrice Florence DANCAUSSE.

En fait, tous les intervenants non médicaux ont été conviés à cette réunion, mais il fallait bien qu'il en reste sur le terrain !

A propos du service, quelques précisions me semblent utiles.

Il comprend 30 lits de chirurgie viscérale, urologique et vasculaire et 14 lits de gynécologie et est séparé en deux unités distinctes géographiquement : une de 30 lits d'hospitalisation conventionnelle et une de 14 lits d'hospitalisation de semaine.

Les gynécologues praticiens hospitaliers ou attachés, sont au nombre de 5, mais les bureaux de consultations et secrétariat étant très éloignés du service et le volume de leur activité obstétricale étant élevé, nos temps de rencontre et d'échanges sont plus brefs et plus dispersés, aussi n'ont-ils pas été invités à la réunion.

Mais revenons à notre première rencontre.

Toutes les personnes présentes connaissaient l'objet de la réunion, soit par une information orale, soit par une documentation succincte, ou par les deux.

Après une présentation de la méthode et de ses conditions de réussite, par Florence, le cadre étant déjà positionné dans le projet, la question posée était :

QUEL CHIRURGIEN EST PARTANT POUR CE TRAVAIL INTERDISCIPLINAIRE, ET POUR QUELLE PATHOLOGIE AYANT UNE PLACE IMPORTANTE DANS L'ACTIVITE DU SERVICE ET/ OU POSANT PROBLEME EN TERME DE QUALITE ?

Pas de bousculade! Tous disaient trouver la méthode intéressante mais préféraient laisser passer un tour : "WAIT and SEE", à l'exception de M. PONS ici présent, ravi de se lancer avec nous dans cette aventure.

Car, j'ai oublié de dire que NOUS, c'est à dire l'équipe, avait déjà répondu" présent" à l'appel.

Restait à choisir la pathologie, désigner la coordinatrice de soins, une référente par unité, M. PONS s'étant spontanément proposé pour être "chef de projet", et à établir le calendrier des réunions auxquelles les personnes désignées s'engageaient à être présentes et participatives à chaque intervention: tout ceci est précisé dès notre 2ème rencontre.

10.3. La pathologie :

Celle qui nous est spontanément venue à l'esprit est l'hémicolectomie dont le nombre croissait et tant il y à faire en terme d'informations, d'éducation, même si chaque membre de l'équipe essaie de donner le meilleur de lui-même.

Mais, ces patients là n'auraient concerné que l'unité d'hospitalisation conventionnelle au risque de déséquilibrer l'harmonie et la complémentarité des deux unités.

La CHOLECYSTECTOMIE programmée, que l'intervention se fasse sous coelioscopie ou par laparotomie fit l'unanimité, du fait de son plus grand nombre par rapport aux autres interventions, mais aussi parce qu'en fonction des lits disponibles et du jour de l'intervention, elle concerne les 2 équipes.

Ceci étant, qu'avons nous fait au fil de, et entre nos rencontres qui sont à ce jour, au nombre de 9 ? Quels résultats avons nous obtenu et, surtout, quelle analyse susceptible de nourrir le chemin clinique ?

Nous avons recherché les dossiers de tous les patients cholécystectomisés depuis le 1er janvier 1999.

Pourquoi seulement depuis cette date ? Tout simplement parce que c'est la date à laquelle M. PONS est arrivé au C.H d'Arles en partageant jusqu'à fin avril son activité avec un établissement de l'APHM.

Sur les 64 dossiers trouvés, nous avons exclu les 23 concernant des patients entrés en crise, donc non programmés.

Dès la 2ème rencontre, le groupe a proposé une liste d'items permettant la construction de fiches de "collectes de données" et ces propositions améliorées et complétées ensemble ont abouti au document définitif avec lequel nous avons, en binôme, analysé 41 dossiers patient, dont voici les résultats.

- ✓ 19 hommes et 22 femmes
- ✓ moyenne d'âge : 48 ans
- ✓ résidence : Arles et ses alentours
- ✓ 15 personnes sont entrées la veille de l'intervention, 26 le jour même
- ✓ 8 hospitalisations récentes: (moins de 15 jours avant l'intervention): critère favorisant la survenue d'infections nosocomiales dont les effets pourraient être la cause d'un écart dans le chemin clinique.
- ✓ La DMS est de 4,92 jours dont 3,04 jours post opératoires, tous patients confondus
- ✓ 30 cas de cholécystectomie sous coelioscopie, avec une DMS de 3,76 dont 2,23 post opératoires
- ✓ 6 cas par laparotomie, avec une DMS de 8,1 dont 5,8 post opératoires
- ✓ 5 cas sous coelioscopie convertie en laparotomie, avec une DMS de 8 jours dont 4,6 post opératoires.

Le tableau ne comporte que les items retrouvés présents dans les dossiers.

Parmi eux, 5 ont attiré notre attention:

Tout d'abord, dans les 6 premières heures suivant le retour de bloc, apparaît un nombre important de douleurs surtout abdominales et de nausées et/ou vomissements, source d'inconfort et de réveil ou d'accentuation de la douleur. Le nombre de 13 sur 41 nous interpelle.

Si les nausées et/ou vomissements régressent rapidement, on constate que le phénomène douloureux persiste jusqu'à J3 post opératoire, pour certains.

L'insomnie la première nuit touche 18 personnes sur 41. Nous avons toujours trouvé normal jusqu'à présent que ces personnes dorment peu ou pas du tout la 1ère nuit, puisqu'elles ont dormi dans la journée. Mais, 23 ne s'en sont pas plaint.

On peut alors se demander si la douleur et/ou l'anxiété sont en cause, chez certains. Question, certes, un peu tardive!

Et, justement, à propos de l'anxiété, notamment, pré opératoire, peu ou pas d'écrits ont été retrouvés. Est-ce à dire que nos patients ne sont pas anxieux ? ou que nous ne savons ni repérer les signes d'anxiété, ni la faire verbaliser ?

Enfin, il est apparu très clairement que si la reprise alimentaire légère débute pour tous au 1er jour post opératoire (sauf nausée et vomissement importants) et est élargie le lendemain, la reprise de l'autonomie, un des principaux critères de sortie, varie en fonction du mode d'intervention.

Les patients opérés sous coelioscopie ont seulement besoin d'une aide partielle et, parfois, très partielle à la toilette et au 1er lever, à J1 post opératoire et sont totalement autonome au 2ème jour.

Ceux ayant eu une laparotomie nécessitent une toilette complète au lit, le 1er jour suivant l'intervention, et une aide partielle à la toilette et au lever, à J2 post opératoire.

Il est certain que les éléments recueillis lors de l'analyse, l'ont été à partir des diagrammes de soins, de la fiche de recueil de données et des transmissions écrites.

Je reviendrai plus tard sur l'impact que tout ceci a eu sur les équipes.

Puis ce fut le moment de construire les questionnaires de satisfaction soignés et soignants.

Leur élaboration commence, mais s'il nous semble facile de trouver des critères de satisfaction soignants, une question se pose : Le questionnaire de satisfaction soignés élaboré par des soignants ciblera-t-il les réelles attentes des patients?

Aussi, pour être au plus près de ces attentes en matière d'information et de soins, le C.H d'Arles décide de constituer un "focus group". Pour ce faire, un guide d'entretien est réalisé et 11 personnes choisies au hasard parmi celles cholécystectomisées dans les 6 premiers mois de l'année 999 sont contactées par M. PONS lui-même.

10.4. Recueil des attentes des usagers:

OBJECTIF : identifier les difficultés rencontrées par les usagers, et leurs besoins d'information pour confronter aux résultats retrouvés dans les dossiers et formuler les résultats attendus dans le chemin clinique.

6. Comment s'est déroulé votre hospitalisation ?
Quelle anecdote d'un souvenir le plus agréable, pourriez vous nous raconter ?
Qu'est ce qui vous a été le plus désagréable ? Racontez nous !
7. Quelle idée vous faisiez vous de cette intervention ? de votre séjour à l'hôpital ?
8. Vécu de l'acte chirurgical (image du corps, cicatrice...)
Quel bénéfice en tirez-vous ?
L'acte chirurgical vous a-t-il apporté un réel soulagement?
9. Que pensez-vous de la cohérence (cohésion) de l'équipe dans la prise en charge des soins ?
10. Si vous n'aviez qu'un ou deux changements à proposer pour améliorer notre prise en charge, que nous suggèreriez vous

5 des personnes sollicitées ont pu se rendre disponibles dont une accompagnée de son conjoint.

2 d'entre elles ont été opérées sous coelio, 3 par laparotomie dont 1 sous coelio convertie en laparotomie

L'entretien s'est déroulé dans un endroit convivial (Bibliothèque, fauteuils, boissons, biscuits...) et a été conduit par 2 personnes sans lien direct avec le service, mais ayant des compétences en entretien de groupe, à savoir la DSSI et un chef de bureau.

10.5. Les grands thèmes abordés spontanément par les patients ont été :

- ✓ L'information : que tous ont jugée suffisante et complète. une personne, cependant, pensait rester plus longtemps à l'hôpital.
- ✓ L'intervention dont tous ont tiré des bénéfices (soulagement des douleurs antérieures).

Quant à la cicatrice, ceux opérés sous coelioscopie sont ravis de ne pas en avoir.

Pour les laparotomies, les avis sont partagés selon la position du patient par rapport à la maladie (grande cicatrice= grande maladie)

- ✓ La douleur que tous ont ressenti différemment (mal - très mal - extrêmement mal) mais toujours calmée immédiatement
- ✓ Le passage au bloc opératoire qui ne fut porteur d'anxiété pour aucun, avec même des souvenirs agréables pour certains : la gentillesse des brancardiers, " j'ai été endormi par 3 jeunes gens qui chantaient, la musique en salle de réveil... "

mais aussi désagréables pour d'autres, victimes de vomissements au réveil ou réveil difficile, " on a du m'attacher ".

- ✓ Le séjour et les conditions d'hospitalisation:

Certains sont contents d'être entrés la veille du bloc, d'autres de n'être entrés que le jour même. L'accompagnante dit être contente de l'accueil et tous estiment avoir bénéficié d'une bonne prise en charge.

Quant à la sortie, une seule regrette la brièveté du séjour.

- ✓ L'hôtellerie : " les repas sont suffisants en quantité mais pas terribles ", mais "on n'est pas venu pour ça "

- ✓ Le confort : Tout va bien, mais il serait bon de changer matelas et oreillers (les housses en plastique font transpirer). Une personne déplore que son téléphone ait été en panne durant les premières 24 heures de son séjour.

Ces "reproches" seront transmis au service concerné.

L'équipe soignante dont la cohésion a été ressentie par tous (beaucoup d'explications et d'informations, réponse rapide aux appels, le médecin fait l'unanimité).

EN CONCLUSION : Ils sont tous prêts à se faire réopérer !

Bref, expérience intéressante. Les soignants à l'écoute des besoins des patients, les soignés pris en considération.

Le questionnaire de satisfaction des personnes soignées est alors construit et validé , de même que celui destiné à évaluer la satisfaction des soignants dont voici les résultats.

Il se présente sous forme de questions aux choix multiples, ou à réponse positive ou négative et, est introduit en ces termes:

"Vous venez d'être hospitalisé dans notre service. Pour améliorer encore la réponse à vos besoins de santé, nous souhaiterions connaître votre opinion".

Il a été envoyé à 26 personnes sur les 41 entrant dans notre étude.

Les 15 qui n'ont pas reçu ce questionnaire sont les 5 personnes du "focus group" et 10 personnes n'ayant pas une bonne maîtrise de la langue (vivant en France de façon permanente ou seulement quelques mois par an).

Nous avons eu 13 réponses.

De plus, à partir du mois de mai, ce questionnaire est remis par la secrétaire à la consultation post opératoire des patients ayant subi une cholécystectomie programmée, et récupéré par l'infirmière des consultations. Ils sont, à ce jour, au nombre de 8.

Je dirai que devant la similitude de réponses des opérés de 1999 et des derniers opérés, j'ai choisi d'analyser ensemble les 21 questionnaires.

Suivant la question posée, les choix de réponse sont:

- ✓ compréhensibles et suffisants
- ✓ trop complexes
- ✓ insuffisantes
- ✓ pas d'information

ou :

- ✓ très satisfaisante
- ✓ satisfaisante
- ✓ médiocre
- ✓ mauvaise

Je ne reprends, sur le Tableau 2, que les réponses obtenues, traduites en pourcentage.

10.6. Accueil et information

10.6.1 A la consultation du chirurgien :

Les explications concernant les formalités d'admission, le déroulement du séjour et des soins, et les raisons de l'intervention sont pour un fort pourcentage, jugées compréhensibles et suffisantes.

A noter cependant que tous les patients n'ont pas été informés sur le déroulement du séjour et des soins. On peut malgré tout dire que ces résultats corroborent ceux du "focus group"

10.6.2 A la consultation d'anesthésie :

Les informations concernant les soins d'hygiène pré opératoires, les consignes pour être à jeun et les différents modes d'anesthésie semblent satisfaisantes.

Les quelques réponses négatives ou "insuffisantes" montrent que les informations écrites remises dès l'intervention programmée, ne sont pas lues par tous les usagers.

10.6.3 A l'arrivée dans le service de soins :

Excepté l'accueil aimable, il semble que les informations concernant la vie du service ne soient pas communiquées à tous les usagers.

10.6.4 Au bloc opératoire :

1/5 des personnes disent n'avoir pas vu l'anesthésiste le matin ou la veille de l'intervention.

Je pense qu'il s'agit de patients entrés le jour opératoire, et sans doute un peu plus tardivement que l'heure prévue, car les anesthésistes passent très tôt puisqu'ils commencent leur 1ère anesthésie à 7h 45.

L'accueil au bloc opératoire et le passage en salle de réveil obtiennent un score très satisfaisant (*idem focus group*)

10.7. Les soins reçus pendant votre hospitalisation :

Certes, les plus forts pourcentages vont aux "très satisfaisant" et aux "satisfaisant", mais ils ne doivent pas masquer le pourcentage, même faible, de "médiocre".

Et, si on analyse ces résultats avec ceux concernant "les informations nécessaires sur la vie du service", on peut penser que tous les patients ne sont pas partenaires de leurs soins puisque certains ne possèdent pas toutes les informations, et puisque les avis, les choix, les besoins et les demandes de certains ne sont pas toujours pris en compte.

Je ne m'attarderai pas ici, sur l'intensité de la douleur qui, nous l'avons vu avec le "focus group", est intériorisée comme une expérience.

Je dirai seulement, avant d'y revenir plus loin, que si les patients étaient mieux informés, il y aurait moins de stigmates.

Quant à sa prise en charge, bien que beaucoup de progrès aient été faits, nous avons encore du chemin à parcourir.

Même combat à l'égard des nausées et vomissements.

La cohésion de l'équipe soignante, exprimée par le "focus group", ne peut exister sans coordination.

Dans la réalité du terrain, l'absence de coordination entre l'équipe soignante et le secrétariat est très nette; et j'avoue mettre beaucoup d'espoir dans la GPS pour que ce défaut de coordination, que je n'ai pas encore réussi à gérer efficacement, soit moins criant aux yeux des usagers.

10.8. Le départ du service :

A la sortie, l'aide apportée par l'équipe est fonction de l'âge, du degré d'autonomie sans lien avec l'intervention, et de la présence ou non de l'entourage.

Aussi ai-je été surprise par les réponses à la question : "en cas de besoin, j'ai reçu une aide à préparer mon départ".

Il est vrai que lorsque la famille vient chercher le ou la patiente, nous ne préparons pas les affaires à sa place.

Mais, avons nous pensé à la fatigue ressentie, quel que soit l'âge?

10.8.1 Pour ce qui est des remarques et suggestions :

Un patient allergique s'est plaint du traitement des draps et du sparadrap.

Un autre suggère d'améliorer le confort de la salle de bains; enfin, un témoignage de mécontentement et 3 témoignages de félicitation.

Evidemment, ces résultats ont questionné l'équipe, mais il est trop tôt pour dévoiler les leçons que nous en avons tirées.

Attardons nous maintenant sur les résultats des questionnaires de satisfaction des soignants (Tableau 3):

36 personnes se sont exprimées (sur les 41 distribués): 8 aide-soignantes, 2 agents des services hospitaliers, 1 diététicienne, 1 kinésithérapeute, 4 infirmières de bloc opératoire, 16 infirmières, 1 praticien hospitalier, 1 cadre, 2 secrétaires médicales.

Il est découpé en 5 grandes rubriques (Tableau 4)

Chacune d'elles contient plusieurs sous critères.

10.9. Analyse du questionnaire de satisfaction des soignants

10.9.1 Des informations préalables données au patient :

On note un assez fort pourcentage de " peu satisfaits et mécontents " .

Ce score est essentiellement dû au critère "heures d'arrivée dans le service" : 38,46% et à celui concernant les "conseils (démaquillage, vernis..) : 26,92%

L'heure à laquelle les patients sont convoqués, heure qui est la même pour tous, est-elle judicieuse?

L'importance de l'heure d'arrivée dans le service est-elle expliquée ?

Pour ce qui est des conseils, les patients ont dit avoir été bien informés des soins d'hygiène préalables à l'intervention : 90,48%

Encore une fois, l'importance de ces conseils est-elle expliquée ?

L'information sans l'explication rend-elle l'usager partenaire de ses soins ?

10.9.2 De l'accueil réservé au patient :

Pour l'accueil, en terme de disponibilité et de temps d'installation du patient dans la chambre, l'addition des pourcentages des "peu satisfaits" et des "mécontents" dépassent le score des "satisfaits".

Cependant, les usagers déclarent être satisfaits de l'accueil : 95,25% !

Mais, leur taux de satisfaction quant aux " informations sur la vie du service", rejoint le peu de satisfaction des soignants dont le temps, réservé à ces informations lors de l'installation dans la chambre, est tronqué par l'heure tardive d'arrivée dans le service et les conseils pas toujours suivis.

10.9.3 De la coordination des différents intervenants au sein du service :

Ici, le respect des horaires de bloc est le plus contesté.

En effet, l'heure de l'intervention peut être avancée ou retardée sans que l'unité de soins soit prévenue.

D'où, précipitation et patient pré-médié juste avant son départ, ou patient préparé et pré-médié trop tôt.

Ces faits ne sont heureusement pas permanents, mais ont un fort impact sur l'insatisfaction des soignants, qui, je le précise ici, ont parfois oublié que le questionnaire ne concernait que les patients cholécystectomisés.

10.9.4 De la coordination avec le bloc opératoire :

Le reproche concerne essentiellement l'absence de transmissions écrites par les infirmières de la salle de réveil, absence que les soignantes des unités de soins déplorent.

10.9.5 De l'accueil du patient au retour du bloc :

Le taux de satisfaction est important.

Les "peu satisfaits" ont, là encore, exprimé leur ressenti concernant les retours de bloc, toutes interventions confondues. De fait, 3 chirurgiens, opérant en même temps, il arrive souvent que plusieurs patients remontent dans le service, à quelques minutes d'intervalle les uns des autres, limitant ainsi le temps passé auprès de chacun.

10.9.6 De la procédure de sortie :

Le chemin clinique, incluant la programmation du jour de sortie, répondra à l'attente des "peu satisfaits".

10.9.7 De la reconnaissance de votre rôle :

Ma nature optimiste m'engage à voir dans ces résultats un taux élevé de satisfaction au travail.

10.9.8 De la prise en charge globale du patient

Là encore, le fort pourcentage de "satisfaits" rejoint les réponses des usagers, à savoir :

3. Pour les soins reçus en cours d'hospitalisation, tous critères confondus:
 - ✓ "très satisfaits" 50,79%,
 - ✓ "satisfaits" 40,48 %,
4. et pour toutes les autres questions, de l'arrivée dans le service jusqu'à la sortie :
 - ✓ 95,23 "oui"
 - ✓ 11,90 "non"

Enfin, pour étoffer notre étude, nous avons décidé de continuer de collecter des données pour tous les patients cholécystectomisés à venir, en utilisant le document ayant servi de base à l'analyse des dossiers et en l'enrichissant d'une question : "Avez vous reçu les informations qui vous sont nécessaires", à laquelle tous ont répondu "oui", réponses en adéquation avec celles du "focus group" mais pas toujours avec celles du questionnaire de satisfaction des soignés.

L'étude concerne 8 questionnaires prospectifs (Tableau 5) dont 7 de patients opérés sous coelioscopie et 1 sous coelioscopie convertie en laparotomie.

Ces questionnaires ne sont pas remplis à partir des écrits retrouvés dans les dossiers mais pendant le séjour du patient, jour après jour, et avec sa participation.

L'intérêt de cette analyse réside dans sa comparaison avec celle faite à partir des dossiers.

Dans les données, beaucoup de similitude : une majorité de sexe féminin (5 femmes, 3 hommes), une moyenne d'âge un peu inférieure (42,77) et une durée moyenne de séjour légèrement réduite, expliquée par le nombre très majoritaire d'interventions sous coelioscopie.

Cependant, malgré ce nombre majoritaire, on retrouve plus de douleur (6/8) dont 5 abdominales et 1 scapulaire, dans les 6 heures suivant le retour de bloc et qui persistent jusqu'au premier jour post opératoire !

Même chose pour les nausées (5/8) et vomissements (1/8) au retour du bloc !

Aucune impossibilité de se lever et de faire sa toilette n'est signalée à J1 post opératoire alors qu'elle était au nombre de 8 dont 1 personne opérée sous coelio et 1 sous coelio convertie.

Mais ce questionnaire a permis de mettre en évidence des items très peu retrouvés dans nos écrits, à savoir :

- ✓ *L'insomnie pré opératoire qui est traduite par 6 patients en terme de "plusieurs réveils dans la nuit" avec des sensations d'angoisse pour 3 d'entre elles.*
- ✓ *L'anxiété, exprimée la 1ère nuit par une personne*
- ✓ *La fatigue, dont une retrouvée à J2 post opératoire et 3 à J3, critère retardant la sortie à la demande du patient.*

Mais à quoi tout ceci nous conduit-il ?

A partir de ces différentes analyses, nous avons listé les problèmes le plus souvent rencontrés. Nous nous sommes, alors, fixé des objectifs en terme de résultats attendus (Tableau 6 à :

Vous noterez qu'en pré hospitalisation (Tableau 6), nous insistons beaucoup sur l'information quant au déroulement des événements depuis la programmation de l'intervention jusqu'à la sortie, ainsi que sur la prise en charge de la douleur.

Le jour de l'intervention, nous donnons la priorité à une préparation optimale et à la mise en confiance du patient (

Dans la phase post opératoire immédiate qui concerne la salle de réveil), vous noterez que la surveillance des paramètres vitaux est complétée par le souci de l'absence de douleur et de nausées, et par celui de l'inquiétude des proches.

Au retour dans l'unité de soins, même buts poursuivis auxquels s'ajoute celui de la qualité du sommeil de la première nuit post opératoire.

Quant aux résultats attendus à j1 post opératoire), on retrouve l'absence de douleur et le listing des critères de sortie.

Comme vous l'avez vu, en fonction des résultats attendus nous avons déterminé les actions à mettre en place pour améliorer la qualité du vécu des patients et des soignants.

Ce travail qui enrichit la pratique de nos soins, est l'ébauche du chemin clinique.

La démarche clinique interdisciplinaire consiste en :

- ✓ •La formulation des résultats attendus par le groupe interdisciplinaire
- ✓ •Le recensement des actions ou interventions : examens, consultations, interventions... nécessaires pour atteindre ces objectifs
- ✓ •L'ordonnancement de ces évènements en les optimisant (anticipation des complications, programmation des activités..)
- ✓ •La coordination et le suivi par le coordinateur des soins. Cette démarche conduit à l'élaboration de deux chemins cliniques, celui de la cholécystectomie sous coelioscopie et celle par laparotomie, le chemin réalisé est présenté par Mme SCIFO et M PONS.

11. LA PLACE DE L'INTERDISCIPLINARITÉ ET SON ILLUSTRATION EN ARLES :(F DANCAUSSE)

11.1. La place de la collaboration

Le développement de ces nouvelles méthodes de gestion des soins ne peut se faire sans la mobilisation de compétences collectives. Selon Guy Leboterf, la compétence collective n'associe pas seulement un double équipement de ressources incorporées à l'individu lui-même (savoirs, expériences, qualités personnelles) et de réseaux de ressources de son environnement mais aussi la **motivation de chacun à communiquer** ces savoirs. Cela ne peut se faire sans la collaboration et la communication interprofessionnelle qui se réalise tout au long du projet et dans sa concrétisation

11.1.1 La démarche clinique interdisciplinaire consiste en :

- ✓ •La formulation des résultats attendus par le groupe interdisciplinaire
- ✓ •Le recensement des actions ou interventions : examens, consultations, interventions... nécessaires pour atteindre ces objectifs
- ✓ •L'ordonnancement de ces évènements en les optimisant (anticipation des complications, programmation des activités..)
- ✓ •La coordination et le suivi par le coordinateur des soins. Cette démarche conduit à l'élaboration du chemin clinique.

Voyons comment a été envisagée cette collaboration dans le service de chirurgie viscérale ? M. PONS ?

11.1.2 La réunion clinique et le coordinateur des soins :

La réunion clinique est un temps de concertation de la communication interdisciplinaire. Cette rencontre est essentielle pour répondre au concept de coordination. Elle a pour buts l'échange d'informations sur l'évolution de l'état de santé du patient et la résolution de problèmes cliniques. La coordination n'est possible que si **un coordinateur reconnu, nommé et au clair avec ses missions, se trouve au cœur du processus**. C'est le chef d'orchestre de la GPS®. Il est responsable de la surveillance des écarts au jour le jour et de la prévision des interventions utiles à la résolution des problèmes. Ses outils spécifiques au suivi du patient sont la grille des résultats attendus à chaque étape, la grille des écarts et le chemin clinique comme référentiel du parcours type. Les compétences requises (en plus de la connaissance approfondie de la population type à rendre en charge) pour devenir coordinateur des soins sont de l'ordre de l'initiative, de l'autonomie, du management et de l'organisation, du dynamisme et de la communication.

Le groupe interdisciplinaire du Centre Hospitalier d'Arles vous est présenté par Mme SCIFO coordinatrice des soins. Il est composé des médecins (chef de projet : chirurgien), de l'anesthésiste, des cadres de santé dont le coordinateur des soins, de l'infirmière générale, du kinésithérapeute, des IDE (du service, d'anesthésie réanimation, de bloc opératoire, consultation...°), jour et nuit, des aide - Soignants, des IDE hygiéniste, référent de la douleur, de la diététicienne, du brancardier, de la secrétaire, et de tous professionnels en lien avec la prise en charge de ces patients.

Le rôle la coordinatrice est prépondérant dans cette collaboration, son but est de :

- ✓ Identifier et obtenir une évaluation complète des capacités et des besoins de l'utilisateur avant l'hospitalisation
- ✓ Gérer le séjour à l'hôpital d'un groupe d'utilisateurs par la coordination de leurs soins avec les médecins, les infirmières et tous les professionnels de la santé
- ✓ Parler de la visite de chaque patient concerné
- ✓ Veillez à l'attente des résultats fixés à l'intérieur des limites de temps prévues
- ✓ Comparer les progrès de l'utilisateur avec le cheminement établi dans l'unité de soins
- ✓ Développer un plan pour les écarts identifiés
- ✓ Rencontrer avec les médecins, autres professionnels, unités pour régler les écarts
- ✓ Coordonner les consultations
- ✓ Évaluer chaque dossier pour dépister les duplications (labo, radio, autres..)
- ✓ Planifier la sortie et favoriser l'éducation à cet effet
- ✓ .Faire le bilan des variations afin d'en faire une synthèse

Le groupe interdisciplinaire du Centre Hospitalier d'Arles vous est présenté par Mme SCIFO coordinatrice des soins.

11.2. Composition du groupe :

- ✓ Le chef de projet : le chirurgien
- ✓ La coordinatrice des soins : le cadre
- ✓ 1 infirmière référente par unité de soins dont une référente douleur
- ✓ D'infirmier(ères) de jour et de nuit dont une référente CLIN et une référente en hémovigilance (nombre et composition en fonction du planning)
- ✓ D'aides-soignantes
- ✓ De la DSSI
- ✓ Du cadre infirmier supérieur
- ✓ D'un médecin anesthésiste
- ✓ D'une IADE
- ✓ D'une IBODE
- ✓ De l'infirmière des consultations d'anesthésie
- ✓ D'une diététicienne
- ✓ D'une kinésithérapeute
- ✓ De l'infirmière des consultations de chirurgie
- ✓ D'une secrétaire médicale du service (en fonction de leur disponibilité)
- ✓ D'un brancardier du bloc opératoire
- ✓ De l'infirmier hygiéniste.
- ✓ Le rôle la coordinatrice est prépondérant dans cette collaboration, son but est de :
- ✓ .Identifier et obtenir une évaluation complète des capacités et des besoins de l'utilisateur avant l'hospitalisation
- ✓ .Gérer le séjour à l'hôpital d'un groupe d'utilisateurs par la coordination de leurs soins avec les médecins, les infirmières et tous les professionnels de la santé
- ✓ .Parler de la visite de chaque patient concerné

- ✓ .Veillez à l'attente des résultats fixés à l'intérieur des limites de temps prévues
- ✓ .Comparer les progrès de l'usager avec le cheminement établi dans l'unité de soin
- ✓ .Développer un plan pour les écarts identifiés
- ✓ .Rencontrer avec les médecins, autres professionnels et unités pour régler les écarts
- ✓ .Coordonner les consultations
- ✓ .Évaluer chaque dossier pour dépister les duplications (labo, radio, autres..)
- ✓ .Planifier la sortie et favoriser l'éducation à cet effet
- ✓ .Faire le bilan des variations afin d'en faire une synthèse
- ✓ **Les effets évalués en France sont identiques à ceux des autres pays qui utilisent la GPS® :**
- ✓ **Impacts constatés au Canada, US, Belgique:**
- ✓ •Augmentation de la satisfaction du patient
- ✓ •Augmentation de la satisfaction des soignants
- ✓ •Valorisation du rôle de soignants
- ✓ •Diminution de la durée de séjour(si c'était un objectif)
- ✓ •Diminution des coûts

11.3. Les impacts déjà observables à Arles

Je dirai que l'impact le plus important, le temps fort a été lorsque les équipes, après avoir analysé les dossiers, ont remis en question leurs écrits professionnels.

Elles ont fait plusieurs constats :

- ✓ d'abord, un recueil de données quasiment vierge,
- ✓ ensuite, beaucoup d'écrits mais avec des cibles qui ne sont pas toujours des problèmes et qui répètent des éléments déjà inscrits dans les diagrammes de soins,
- ✓ enfin, des données imprécises et sans richesse clinique.

La GPS leur a aussi permis de mieux comprendre ou de rappeler l'intérêt de certains outils, a redonné du sens aux outils existants que peu à peu elles se sont appropriées.

Ainsi, dans le cas de la prise en charge de la douleur, l'utilisation de l'EVA n'était pas systématique et les fiches d'évaluation initiées par le comité de lutte contre la douleur, peu utilisées.

Le groupe a proposé de remanier cette fiche en l'enrichissant, au verso, des prescriptions et surveillances post opératoires.

Quant à ce travail interdisciplinaire qui a favorisé la rencontre avec d'autres disciplines ,et des personnes de même discipline mais d'unité de soins différente, il a été riche d'échange de tous ces savoirs, de toutes ces expériences professionnelles et a fait émerger une cohésion du groupe et une cohérence jusqu'alors absente, même si la démarche de chacun s'appuyait sur une même préoccupation : l'usager.

Plusieurs projets ont pris forme, leur but étant, bien sur, de combler les lacunes apparues au travers des questionnaires :

- ✓ la construction d'un livret d'accueil, remis et explicité par le chirurgien dès la consultation fixant l'intervention.

La compréhension des informations contenues dans ce livret sera vérifiée par l'infirmière des consultations d'anesthésie.

L'impact de cet outil dépend :

- ✓ de sa présentation
- ✓ de la façon dont il est donné.

L'objectif visé est de rendre le patient partenaire de ses soins, de le rassurer par le biais d'une information complète et compréhensible.

Si l'objectif est atteint, il améliorera la satisfaction des soignants et diminuera leur stress.

- ✓ La mise en place d'un protocole anti-émétique systématique.
- ✓ L'anticipation de la sortie du patient vers une éventuelle maison de repos :

lorsque le chirurgien repèrera, dès la consultation, un problème de fatigue ou des problèmes sociaux risquant de retarder la sortie du patient à la date prévue dans le chemin clinique, il proposera une maison de repos et la demande sera faite aussitôt.

- Une meilleure connaissance de la personne, avant son entrée dans l'unité:

le recueil de données sera commencé par le chirurgien, complété par l'infirmière de la consultation de chirurgie et celle de la consultation d'anesthésie.

Il sera synthétisé sous forme de macro-cible, la veille de l'entrée du patient.

Cette connaissance permettra de personnaliser nos soins; de plus, il n'aura plus à répondre plusieurs fois aux même questions (adresse, téléphone, régime alimentaire...) et aura l'impression d'être connu dès son entrée :

Cette cohérence de l'équipe ne pourra avoir qu'un effet sécurisant.

Par ailleurs, l'analyse de l'existant interrogeant leurs pratiques, les soignants ont cherché en équipe des réponses à cette interrogation.

Et une équipe qui cherche est une équipe en mouvement.

Un de leur projet à court et moyen terme est de retravailler ensemble les transmissions ciblées.

En tant que cadre du service, je trouve l'expérience passionnante.

La GPS a accru et consolidé la cohésion des deux équipes de soins, et a nettement amélioré la communication entre les différents services, deux éléments indispensable à l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients.

12. CONCLUSION : F DANCAUSSE

LA GPS® répond donc aux fondements de l'accréditation, elle associe aux différents points développés une démarche d'évaluation continue. Ces aspects seront développés par J PONS.

Grâce à l'analyse des écarts et à l'approche critique systémique du fonctionnement hospitalier, la GPS ® est un bon moyen pour recentrer continuellement l'ensemble du système sur les soins et la satisfaction de la personne soignée, préoccupations privilégiées des soignants.

La GPS ® est un plan programmé de "bonnes pratiques" de soins dans tous les domaines et dans toutes les dimensions. Elle représente le support documentaire de soins réfléchis, complémentaires, coordonnés et aboutis qui sont souhaités par les usagers. Elle est une invitation à être collectivement responsable au service des usagers pour dispenser des soins de qualité en toute sécurité.

Tableau 1 : Résultats de l'analyse de 41 dossiers

Tableau 2 : QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

DES INFORMATIONS PREALABLES DONNEES AU PATIENT
Heures d'arrivée dans le service
Procédure d'admission (PA)
Examens préalables
Conseils (démaquillage, vernis...)
DE L'ACCUEIL RESERVE AU PATIENT
Disponibilité
Installation dans la chambre
DE LA COORDINATION DES DIFFERENTS INTERVENANTS AU SEIN DU SERVICE
Respect des horaires au bloc
Consultation pré-anesthésie
Visite du chirurgien
Visite de l'interne
Equipe soignante
DE LA COORDINATION AVEC LE BLOC OPERATOIRE
Transmissions écrites du service
Transmissions écrites à la sortie de la salle opératoire (IBODE)
Transmissions écrites à la sortie de la salle de réveil (IADE)
DE L'ACCUEIL DU PATIENT AU RETOUR DU BLOC OPERATOIRE
Procédure de prescriptions post-opératoire
Du temps à consacrer au confort du patient au retour du bloc opératoire
De la communication établie avec le patient
De la communication établie avec les proches
De la participation du patient
Justifiez :
DE LA PROCEDURE DE SORTIE
Délai de communication de l'annonce de la sortie au patient
Délai de communication de l'annonce de la sortie du patient à l'équipe
Délai de communication de l'annonce de la sortie du patient au secrétariat
Horaires de sortie respectés
Modes de sortie prévus
Courrier fait dans les délais
DE LA RECONNAISSANCE DE VOTRE ROLE
<i>Par le patient</i>
<i>Par vos partenaires</i>
<i>Autonomie</i>
<i>Participation aux décisions</i>
<i>Respect mutuel du travail de chacun au sein de l'équipe</i>
DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT
<i>Si vous aviez UN changement à proposer pour améliorer la qualité des soins dispensés aux patients opérés de cholécystectomie, LEQUEL suggéreriez vous?</i>

Tableau 3 : Questionnaire de satisfaction des soignants

ETES VOUS :	très satisfait	satisfait	peu satisfait	mécontent	NV
Des informations préalables données au patient	8,25%	45,02%	27,44%	7,69%	11,59%
De l'accueil réservé au patient	12%	36%	24%	14%	14%
De la coordination des différents intervenants au sein du service	10,71%	48,62%	17,89%	1,99%	20,77%
De la coordination avec le bloc opératoire	18,89%	38,70%	21,08%	2,09%	20,19%
De l'accueil du patient au retour du bloc	3,66%	67,06%	14,35%	0%	14,93%
De la procédure de sortie	9,98%	49,62%	17,60%	0,79%	21,95%
De la reconnaissance de votre rôle	13,90%	71,13%	13,18%	0%	1,79%
De la prise en charge globale du patient	6,45%	80,65%	3,22%	0%	9,68%

Tableau 4 : Réponses au questionnaire de satisfaction des soignants

Tableau 5 : Résultats de l'analyse prospective de huit dossiers

Tableau 6 : pré-hospitalisation (de l'annonce de l'intervention lors de la consultation à l'arrivée dans le service à JO)

Tableau 7 : j0 - phase pré-opératoire

Tableau 8 : J0 - phase post-opératoire (suite)

PROBLEMES	RESULTATS ATTENDUS	INTERVENTIONS
Complications Plaie des voies biliaires Hémorragie distillante	Bilan biologique normal	Contrôle biologique NFS, plaquettes, GOT, GPT, Bilirubine, Amylase, lipase, GT, Phosphatase alcaline (pour surveillance des fonctions hépatiques, pancratiqes et hémodynamiques).
Maux de gorge	Absence de douleur à la déglutition	Maxicaïne ou lysopaine sur prescription
	Reprise alimentaire tolérée	eau dès le matin, si pas de nausées et si bilan normal, repas sans graisses à midi
	1er lever bien toléré	Aide +/- au lever et pour quelques pas dans la chambre et mise au fauteuil (en fonction du patient).
	Reprise progressive des activités quotidiennes	Toilette avec ou sans aide +/- aide au déplacement et à l'élimination, à la mobilisation. Sollicitation et valorisation de la reprise des centres d'intérêt, et si non, recherche de la cause, de la raison.
	Absence de douleur	Antalgiques oraux à la demande et E.V.A.
	Absence d'hémorragie	Refaire le pansement si souillé Surveillance des paramètres vitaux 2 fois/24 h (TA, Pouls)
	Normotherme	Contrôle de la température 2 fois/24 h Si frissons ou T° > 38°5, même attitude qu'antérieurement.

Tableau 9 : J1 - post-opératoire cœlioscopie

PROBLEMES	RESULTATS ATTENDUS	INTERVENTIONS
Maux de gorge	<p>Absence de douleur à la déglutition</p> <p>Reprise alimentaire tolérée</p> <p>Autonomie/lever Autonomie/toilette Autonomie/mobilisation</p> <p>Reprise des centres d'intérêt</p> <p>Normotherme</p> <p>Absence d'hémorragie</p> <p>Absence de signes infectieux</p> <p>Absence de douleur ou douleur compatible avec les activités antérieures E.V.A. :1</p> <p>Récupération des activités de la vie quotidienne.</p> <p>Pas de complication des pathologies associées.</p> <p>Patient informé des précautions à prendre.</p>	<p>Maxicaïne, lysopaïne sur prescription.</p> <p>Repas normaux sans excès, en fonction de l'appétence du patient</p> <p>et sinon, recherche de la cause</p> <p>Contrôle T° 2 fois/24 h. (mêmes consignes)</p> <p>Ablation du pansement Surveillance des paramètres vitaux 2 fois/24 h.</p> <p>Surveillance T° Surveillance de la paroi</p> <p>Antalgiques oraux à la demande.</p> <p>Douche 3 à 4 J après Stéri-strips tomberont seuls Eviter les charges lourdes Un peu de fatigue est normal Pas de soleil sur les cicatrices pendant 6 mois Réajustement au sujet du régime alimentaire (pas de régime).</p>

Tableau 10 : J2 - post-opératoire cœlioscopie

Tableau 11 :