

**La valeur ajoutée du chemin clinique : l'approche par les résultats et le partenariat avec le patient**

**Dancausse Florence, Reyes Pierre**

**GRIEPS 72674 Rue du Grand Roule 69 110 Sainte Foy -les -Lyon**

**Résumé**

Le souci de l'amélioration est très présent dans les préoccupations de tous les professionnels de santé. Ils reconnaissent volontiers que l'optimisation de la prise en charge des patients et a fortiori celle de leurs pratiques professionnelles passent par la **formulation claire et précise des résultats cliniques et organisationnels, gradients interdisciplinaires** pour l'équipe. Mais comment, dans le contexte actuel, répondre aussi bien aux attentes des patients en termes de **partenariat** et de sécurité des soins qu'aux exigences professionnelles ? Le choix du chemin clinique est privilégié par certaines équipes de soins comme méthode d'amélioration. Les impacts sont probants : satisfaction des patients et des professionnels, meilleurs résultats cliniques démontrés sur les risques et les complications, réhospitalisations diminuées, éducation thérapeutique efficace, organisation optimisée... Néanmoins, l'efficacité de la méthode reposant sur la décision de résultats optimaux avec le patient, la compréhension de cette étape initiale conditionne la réussite du projet. Cette dernière dépend également de l'attention portée sur l'alliance de la démarche méthodologique et de l'attitude pédagogique dans l'accompagnement des équipes.

## **Introduction**

### **Le contexte**

Il est admis dans les structures de santé, que les professionnels ont besoin de résultats tangibles de leurs actions pour prendre des décisions cliniques et organisationnelles adéquates. L'approche clinique des résultats dans la prise en charge des patients devrait être une évidence. Qu'est-ce qui interpelle les professionnels de santé aujourd'hui sur l'approche des résultats dans les soins ?

La première difficulté est d'arriver dans un contexte de travail complexe, à formuler puis à transformer des résultats catégoriels en une démarche interdisciplinaire au service de décisions concertées et coordonnées.

D'autre part, l'enjeu aujourd'hui est de favoriser le développement des dispositifs d'évaluation des pratiques tout en maintenant le droit du patient à un exercice transparent et responsable de la médecine. Dans ce sens, la version 2010 de l'accréditation se singularise des précédentes par la notion des pratiques exigibles prioritaires (PEP). Cette itération demande de suivre au moyen de tableaux de bord des indicateurs de pratiques cliniques de qualité, de les analyser sur du long terme comme des points de repères de l'amélioration continue. Les soignants se doivent donc de gérer de plus en plus d'informations, de faire le point sur leurs pratiques et de rendre lisibles les résultats. Ils ressentent l'évaluation comme une obligation de conformité contrôlée par rapport à des référentiels plutôt qu'une remise en question bénéfique s'appuyant sur une régulation d'équipe concertée et acceptée. Ils souhaitent impérativement de nouveaux modes de

gestion des prises en charge des patients intégrant cette évaluation clinique, son management et sa gestion, de façon pragmatique.

## **L'histoire d'une équipe**

Notre objectif est de montrer à partir d'un exemple, en quoi une méthode combinant l'approche par les résultats et le chemin clinique, peut être un moteur dans l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

### ***Le récit***

Il s'agit du cas d'une équipe de pédiatrie prenant en charge des enfants diabétiques. Elle rencontrait des problèmes et souhaitait s'améliorer. Les difficultés rencontrées portaient sur :

- La population de patients : enfants diabétiques type I, de 2 ans à 17 ans, souvent en situation de forte vulnérabilité : familles d'immigrés, quartiers défavorisés, précarité sociale marquée, apprentissages difficiles, etc.
- La longueur du séjour initial était d'environ 25 jours, d'où un coût de la prise en charge trop important, et une performance T2A médiocre
- Des réhospitalisations fréquentes qui interrogeaient l'équipe,
- La diététicienne et la psychologue qui n'étaient pas totalement coordonnées avec l'ensemble de l'équipe et qui attendaient d'intégrer leurs interventions dans un suivi pertinent
- Les médecins ne savaient pas si leur façon d'expliquer la maladie et les traitements par l'insuline était comprise par les jeunes et leurs parents, ni le degré d'autonomie acquis
- Globalement, une insatisfaction des soignants était exprimée sur une éducation thérapeutique peu concertée et peu évaluée
- Peu de retour des enfants et des familles sur leur ressenti de l'hospitalisation

**L'équipe décida alors de se porter volontaire pour mettre en œuvre une méthode d'amélioration : le chemin clinique guidé par une approche orientée par les résultats.**

### ***Les acteurs :***

C'est une équipe interdisciplinaire qui a constitué le groupe de pilotage. Elle est composée de

- Deux puéricultrices et 2 IDE jour/nuit, (urgence et réanimation,),
- L'IDE des consultations externes,
- Deux auxiliaires de puériculture,
- Une psychologue,
- Une diététicienne,
- Une assistante sociale,
- Un cadre administratif de pôle,
- Une secrétaire,
- Et bien sûr les enfants et les parents qui ont contribué par leurs réponses aux questionnaires au projet d'amélioration.

### ***La typologie de patients***

Le choix de la pathologie reposait sur le diabète juvénile de l'enfant réduit à la population des 10 à 15 ans pathologie fréquente avec des réhospitalisations lors de la période de l'adolescence. La phase inaugurale a été privilégiée car le souhait de l'équipe était

d'améliorer l'éducation dès la première hospitalisation. Dans ce travail, l'équipe a limité le parcours de l'enfant au service des urgences et à l'unité de pédiatrie pour ne pas trop complexifier la première expérimentation. Le rôle des chargés de projet a été attribué à un binôme composé du médecin et du cadre de pôle, les infirmières étaient les coordinatrices opérationnelles du projet dans les unités.

### ***Les résultats obtenus suite à la méthode***

Une année fût consacrée à la réalisation du chemin clinique et à son implantation. Plusieurs bilans furent réalisés avec cette équipe ainsi qu'une évaluation avant la mise en place du chemin clinique puis après son utilisation. Les résultats obtenus montrent :

- Une satisfaction des professionnels suite à la réalisation pour la première fois d'un travail clinique inter unité, interprofessionnel sur un thème choisi ensemble
- Une amélioration de la traçabilité et de la connaissance de l'enfant, du suivi de l'éducation dans le dossier ainsi que la création de l'école du diabète
- La suppression du FO non recommandé par les conférences du consensus pour les enfants de moins de 8 ans
- Que l'annonce de la pathologie faite par le médecin avec l'IDE soit dans la chambre soit dans le bureau répond aux attentes des adolescents,
- Une formation (dans le service) à la démarche éducative pour les infirmières, les auxiliaires de puériculture, la diététicienne et de certaines IDE des urgences pédiatriques
- Une utilisation d'outils d'éducation spécifique aux adolescents diabétiques réalisés par le groupe projet et validés en équipe
- La mise en place d'une démarche d'évaluation continue de la satisfaction et des résultats obtenus en matière d'acquis et d'autonomie des enfants
- La modification du rôle de l'infirmière des consultations externes qui devient responsable du suivi de cette démarche d'évaluation
- Une Durée Moyenne de Séjour diminuée à 17 jours avec maintenant un objectif de 15 jours est envisagé.
- La satisfaction des professionnels évaluée sur cette PEC

## **Comment l'équipe est-elle arrivée à obtenir ces résultats ?**

### ***Approche des résultats dans la prise en charge des patients***

La première étape de la démarche a consisté à définir collégalement « **les résultats les meilleurs** » à atteindre avec les adolescents et leurs parents, lors de prise en charge par tous les professionnels. Qu'entend-on par la notion de résultats ?

Dans notre modèle, « résultat » se réfère à **une perception dynamique et de progrès**, conséquences des interventions interdisciplinaires. Les résultats envisagés ici sont principalement des indicateurs qui mesurent l'efficacité des activités de soins sur l'état clinique de la personne soignée. C'est le rapport entre les résultats attendus et ceux obtenus qui détermine un écart, une variance.

En ce sens, ils influent sur les pratiques professionnelles en permanence et deviennent un moyen pour les équipes de trouver d'autres solutions, d'autres méthodes pour les atteindre et ainsi de s'améliorer. A partir de la corrélation entre les résultats cliniques obtenus avec le patient et la stratégie thérapeutique interdisciplinaire mise en place, les professionnels se concertent puis s'auto régulent dans l'action.

## Différents types de résultats sont recherchés

- Résultats attendus : ceux que le patient attend.
- Résultats optimaux, à savoir « les meilleurs » Ceux qu'escompte l'équipe dans « le respect de l'état de l'art »
- Résultats nominaux : ceux qui sont réalisés de façon protocolisée
- Résultats possibles mais non souhaitables : ceux qu'il faudrait proscrire et qu'il faut analyser rétrospectivement pour les empêcher

La déclinaison de résultats peut aussi s'envisager en termes de résultats :

- Finaux : ceux à la fin de l'hospitalisation qui peuvent être considérés comme des critères de sortie
- Intermédiaires : ceux qui jalonnent l'évolution du patient en fonction des séquences de la prise en charge

## Exemples de résultats dans la prise en charge de l'enfant diabétique

Dans l'exemple du diabète juvénile, les résultats attendus sur lesquels l'équipe s'est accordée sont :

### Résultats d'ordre clinique

- Biophysique :  
Contrôle de la glycémie dans la fourchette fixée  
Absence de signes d'hypo ou d'hyperglycémie
- Comportemental :  
L'Observance des consignes alimentaires prescrites  
L'acceptation par les parents d'un suivi chez un diabétologue
- Psycho-émotionnel :  
Expression de l'anxiété de l'enfant /proches  
Contrôle de la peur de l'enfant lors des injections
- Socioculturel :  
Intégration au groupe de paroles d'adolescents  
Participation de l'adolescent à son sport habituel.

### Résultats d'ordre organisationnel :

- Délais, Durées, Fréquences de consultation, documents remis.
- Durée de la première consultation médicale
- Fréquence du suivi de l'éducation thérapeutique
- Visites du psychologue
- Fixer la DMS optimale en respectant les bornes de l'échelle nationale des coûts : DMS proposée de 17 jours

## Une méthode pour y arriver : le chemin clinique

Le chemin clinique suscite un intérêt croissant grâce à sa consonance familière où tous les professionnels de santé se reconnaissent dans l'accompagnement de la personne malade au cours de son parcours de patient. Le patient et les professionnels « cheminent ensemble » dans **un processus clinique** rendu lisible actuellement dans les différentes parties du dossier patient. La question est en quoi le chemin est une méthode qui contribue à cette démarche d'amélioration des pratiques ?

### *Lien entre chemin clinique et approche par les résultats cliniques interdisciplinaires*

La finalité du chemin clinique est de veiller à une qualité des soins et de services rendus aux patients. La particularité de cette méthode, est le choix d'une orientation au plus près des problématiques cliniques de la personne soignée. Construire un chemin clinique : c'est d'abord choisir ensemble une pathologie, s'accorder sur des **résultats attendus interdisciplinaires** avec la personne soignée et ses proches, puis décrire tout le processus de la prise en charge optimale. Cela passe par une structuration de la pensée collective, fruit d'un raisonnement clinique et thérapeutique, s'inscrivant à travers des objectifs soignants dans un modèle unique qui pourra se traduire par plusieurs représentations graphiques : notamment le synoptique, le logigramme ou le tableau de l'itinéraire.

La posture pédagogique constitue la valeur ajoutée à la méthode du chemin clinique. Attitude pédagogique et méthode du chemin s'associent et s'harmonisent : leur synergie permet de guider des équipes dont les pratiques *tournent au quotidien* (d'équipes compétentes) et qui veulent s'améliorer collectivement. L'analyse rétrospective de « leur façon de prendre en charge les patients » associée à celle des attentes des patients et à la recherche de données probantes nourrissent l'autodiagnostic utile aux modifications nécessaires. Les professionnels déclinent ainsi les résultats attendus optimaux, puis ceux qu'ils obtiennent et ceux obtenus par le patient. Ils peuvent ainsi se questionner, prendre conscience de certaines pratiques redondantes, inadéquates et modifier des interventions dans le parcours du patient.

Enfin **l'analyse de la grille de l'écart** sur plusieurs mois continue de pérenniser le processus d'évaluation collective. Lors d'une réunion clinique, animée par un coordinateur de la prise en charge préalablement désigné, avec des missions clairement établies et reconnues, les écarts sont analysés et régulés avec l'équipe interdisciplinaire. D'autres professionnels et gestionnaires peuvent être sollicités s'ils sont concernés par les difficultés rencontrées. La réunion clinique est un temps de concertation de la communication interdisciplinaire. Cette rencontre est essentielle pour répondre au concept de régulation des pratiques. Elle a pour buts l'échange d'informations sur l'évolution de l'état de santé du patient et la prise de décision partagée vers des solutions cliniques ou organisationnelles nouvelles.

## Exemple de synoptique dans le chemin clinique du diabète de l'enfant de 10 à 15 ans

	<b>Synoptique global : DECOUVERTE DU DIABETE JUVENILE DE L'ENFANT de 1</b>			
	<b>J1</b>	<b>J2</b>	<b>J3</b>	<b>J4 à J7</b>
<b>Résultats</b>	<b>Connaissances de base comprise par l'enfant/parents: sur le diabète comme maladie chronique associant toute sa vie un traitement par insuline, un régime alimentaire et la pratique d'exercices</b>			
<b>Objectifs cliniques</b>	Assurer une équilibre glycémique ,identifier les facteurs de risques et complications associées ,intégrer les connaissances de l'enfant et son potentiel dans l'apprentissage, Prendre en compte les besoins et			
<b>Consultations/ Visites</b>	Première consultation médicale du pédiatre	Pédiatre	Pédiatre	Pédiatre
		Consultation diététicienne	Evaluation initiale de la situation sociale	consultation endocrinologue
			psychologue sur prescription médicale	psychologue sur prescription médicale
<b>Examens Biologiques</b>	Bilan biologique diabétique dosage anticorps anti GAD	Vérification ou dosage des anticorps anti GAD et		
<b>Examens Complémentai</b>	Bilan dentaire FO			
<b>Traitements Médicamenteux</b>	Insuline selon feuille de prescription diabétique&	Insuline selon feuille de prescription diabétique &	Insuline selon feuille de prescription diabétique	ordonnance de matériel donnée aux parents à J6
<b>Soins et Surveillances</b>	Surveillance glycémie capillaire, BU	Surveillance glycémie capillaire, BU	Surveillance glycémie capillaire, BU	Surveillance glycémie capillaire, BU
	Surveillance d'hypo d'hyper	Surveillance signes cliniques	Surveillance signes cliniques	Surveillance signes cliniques
	Poids; Taille, IMC			Poids, IMC
	Surveillance comportement	Surveillance comportement	Surveillance comportement	Surveillance comportement
<b>Alimentation</b>	Régime Diabétique	Relevé alimentaire	Relevé alimentaire	Relevé alimentaire

## Quelles évolutions conceptuelles dans la culture du résultat ?

Comme nous l'avons vu précédemment, le chemin clinique est *une méthode d'amélioration de la qualité des soins qui est fondée sur la recherche de résultats dynamiques attendus. Elle conjugue clinique, organisation et gestion dans une approche interdisciplinaire centrée sur une pathologie.* L'efficacité de la méthode réside sur le fait que les professionnels commencent la formation de leur plan de soins par la fin, c'est dire les résultats pour définir et planifier ensuite leurs activités.

Cependant, un autre changement est plus fondamental : c'est la prise de conscience qu'il existe deux démarches d'amélioration en tension et qui, tout à la fois, s'opposent et sont complémentaires :

**La démarche sommative** où l'on s'intéresse, en fin d'action, aux effets ou aux impacts de l'action, elles portent donc sur les résultats atteints et/ou les autres effets prévus ou inattendus, qui sont mis en relation avec les objectifs généraux et spécifiques dans une logique de vérification de la conformité.

**La démarche formatrice** se place pendant l'action. Elle vise le pilotage de l'action pour mieux l'ajuster. Elle s'intéresse aux efforts que déploient les acteurs pour la réaliser. Elle s'intéresse aux effets de l'action sur les groupes concernés (ou d'autres effets plus larges) car elle a pour but de voir les changements « en cours de route » permis par l'action. Elle s'inscrit dans une logique de régulation.

Il s'agit de penser à conjuguer les deux modèles et comprendre que l'un sans l'autre, aucun véritable progrès stable et accepté n'est possible à long terme. Ces deux démarches sont à articuler pour travailler intelligemment ensemble. Elles sont présentées dans le tableau ci-après.

MODELES	
Démarche sommative	Démarche formatrice
Évaluation conformité	Évaluation régulation
Méthode de résolution de problèmes	Méthode de découvertes de solutions
Identification des problèmes de santé des patients par catégories professionnelles	Concertation de l'équipe interdisciplinaire
Problèmes traités de manière ponctuelle, au coup par coup et dans l'urgence	Anticipation et détermination des résultats intermédiaires et finaux
Chaque professionnel démarre sur une feuille blanche pour prévoir les soins et les suivre	Chaque professionnel se réfère au modèle unique (synoptique et logigramme partagés)
Outils par catégories	Outils communs
Cloisonnement	Partage interprofessionnel
Voix des professionnels et voix des patients discordantes	Voix des professionnels et voix des patients ensemble
Pluridisciplinarité	Alliance entre les acteurs de la prise en charge
INTELLIGENCE COLLECTIVE	

## Conclusion

Cette réflexion sur l'approche par les résultats lors de la réalisation de chemins cliniques permet d'identifier les freins structureaux et surtout de comprendre les motivations et les intérêts de chacun sur l'évolution de ses pratiques. Difficile à appliquer individuellement dans un quotidien professionnel, cette phase de remise en cause collective aboutit à une satisfaction partagée par les acteurs du chemin clinique. Celui-ci est le moyen privilégié d'échanger des savoirs, de les interroger du point de vue de l'autre afin de se fédérer, de se coordonner, de créer une alliance des différents professionnels au service du patient. L'hypothèse formulée et vérifiée par certaines équipes est qu'en s'accordant d'abord sur les résultats puis sur ce plan programmé et anticipé de bonnes pratiques, on améliore les relations avec le patient et la relation des professionnels entre eux.

## Bibliographie

### Approche des résultats

- Bonniol J.J et Vial M Les modèles de l'évaluation : Textes fondateurs avec commentaires 1997 édition de Boeck
- Johnson M et Mass M Iowa Outcomes Projet Edition Masson Classification des Résultats de soins infirmiers CRSI NOC 386p
- Pascal A, Frécon Valentin E : Diagnostics infirmiers, interventions et résultats Edition Masson 604 p

### Qualité

- Charvet - Protot, S., Jarlier, A. (1998) Le coût de la qualité et de la non - qualité à l'hôpital. *Gestions Hospitalières*. Nov. : 719-746.
- OMS Europe : Réseau des bases factuelles en santé : Avantages et limites des divers outils de la qualité et de la sécurité employés dans le secteur sanitaire

### Généralités sur le chemin clinique

- Babils Y (2009) Mise en place d'une consultation en ophtalmologie : une approche systémique Gestion hospitalière
- Dancausse F, Blanchard M, Arnal M (2006) Le chemin clinique Une route vers l'amélioration continue Gestion hospitalières
- Dancausse F et Chaumat E (2007) les transmissions ciblées au service de la qualité des soins 3ième édition Chapitre 16 : une aide à l'élaboration des chemins cliniques interdisciplinaires
- C Boisvert et E Fosse : « Utiliser la gestion prévisionnelle des soins pour optimiser la prise en charge » Soins, N°637, juillet aout 1999, p 20-23
- Duquette, A (1995) La gestion de l'épisode de soins - intérêts et limites du case - management. *Acte du congrès international - Le soin infirmier dans le système de santé*. ENSP, UCL.
- Duquette, A.; Sandhu, B. et al (1992) La gestion des cas. Question de soins ou de coûts. *Nursing Québec* 12 (5): 31 -37.

### Quelques Sites :

- <http://www.has-sante.fr><http://www.bmlweb.org/>
- <http://www.bmlweb.org/>
- <http://www.hsl.unc.edu/Services/Tutorials/EBN/index.htm>
- [http://www.bmlweb.org/consensus\\_lien.html](http://www.bmlweb.org/consensus_lien.html)
- [http://www.bmlweb.org/consensus\\_lien.html](http://www.bmlweb.org/consensus_lien.html)
- <http://www.nursingworld.org/mods/archive/mod30/cec213.htm>

### Mots clés :

Résultats cliniques et organisationnels interdisciplinaires, indicateurs dynamiques, partenariat avec le patient, chemin clinique, évaluation formatrice, amélioration des pratiques professionnelles, grille d'écart, intelligence collective, raisonnement clinique, satisfaction du patient, satisfaction des professionnels. culture du résultat