



**FACULTÉ D'INGÉNIERIE ET DE MANAGEMENT DE LA SANTÉ – ILIS  
UNIVERSITÉ DROIT ET SANTÉ DE LILLE – LILLE II  
UNIVERSITÉ SCIENCES HUMAINES – LETTRES ET ARTS DE LILLE – LILLE III  
CERFEP**

**MASTER INGÉNIERIE DE LA SANTÉ  
PARCOURS COORDINATION DES TRAJECTOIRES DE SANTÉ**

**Mémoire de Master 2**

**LE CHEMIN CLINIQUE, UN PARCOURS  
SOIGNÉ/SOIGNANT CONCOURANT À UNE  
SÉCURITÉ ET UNE QUALITÉ DE SOINS**

**LILLE, Janvier 2019 - Mars 2019**

**ÉLISABETH CRÉTEUR**

**Directeur de mémoire : Madame Thérèse Psiuk**

**Président du jury : Professeur Puisieux**

**Tuteur pédagogique : Madame Thérèse Psiuk**

**Le 04/10/19**

**Tuteur professionnel : Madame Monique Blondel**

**Assesseur : Monsieur Bertrand Dutheil**

**Faculté Ingénierie et Management de la santé – ILIS  
42 rue Ambroise Paré  
59120 LOOS**



## SINCÈRES REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier **Madame Blondel**, Directrice de l'organisation des soins, au Centre Oscar Lambret, de m'avoir accueillie dans son établissement de santé en tant que stagiaire. Tutrice professionnelle, elle a su prendre le temps pour m'accompagner durant ce stage. Je remercie également **les cadres de départements et de soins** qui m'ont réservée un bel accueil. Merci **aux soignants** qui ont participé à l'enquête.

Je remercie également **Madame Psiuk**, Directrice de mémoire et tutrice pédagogique, pour ses conseils, son soutien tout au long de l'écriture de ce travail et son suivi durant la réalisation de ce stage.

Merci au **Professeur Puisieux** et à l'ensemble de **l'équipe pédagogique du Master** ainsi qu'aux **intervenants** pour ces deux années de formation en Master qui furent très riches en nouvelles acquisitions.

Je remercie **Madame Rey**, ancienne Directrice des Soins au Centre Hospitalier de Tourcoing, pour avoir cru en mon projet professionnel, et pour l'avoir soutenu auprès de la direction. Merci également à **Madame Deltombe**, nouvelle Coordinatrice générale des activités de Soins et à **la Direction du Centre Hospitalier de Tourcoing** de m'avoir financé cette formation en Master.

Je tiens également à remercier **Madame Colein**, Cadre de Santé en Neurologie, au Centre Hospitalier de Tourcoing, pour son soutien durant toutes ces années et pour la gestion de mon absence au sein du service durant la formation.

Un grand merci à toutes **mes collègues de Neurologie**, pour leur soutien au cours de ces années de formation, et leur flexibilité concernant le planning horaire.

Merci à mon amie **Sylvie Sobrie**, Directrice Adjointe Maison d'Enfants, pour la relecture syntaxique de ce rapport de stage.

Enfin, je remercie particulièrement **mon conjoint et mes enfants**, pour leur soutien et leur aide apportés au quotidien durant ces deux années. Une ressource inestimable !

# SOMMAIRE

1) <i>PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE</i>	1
2) <i>ANALYSE CONCEPTUELLE</i>	4
3) <i>LOGISTIQUE DE RECHERCHE</i>	17
4) <i>SYNTHÈSE DES RÉSULTATS et ANALYSES</i>	24
5) <i>DISCUSSION</i>	36
6) <i>CONCLUSION</i>	47
7) <i>BIBLIOGRAPHIE</i>	49
8) <i>TABLES GRAPHIQUES, SCHÉMAS, TABLEAUX</i>	53
9) <i>GLOSSAIRE</i>	54
10) <i>TABLE DES MATIÈRES</i>	55
11) <i>ANNEXES</i>	58

## 1) PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE

La qualité des soins est au centre des normes et valeurs de tous les professionnels de santé, sanitaires et médico-sociaux. C'est également une priorité de la HAS (Haute Autorité de Santé) qui publie régulièrement des recommandations sur les pratiques de soins en lien avec la qualité et la sécurité. La certification des établissements de santé, aujourd'hui bien ancrée, impulse une démarche qualité dans l'intérêt de l'utilisateur, des professionnels de santé et des pouvoirs publics. Elle a pour but de renforcer les démarches d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et des prises en charge. Les établissements de santé sont dotés de cellules qualité. La gestion d'un compte qualité leur permet de suivre les dispositifs de gestion des risques et de déployer des actions prioritaires.

Cependant, la qualité et la sécurité des soins sont bien souvent compromises par la réalité du travail quotidien qui entraîne des variations de l'organisation des soins. Cela constitue d'une part, une menace pour la prise en charge du patient, entraînant des risques de dommages liés aux soins, d'autre part, une importante frustration pour les soignants. Ces dernières années, l'environnement de travail des services de soins a subi de profondes modifications organisationnelles. Les multiples réformes du système de santé, la nécessité permanente de rationaliser les ressources humaines dans un contexte de restrictions budgétaires sont en cause. Par conséquent les conditions de travail se sont détériorées et la satisfaction au travail des soignants est impactée. Les signes caractéristiques sont l'augmentation des rotations du personnel, l'épuisement et la détresse psychologique de celui-ci, ainsi que l'absentéisme. Ces difficultés provoquent des coûts importants en terme d'arrêts maladie, de salaires, de frais de remplacement, de formation des nouveaux arrivants.

Par ailleurs, l'évolution des techniques ainsi que l'exigence de la traçabilité de toutes prises en charge ont provoqué une surcharge de travail des soignants. Dans ces conditions de travail, le risque de détérioration de la qualité de soins est perçu par ces derniers. Les actes techniques et curatifs dominent quelquefois sur la relation d'aide et l'éducation des patients négligeant leurs besoins psychosociaux et spirituels. Cependant la relation d'aide devenue souvent implicite reste au cœur de l'humanité du soignant. Même si le « prendre soin » reste important dans la vision des soignants, les contraintes environnementales le

font passer parfois au second plan dans l'organisation. Les usagers portent également une grande importance à la relation humaine, peut-être plus qu'aux soins techniques. Ils sont devenus davantage procédurier, l'équilibre entre technique et relationnel doit être rétabli.

Malgré un environnement de travail contraignant, les soignants s'efforcent de maintenir un niveau de qualité de soins. Mais jusqu'à quel point le contexte actuel des soignants permettra-t-il de garantir la qualité des soins et la satisfaction dans leur activité professionnelle ? La prise de conscience de l'éloignement des valeurs et des éléments fondamentaux de la profession soignante diminue le sens donné à leur activité. Ces principes humanistes qui caractérisent tellement la profession de soignant.

Je suis soignante depuis 27 ans en milieu hospitalier. Aide-soignante en début de carrière, je suis devenue infirmière il y a 17 ans. Cette évolution je l'ai vécue et je la vis encore aujourd'hui. Cependant, cette quête de prodiguer des soins de qualité ne m'a jamais quittée. Pour y parvenir, je me suis investie dans des missions transversales, et dans la formation continue. Soucieuse de toujours améliorer mes connaissances et compétences, mon parcours m'a amené à découvrir la méthode des chemins cliniques. C'est un outil qui permet une prise en charge de qualité tout en sécurisant la pratique du soignant. Lorsqu'il est informatisé et lorsqu'il est un outil de production des soins et de gestion par l'ensemble des soignants, l'intérêt du chemin clinique est multiple. Il permet de planifier le parcours du patient en identifiant les étapes clés par anticipation, de coordonner les activités pluriprofessionnelles en redéfinissant le rôle de chacun, de diminuer les risques d'erreurs et les ruptures de parcours et enfin d'optimiser les ressources. De plus, le développement de la e-santé avec le dossier patient informatisé, incontournable aujourd'hui, permet également après paramétrage des chemins cliniques informatisés, une traçabilité en temps réel, un accès direct à la connaissance, aux protocoles, et surtout des requêtes informatiques quantitatives et qualitatives. Les logiciels informatiques sont en pleine évolution afin de mieux répondre à l'adaptation des chemins cliniques en informatique notamment l'interopérabilité.

Dans ce contexte de mobilité du personnel au sein de l'établissement où je travaille, j'ai dû accepter des remplacements dans d'autres services que le mien. L'inquiétude de ne pas savoir prendre en charge de façon optimale les patients que j'allais soigner dans ces services était bien présente. L'infirmière diplômée d'état arrive sur le terrain avec des connaissances de base. Elle va progressivement enrichir ses connaissances, son

expérience, développer des compétences et se spécialiser dans un service. Comment peut-elle dispenser une prise en charge de qualité des patients, alors qu'elle expérimente peu la spécialité ? Le risque de prise en charge inadapté du patient n'est-il pas présent ? Le risque d'erreur n'est-il pas majoré ? Telles sont les problématiques soulevées par le turn-over mis en place dans nos organisations actuelles et qui vont sans aucun doute se pérenniser. Forte de ces expériences, je me suis posée la question suivante : **En quoi les chemins cliniques permettent-ils d'optimiser la gestion des risques liés aux soins à la fois dans une population de soignants débutants et/ou mobiles au sein d'un établissement ?**

Ce travail d'étude et de recherche évalue l'impact de l'utilisation des chemins cliniques informatisés sur la gestion des risques liés aux soins lorsque le soignant se situe dans un niveau de compétence de « débutant à compétent » (Soit une expérience inférieure ou égale à 3 ans) ou mobile lors de remplacements (dépannage ponctuel ou affectation dans un service durant moins de 3 ans). Tout cela en lien avec le concept de Patricia Benner, qui sera développé plus loin dans ce travail.

Dans un premier temps, je vais aborder le concept de gestion des risques étroitement lié à la qualité des soins, ainsi que les principes des chemins cliniques. Les liens avec la législation seront présentés. Afin d'étayer ma problématique concernant le turn-over des soignants et leurs niveaux de compétences, je vous présenterai le concept de compétence proposé par Patricia Benner. Ensuite j'exposerai la méthode utilisée pour l'enquête de terrain ainsi que les résultats de celle-ci. Cette enquête a été réalisée auprès des soignants du Centre Oscar Lambret à Lille. La directrice de l'organisation des soins et les cadres de santé sont formés à la méthodologie de construction des chemins cliniques depuis l'année 2000. Le déploiement des chemins cliniques informatisés a débuté en 2012 avec l'informatisation du dossier patient. Puis je poursuivrai par les hypothèses qui pourront être discutées. Enfin, je conclurai par l'apport de ce travail et les facteurs de réussite éventuellement transférable pour toute structure de santé hospitalière ou extra hospitalière dans le cadre du développement des parcours de santé et des parcours de soins.

## 2) ANALYSE CONCEPTUELLE

### 2.1 GESTION DES RISQUES

#### 2.1.1 Notion de risque

Dans nos sociétés occidentales, le risque s'est développé au même rythme que l'évolution de celles-ci. Le risque est un danger dont la possibilité de survenue entraîne des dommages aux biens, aux personnes et à l'environnement. L'humain peut être impacté par une gêne passagère, des blessures avec ou sans séquelles, jusqu'au décès. L'atteinte peut être d'ordre physique ou psychologique.

Le caractère du risque se traduit par la fréquence des accidents et la gravité de leurs conséquences. Les mesures de prévention baissent la fréquence des risques assurant ainsi la sécurité, de même que les mesures de protection réduisent la gravité des conséquences.

Dans ses recommandations la HAS définit le risque comme une « situation non souhaitée ayant des conséquences négatives résultant de la survenue d'un ou plusieurs événements dont l'occurrence est incertaine »<sup>1</sup>.

#### 2.1.2 Concept de gestion des risques

La gestion des risques est assimilée à toute une organisation. C'est un enchaînement régulier, continu et coordonné qui permet l'exploration, le contrôle et l'évaluation des risques. La conduite d'une telle démarche impose une politique de mise en œuvre d'un plan et d'une organisation adaptée ainsi que l'évaluation des résultats. Cette démarche managériale est inspirée de la démarche qualité. Celle-ci est bien ancrée dans nos établissements de santé et a pour objectif de satisfaire au mieux les besoins exprimés de l'utilisateur. Le principe fondateur de cette démarche est l'amélioration continue de la qualité. La roue de Deming<sup>2</sup> représente les étapes de cette démarche d'amélioration continue de la qualité. Elle est plus connue sous le nom de PDCA, qui signifie : *Plan, Do, Check, Act* (Annexe 1). Ce cycle en quatre étapes, Planifier, Faire, Contrôler, Ajuster garantit une amélioration permanente. C'est une méthode dynamique qui s'applique dans la gestion des

---

<sup>1</sup> HAS,2013, *Guides et méthodes pour gérer les risques*.

<sup>2</sup> HAS,2004, *Chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité*.

risques. Afin d'optimiser la sécurité, il faut envisager tous les facteurs de risque liés à l'usager, mais également au professionnel le prenant en charge. En outre, il ne faut pas négliger les facteurs de risques liés au matériel, aux techniques, à l'environnement immédiat jusqu'au management lui-même (*Annexe 2*). Ainsi c'est une démarche pluriprofessionnelle obligatoirement transversale et coordonnée, tout comme l'est le chemin clinique.

La HAS<sup>3</sup> définit la démarche de gestion des risques comme un « *processus régulier, continu et coordonné, intégré à l'ensemble de l'organisation, qui permet l'identification, le contrôle, l'évaluation du risque ou des situations à risque qui ont causé ou auraient pu causer des dommages aux patients, aux visiteurs, aux professionnels ou aux biens de l'établissement.* »

Le Ministère des Solidarités et de la Santé<sup>4</sup> définit la gestion des risques comme un « *processus continu, coordonné et intégré à l'ensemble d'une organisation et qui permet de diminuer la survenue des risques et de leurs conséquences par l'identification, l'analyse, l'évaluation des situations dangereuses et des risques qui causent ou qui pourraient causer des dommages aux personnes, aux biens ou à l'environnement et le contrôle des risques résiduels* »

Concernant la gestion des risques liés aux soins, pour la HAS, c'est « *prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et en cas de survenue d'un tel événement, à identifier, à en analyser les causes, à en attribuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'ils se reproduisent* »

Enfin toujours selon la HAS, la maîtrise des risques c'est « *un effort organisé pour identifier, évaluer et réduire, chaque fois que cela est possible, les risques encourus pour les patients, les visiteurs et les personnels* ».

---

<sup>3</sup> HAS, 2012, *Amélioration des pratiques et sécurité de soins, mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissements de santé.*

<sup>4</sup> Ministère des solidarités et de la santé, 2016, *Gestion des risques.*

Les établissements de santé ont l'obligation d'appliquer une démarche de gestion des risques. Lors de la certification des établissements de santé, ce principe de gestion des risques est évalué par les experts-visiteurs.

Dans le manuel de certification des établissements de santé V2014, la HAS préconise, dans la partie management de l'établissement<sup>5</sup>, qu'une fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins soit définie et identifiée dans l'établissement. Celle-ci est définie dans le décret numéro 2010-1408 du 12 novembre 2010<sup>6</sup>.

La HAS recommande une démarche collective, animée, coordonnée, mise en œuvre et évaluée. Cette démarche est étroitement liée et est coordonnée à la démarche qualité. La transversalité de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins permet de mobiliser toutes les compétences utiles et de fédérer les acteurs autour des objectifs du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. La démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est déployée dans les secteurs d'activité à partir d'une politique définie au niveau de l'établissement, diffusée et connue des professionnels. Cette politique est intégrée dans le projet d'établissement.

### **2.1.3 Enjeux de la gestion des risques**

Véritable enjeu de société dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, l'amélioration continue de la sécurité et de la qualité est bien présente. Les enjeux sont multiples. Au-delà de l'enjeu légal, il y a un enjeu éthique qui appelle à une responsabilité morale. Il ne faut pas négliger l'enjeu économique ainsi que l'enjeu médiatique.

Sur le plan éthique, la devise d'Hippocrate reprise par les médecins, « *primum non nocere* » « d'abord ne pas nuire » peut s'étendre à l'action de nos établissements de santé. L'objectif des systèmes de santé est bien d'accueillir, de protéger et de soigner les individus vulnérables. En contradiction avec cela, les risques sont donc inconcevables. L'une des principales valeurs qui doit inspirer les dirigeants de nos institutions, est la sécurité des personnes accueillies et des professionnels.

---

<sup>5</sup> HAS, 2014, *Manuel de certification des établissements de santé V2014*. Chapitre 1, partie 3, référence 8, Critère 8.b

<sup>6</sup> Relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé.

Sur le plan légal, en matière de sécurité, les textes imposent de nombreuses contraintes. Les risques de l'activité sont couverts par un certain nombre de lois, décrets, arrêtés et circulaires et les moyens de les maîtriser sont définis.

Sur un plan économique, au-delà du préjudice humain inacceptable, les accidents ont des conséquences économiques directes. Les absences au poste de travail engendrées par les professionnels victimes d'accidents et auxquelles il faut remédier sont coûteuses également. En cas de désorganisation du service, d'autres coûts indirects peuvent apparaître également. Des frais de réparation, voire de justice sont engendrés lors des accidents subis par les usagers. La perte de confiance en l'établissement est un risque qui peut le mettre en péril financièrement. La sécurité est un investissement alors que les accidents représentent un coût pour l'établissement.

Sur le plan médiatique, les esprits sont souvent marqués par les catastrophes. Inversement dans le contexte actuel, un établissement sûr est un atout. Toute organisation doit apprendre à identifier les risques et à les prévoir si elle souhaite persister dans son activité. Cela permet également en cas de crise de pouvoir s'en sortir plus aisément.

Les outils PST (plans de soins types) et CC (chemins cliniques) présentés dans la partie suivante sont en faveur de la gestion des risques. Ils sont basés sur l'anticipation avec une gestion prévisionnelle des soins.

## **2.2 CHEMIN CLINIQUE ET SES OUTILS CONTEXTUELS**

Historiquement c'est en 1985 que pour la première fois apparaît le concept de « cheminements critiques » sous l'influence de Karen Zander et Kathleen Bower au « *New England Medical Center* » de Boston (Massachusetts, États-Unis). Ils prennent différents noms tels que « *clinical pathways* » ou « *case management* » ou encore « *clinical trajectories* »<sup>7</sup>. Ce mode d'organisation des prises en charge se développe sur le continent Nord-américain. Les hôpitaux Canadiens et Québécois lui donnent un tout autre nom celui du « *suivi systématique de clientèle* »

---

<sup>7</sup> L.Juall Carpenito « Plans de soins et Dossier infirmier » De Boeck 1997 Page 22

En France, c'est en 2004 que l'HAS et son service d'évaluation des pratiques réalisent un document nommé : « les chemins cliniques, une méthode d'amélioration de la qualité.<sup>8</sup> » Ce guide décrit les principes et les conditions d'application de la méthode. Depuis plusieurs années, dans le secteur sanitaire, les évaluations de pratiques professionnelles sont des techniques d'évaluation formalisées. Ces techniques sont approuvées par les différentes versions de la certification des établissements de santé et par la procédure d'accréditation des médecins. Il s'agit d'une démarche d'analyse d'une pratique professionnelle ou d'une activité. Celle-ci fait référence à des recommandations professionnelles selon une méthode validée. Elle comporte la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration. Dans le cadre de l'accréditation des établissements de santé, de nombreuses méthodes ont été validées pour les évaluations des pratiques professionnelles. A ce moment-là, le CC en fait parti et n'est utilisé que dans le but des évaluations de pratiques professionnelles.

Thérèse Psiuk<sup>9</sup> a mené une méthode de recherche « théorie ancrée » sur le concept de raisonnement clinique. Sa recherche a duré 10 ans sur les terrains. Elle a ensuite modélisé l'apprentissage du raisonnement clinique. Puis elle a mené une recherche-action à partir de 2014 dans les IFSI (Instituts de Formation en Soins Infirmiers) et sur le terrain avec les PST et les CC. Enfin, elle a fait évoluer la modélisation du concept. Depuis 2009, elle a édité cinq ouvrages avec les travaux réalisés par des équipes pluriprofessionnelles de terrain. Ce ne sont pas uniquement les CC, outils de gestion quotidienne des soins qui ont été développés mais une démarche qualitative telle que GHP (Groupe Homogène de Patients) avec critères d'inclusion, parcours de santé et de soins avec logigrammes et tableaux de soins coordonnés, modèle clinique trifocal, PST, CC diagramme de Gantt et guide de séjour (*Annexe 3*). Des formations ont été dispensées auprès des professionnels de santé dans différents établissements de santé publics et privés partout en France. Ainsi aujourd'hui, de plus en plus d'équipes et d'établissements de santé s'intéressent à l'intérêt des CC dans le développement des parcours de santé avec des réseaux de professionnels.

---

<sup>8</sup> HAS, 2004, *Chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité*.

<sup>9</sup> T. Psiuk, Expert dans le groupe « Santé Numérique » à l'ANAP, Conférencière Raisonnement Clinique partagé, Directrice d'une collection « Science et Santé » aux éditions Vuibert, Ancienne directrice du centre de formation Césiform

### 2.2.1 Chemin clinique

Selon la Haute autorité de santé<sup>10</sup>, le CC décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la PenC (Prise en Charge) multidisciplinaire. Le CC vise la performance de la prise en charge multi professionnelle des patients respectant la même pathologie ou la même situation de dépendance. C'est un outil centré sur le patient. Il décrit l'ensemble des étapes d'une PenC en la rendant optimale et efficiente. L'étude des règles de bonnes pratiques et l'analyse des processus, par les équipes, fait de cet outil un guide multidisciplinaire pour celles-ci. Le CC matérialise une méthode d'amélioration de la qualité des soins.

Les intérêts variés du CC font de celui-ci un outil de qualité. Les étapes clés des processus de PenC d'un patient sont identifiées. Les activités des différents professionnels intervenants dans la PenC sont coordonnées et leurs rôles sont redéfinis. L'utilisation des ressources est optimisée. Le parcours du patient est planifié durant sa PenC. Les résultats attendus des différentes composantes de la PenC sont déterminés par le CC. Celui-ci évite les répétitions inutiles et les oublis, il diminue les risques d'erreurs. La charge mentale des professionnels est allégée lors de l'utilisation comme fiche de recueil de données du dossier du patient pour cette PenC. La communication avec le patient est favorisée par l'outil. Enfin le CC permet de réduire la variabilité des durées de séjour et des modalités de PenC.

Toujours selon la HAS, pour élaborer un CC, il convient tout d'abord de définir le groupe de patients (GHP) inclus dans le CC. Il faut identifier toutes les étapes de la PenC et les acteurs concernés. Ensuite, il faut analyser les recommandations de pratiques professionnelles pour chaque étape de la PenC (argumentation théorique et fondements scientifiques). Enfin, il faut décrire précisément tous les actes permettant de réaliser cette PenC. Il existe trois types de chemin clinique<sup>11</sup> : la check-list, le logigramme de Pert, le diagramme de Gantt. La check-list est la plus petite expression des CC dans le but de sécuriser et de maîtriser certains risques. Le logigramme de Pert est le CC d'aide au diagnostic souvent utilisé dans les services d'urgence. Il suit les étapes du parcours de soins

---

<sup>10</sup> HAS, 2017, *Le chemin clinique, méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques*,

<sup>11</sup> ANAP / *Informatisé le chemin clinique : un gage de performance pour les établissements de santé*. Accompagnement Hôpital Numérique- Juin 2016

en respectant la signification des figures géométriques publiées par la HAS. Actuellement dans le cadre de « Ma santé 2022 » des parcours de santé et de soins « ville/hôpital/ville » se développent. Le chemin clinique logigramme est un outil maintenant utilisé dans les structures de santé extérieures. Il est souvent complété d'un tableau de soins coordonnés.

Le diagramme de Gantt est un CC formalisé pour un GHP en regard d'une pathologie, d'un handicap ou d'une situation de dépendance. Il est essentiellement utilisé pour les structures de soins. Il positionne les soins coordonnés pendant une étape du parcours de soins. Il marque pour chaque action un début et une fin et identifie les temps où plusieurs soins peuvent se chevaucher dans le temps.

Lorsque le PST est formalisé à partir du modèle clinique trifocal<sup>12</sup>, les cinq dimensions du soin sont apparentes sur le diagramme de Gantt mais également sur les tableaux de soins coordonnés avec les logigrammes. Ces cinq dimensions sont d'ordre préventives, curatives, éducatives, de maintenance et de réhabilitation.

### **2.2.2 Groupe homogène de patients et Plan de soins type**

Le GHP et le PST sont des outils contextuels au CC, ils lui donnent une force, une qualité avec les cinq dimensions du soin ; ce qui est différent d'un CC check-list ou uniquement avec la dimension curative ; C'est la démarche projet qui démarre avec le modèle clinique trifocal qui donne ce sens.

Le GHP est un groupe de patients présentant la même pathologie ou la même situation de dépendance avec précision. Par exemple, le titre doit comporter l'âge, la durée de prise en charge, une particularité au niveau de la pathologie, ou de la situation de dépendance. Des critères d'inclusion sont définis dès le début de la rédaction du travail.

Exemple d'un GHP<sup>13</sup> : *Patient adulte de moins de 60 ans devant bénéficier d'une CHIP (Chimio Hyperthermie Intra Péritonéale) à l'oxaliplatine avec iléostomie de protection dans le cadre d'une carcinose péritonéale d'origine colique, de la consultation chirurgicale jusqu'à la sortie.*

---

<sup>12</sup> T. Psiuk, M. Gouby, *Plan de soins type et chemin clinique situation clinique prévalente*, Elsevier Masson, 2013, page 51

<sup>13</sup> Institut De Cancérologie Montpellier, 2017

Le PST constitue un référentiel de qualité qui oriente le raisonnement et le jugement clinique des professionnels de santé ainsi que la décision des intervenants de soins. Il garantit une actualisation uniforme des connaissances du thème étudié pour l'ensemble des professionnels de santé. Il formalise le savoir sur les problèmes réels et les risques liés à une pathologie donnée ou à une situation de dépendance pour un GHP. Le PST se construit selon le modèle clinique trifocal développé par Marchal et Psiuk<sup>14</sup>, à partir du jugement clinique d'un professionnel de santé. Le modèle clinique trifocal comprend :

- ✚ La symptomatologie de la pathologie,
- ✚ Les complications potentielles liées à la pathologie et aux effets secondaires des traitements,
- ✚ Les réactions humaines physiques et psychologiques

Les niveaux de jugements cliniques des professionnels de santé sont en référence à la législation professionnelle en vigueur. Tous les acteurs identifiés sur le parcours intègrent la réflexion dans la construction du PST. L'équipe médicale valide les parties relatives à la pathologie et aux complications potentielles. La construction du PST avant le CC est une étape indispensable pour expliquer le sens des soins intégrés dans le CC, pour formaliser le savoir sur les problèmes réels et les risques liés à une pathologie donnée ou à une situation de dépendance dans un GHP.

### **2.2.3 Guide de séjour**

Le guide de séjour est également un outil contextuel au CC. Après avoir construit le PST, les équipes peuvent se pencher sur le guide de séjour. Celui-ci est un outil d'information du patient. L'objectif de ce guide de séjour est d'apporter aux patients la compréhension de sa maladie, de ses réactions et de sa situation. Il vient compléter l'information orale qu'il a déjà eu sur son état de santé et sur le déroulement des soins, ses questions et ses préoccupations personnelles. C'est un aide-mémoire précieux pour les personnes soignées. Les soignants en tirent également des avantages. En effet, le guide de séjour est un document de référence pour informer oralement les patients, dans un langage commun et adapté. Il fait gagner du temps pour poser les questions aux patients et permet d'être un outil de médiation pour la communication.

---

<sup>14</sup> Méthode développée par Arlette Marchal et Thérèse Psiuk, *Le paradigme de la discipline infirmière en France*.

## 2.2.4 Informatisation des chemins cliniques

Les CC informatisés<sup>15</sup> ou non, apportent des bénéfices tels que le développement d'une intelligence collective, une standardisation des pratiques, et une réduction des risques par l'anticipation de ceux-ci. Cependant, l'informatisation du CC permet de bénéficier d'un outil de planification des actes, de gestion prévisionnelle des soins et des ressources (notamment les ressources humaines). C'est également un outil de coordination interprofessionnelle qui peut sortir du cadre de l'établissement (PenC ambulatoire, hospitalisation à domicile, réseau de soins). Il permet une analyse statistique de l'activité. Il peut être utilisé comme outil de pilotage médico-économique. C'est un outil de partage d'informations. Une optimisation de l'efficacité est avérée pour le codage PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Enfin, il permet une optimisation de la gestion prévisionnelle d'occupation des lits.

En Mars 2018, au sein de la communauté de pratique de l'ANAP (Agence Nationale de l'Appui à la Performance), j'ai pu assister à une journée de retours d'expérience et de capitalisation du groupe d'entraide « informatiser les chemins cliniques »<sup>16</sup>. Les échanges sur le paramétrage des CC ont été très riches et de qualité. Ainsi, chaque participant a montré avec quelle détermination il a adapté l'informatisation de l'outil « chemin clinique » dans son logiciel, peu adapté à cet outil. Cependant, ce qui ressort incontestablement de ces réflexions, c'est l'évolution indispensable des logiciels DPI (Dossier Patient Informatisé) chez les éditeurs informatiques. D'ailleurs, une synthèse sur les éléments à intégrer dans le cahier des charges pour l'informatisation des CC a été rédigée par la communauté de pratique. Cette synthèse est un apport pour les directeurs d'établissements qui rédigent le cahier des charges à l'intention des éditeurs. Mais lorsque le DPI est déjà installé, les professionnels de santé doivent également formuler leurs exigences auprès de l'éditeur pour faire évoluer le logiciel.

---

<sup>15</sup> ANAP / *Informatisé le chemin clinique : un gage de performance pour les établissements de santé*. Accompagnement Hôpital Numérique- Juin 2016

<sup>16</sup> Animée par Thérèse Psiuk, Experte à l'ANAP

Le CC est un outil de coordination et d'amélioration de la performance. Actuellement construit pour un épisode d'hospitalisation, les perspectives d'évolution sont d'informatiser l'ensemble des CC qui guident le parcours de soins et de santé d'un patient. Ainsi, il serait possible d'intégrer un patient dans un parcours « ville-hôpital-ville ». Jusqu'à ce jour, la représentation des parcours de santé et de soins se déclinent sous la forme d'un logigramme. Pour informatiser les parcours, il est indispensable de transformer les logigrammes en processus « Workflow ». Ce terme signifie en français « flux de travaux ». C'est la représentation d'une suite de tâches ou d'opération effectuées par une personne, un groupe de personnes, ou un organisme. Le terme « flow » (flux) renvoie au passage de l'information d'une étape à l'autre. C'est, sans aucun doute, les perspectives d'évolution soulignées par l'ANAP.

## **2.3 INTÉRÊT DES CHEMINS CLINIQUES DANS LA GESTION DES RISQUES LIÉES AUX SOINS**

### **2.3.1 Pour le soignant**

Le CC permet l'identification des étapes clés des processus de PenC. Il coordonne les activités des différents professionnels. Il redéfinit le rôle de chacun. Il évite les répétitions inutiles et les oublis. Il diminue le risque d'erreurs. En utilisant cet outil de recueil de données du dossier patient pour une PenC, les professionnels allègent leur charge. C'est également un véritable outil de communication avec le patient.

### **2.3.2 Pour le patient**

Le CC permet la planification du parcours patient. Le GHP standardise la prise en charge mais en complément, consent la personnalisation du projet de soins du patient. Il devient un acteur principal avec sa famille, de sa santé et de son parcours. L'organisation des soins est centrée sur lui. Le guide de séjour l'informe et lui facilite la compréhension de sa maladie. C'est également un aide-mémoire pour le patient. Le CC réduit les modalités de PenC et diminue les EI (Évènements Indésirables). L'utilisation de cet outil délivre au patient le même niveau de PenC selon le degré de compétence du soignant.

C'est ce que je vous expose dans la partie suivante avec le concept de Patricia Benner et les degrés de compétence.

## **2.4 NIVEAUX DE COMPÉTENCES DÉVELOPPÉS PAR PATRICIA BENNER**

Le docteur Patricia Benner est une théoricienne en sciences infirmières. Elle est également conférencière et chercheuse en santé. Sa renommée est internationale. Les domaines de la pratique clinique ainsi que l'éthique clinique ont été influencées par ses travaux. Elle est auteure d'un livre connu dont le titre est « *De novice à expert : excellence et pouvoir dans la pratique infirmière clinique*<sup>17</sup> ». Dans ce livre, elle décrit un modèle pour les étapes de l'apprentissage et de l'acquisition des compétences cliniques. Elle s'inspire du modèle d'acquisition de compétences des frères Dreyfus. Ceux-ci estimaient que l'apprentissage était engendré par l'expérience ainsi que par les situations. Le Docteur Benner a constaté des analogies dans le domaine des soins infirmiers. Ce modèle est appliqué à la pratique infirmière. Il est possible selon son modèle, d'évaluer les besoins des infirmières à différents stades de leur développement professionnel. La théorie de Patricia Benner, de novice à expert, témoigne que les infirmières expertes ayant suivi des études, accroissent leurs connaissances des soins du patient et leurs vastes compétences avec l'acquisition d'une multitude d'expériences accumulées au fil du temps. En appliquant cette théorie à la profession infirmières le Docteur Benner décrit cinq étapes ou niveaux de compétences cliniques : novice, débutante, compétente, performante, experte (*Annexe 4*). Mais ce principe est transférable à d'autres professionnel de santé.

**Stade 1 Novice (de 0 à 3 ans) :** il s'agit des étudiants en sciences infirmières en première année de formation clinique. Ils n'ont aucune expérience. La posture clinique est partielle et inflexible. Les novices ont une aptitude très limitée pour comprendre ce qui pourrait se passer dans une situation de patient particulière. Les signes et symptômes ne peuvent être reconnus après qu'une infirmière novice ait eu l'expérience de patients présentant des symptômes semblables. Les étudiants ne sont pas les seuls novices. En effet, Patricia Benner affirme que « *Toute infirmière intégrant un service dont elle ne connaît pas les malades peut se retrouver à ce niveau si elle n'a pas l'habitude du matériel utilisé ni de la pathologie des malades du service* »<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> P. Benner, *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*, Editions InterEditions, 1995

<sup>18</sup> P. Benner, *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*, Page 24

**Stade 2 Débutante (de 3 à 6 ans) :** ce sont les nouveaux diplômés qui occupent leur premier poste. Ces infirmières ont eu plus d'expériences qui leur ont permis de reconnaître les composantes répétitives et significatives d'une situation. Ils ont les connaissances et le savoir-faire et pas assez d'expériences antérieures. La débutante appréhende la situation que partiellement. Elle manque de discernement entre ce qui est important et ce qui l'est moins. A ce stade, la débutante doit être encadrée et formée par une infirmière performante ou experte.

**Stade 3 Compétente (de 6 à 9 ans) :** Il s'agit de l'infirmière qui travaille depuis deux ou trois ans dans le même service. Elle prend conscience et commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs. Elle sait déterminer quels aspects d'une situation sont importants et lesquels elle peut ignorer. Elle manque de rapidité et de flexibilité par rapport aux infirmières performantes. Elle a le sentiment de maîtriser les choses et d'être capable de faire face aux imprévus.

**Stade 4 Performante (de 9 à 12 ans) :** à ce niveau, les infirmières sont capables de discerner les situations dans un « ensemble ». Son processus de décision est amélioré par cette compréhension globale. Les actes sont guidés par des pensées, des principes. Les infirmières expérimentées tirent les leçons de l'expérience des événements. Elles peuvent modifier les plans en fonction de ceux-ci pour y faire face. Elles ont une perception de la situation. Ces infirmières performantes ont travaillé auprès d'une même population de malades depuis trois à cinq ans.

**Stade 5 Experte (au-delà de 12 ans) :** l'experte a une énorme expérience. Elle comprend intuitivement chaque situation. Elle appréhende directement le problème et ne passe plus par un choix de solutions et de diagnostics inefficaces. L'infirmière experte ne s'appuie plus sur un principe analytique. Elle a une compréhension profonde de la situation globale. Elle se réfère à sa propre perception et sa capacité de reconnaissance. Elles détectent les changements physiologiques subtils selon le contexte du patient. Cependant si celle-ci se trouve dans une situation dont elle n'a aucune expérience préalable, alors sa capacité très développée d'analyse reprendra le dessus.

Patricia Benner fait « ressortir le raisonnement analytique de la novice, la capacité d'établir des priorités et la dextérité de l'infirmière compétente et finalement la vision globale qui caractérise l'infirmière experte. Cette globalité est basée sur l'intuition, étoffée des connaissances et de l'intégration de nombreuses expériences antérieures »<sup>19</sup>

Les désorganisations complexes sont devenues le quotidien des infirmières. Afin de s'organiser et de répartir les différentes tâches il est nécessaire de bien connaître son métier. La complexité des problèmes d'organisation ne peut être enseignée à l'école par des simulations et des études de cas. Et pourtant, la jeune diplômée infirmière doit y faire face. Elle doit être en capacité d'établir des priorités en fonction des multiples besoins et demandes des usagers. De plus, elle doit s'intégrer dans une équipe et faire face aux sous effectifs avec une rotation importante dans les services.

Surtout, il faut garder en mémoire que « quel que soit le niveau de compétence de l'infirmière, tout changement de poste, d'unité de soins, et à plus forte raison d'hôpital, se solde par une régression des compétences. L'infirmière retourne au stade de débutante et doit se constituer un nouveau bagage expérientiel avant d'agir avec compétence ».<sup>20</sup> Cependant, son niveau de maturité est plus important et certains gestes techniques acquis sont similaires quel que soit le service de soins.

Ma recherche s'oriente vers l'impact de l'outil CC, PST et guide de séjours. Les soignants débutants ou mobiles sont ciblés. Ces outils devraient optimiser la PenC de qualité et sécurisante du patient, afin de permettre une gestion des risques liés aux soins.

---

<sup>19</sup> P. Benner, *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*, Préface

<sup>20</sup> P. Benner, *De novice à expert, excellence en soins infirmiers*, Préface

### **3) LOGISTIQUE DE RECHERCHE**

#### **3.1 ENVIRONNEMENTS ET POPULATIONS**

##### **3.1.1 Présentation du Centre Oscar Lambret (COL)**

Le Centre Oscar Lambret est le centre régional de lutte contre le cancer en Hauts de France. L'ouverture dans les locaux actuels remonte à 1955. A cette date, le centre anti-cancéreux du Nord de la France devient Centre Régional de Lutte Contre le Cancer de la région Nord-Pas-de-Calais.

Le COL est un ESPIC (Etablissement de Santé Privé d'intérêt Collectif) à but non lucratif. Il participe au service public hospitalier et applique les tarifs conventionnels sans aucun dépassement d'honoraires. Le COL fait partie d'Unicancer. Ce dernier est l'unique réseau hospitalier français dédié à 100% à la lutte contre le cancer. Il réunit 18 CLCC (Centres de Lutte Contre le Cancer).

Les valeurs fondamentales du COL sont la pluridisciplinarité, au bénéfice du patient, garantissant son accompagnement personnalisé, le progrès médical à travers la recherche et l'innovation, enfin l'attention portée à la personne malade et à son entourage.

Les trois missions principales du COL sont le soin, la recherche et l'enseignement en cancérologie.

Des soins de qualité sont dispensés dans le cadre d'une PenC globale et pluridisciplinaire. Les thérapeutiques du cancer nécessitent un accompagnement personnalisé tant sur le plan médical que psychologique et social.

Depuis 2006, le COL dispose d'une unité intégrée de recherche clinique. La recherche favorise l'innovation médicale et permet d'offrir aux patients les progrès les plus récents. Le COL collabore avec INSERM (L'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale), et le CNRS (Centre National de la Recherche Scientifique).

Des enseignements et des formations professionnelles, théoriques et pratiques, reconnus en cancérologie, sont dispensés. Ils permettent de diffuser un savoir-faire aux acteurs de santé concernés.

Ce qui distingue les CLCC, c'est qu'ils sont toujours dirigés par un médecin. Il est entouré d'une équipe de direction composée de huit membres, dont plusieurs médecins. La direction composée de gestionnaires et de médecins permet un équilibre et garantit une analyse optimale des situations complexes.

La direction et l'organisation des soins sont assurés par une directrice des soins. Celle-ci m'a accueillie en stage pour une durée de 240h entre le mois de Janvier et Mars 2019. Ainsi, c'est sur ce terrain de stage que j'ai pu réaliser mon enquête concernant la problématique énoncée dans l'introduction de ce travail d'étude et de recherche. En effet, une fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie et identifiée dans l'établissement, la directrice des soins joue ce rôle avec les requêtes informatiques quantitatives et qualitatives qu'elle met en place avec son équipe.

Le type de gouvernance de la directrice des soins est empreint de valeurs fortes, telles que respect et humanisme, un dévouement au service de la personne soignée au centre de toutes les préoccupations. Ces mêmes valeurs se ressentent auprès de l'équipe des cadres. Celles-ci sont expertes, maîtrisent les connaissances en cancérologie et sont issues du terrain. Ce sont des cadres cliniciens. D'ailleurs, les cadres de soins ont la mission d'un encadrement de proximité de leurs équipes par la clinique. Les cadres de départements managent les projets d'équipes. L'objectif de cette gouvernance est la performance collective. Ainsi, c'est non seulement l'organisation des soins mais aussi la qualité des soins aux patients qui sont évaluées.

C'est donc depuis les années 2000 que le COL a débuté le projet de construction des CC. La conception d'une méthodologie institutionnelle a permis de répondre aux différents enjeux. La communication autour du projet s'est faite en comité de direction, en comité médical d'établissement et au conseil d'administration. La construction d'outils communs à partir du raisonnement clinique a été validée, il est le fil conducteur du projet. Les cadres ont été formés et encadrent leurs équipes pour l'élaboration pluriprofessionnelle des PST, CC et guides de séjour dans l'ensemble de l'établissement. L'évaluation des pratiques des outils « papiers » était difficile. Le développement du DPI a permis de mettre en place des requêtes informatiques. L'analyse des données est une volonté institutionnelle pour permettre une gestion des risques et mettre en place une amélioration continue de la qualité. Une équipe projet est dédiée au développement et au paramétrage des outils informatisés.

Depuis plusieurs années cette volonté a permis au COL aujourd'hui de disposer d'un dossier patient « Zéro Papier ». La sécurité de prise en charge du patient est favorisée par l'abandon total du papier. D'ailleurs l'ANAP a produit un document qui s'intitule « Zéro papier pour soigner : Pourquoi ? Comment ? »<sup>21</sup>. Il reprend les nombreux gains<sup>22</sup> pour l'établissement et pour les acteurs de terrain :

- ✚ Amélioration de l'organisation et de la sécurité des soins
- ✚ Facilité d'accès à l'information pour les acteurs internes et externes
- ✚ Gain de temps pour accéder à l'information
- ✚ Situation de mobilité des professionnels à l'intérieur de l'établissement
- ✚ Développement de l'image de l'établissement auprès du public
- ✚ Optimisation de la gestion du personnel
- ✚ Diminution en volume et en coût du stockage
- ✚ Diminution du coût en fournitures (papier, classeurs, pochettes...)
- ✚ Aide au pilotage médico-économique
- ✚ Favorise les coopérations (GHT, coopérations territoriales...)
- ✚ Aide à la décision médicale

Le COL me paraissait donc l'environnement le plus adapté pour mener mon travail d'étude et de recherche.

### **3.1.2 Critères d'inclusion et d'exclusion des enquêtés**

Les populations choisies pour mener cette enquête sont les soignants paramédicaux pluridisciplinaires du COL.

Pour le questionnaire, les critères d'inclusion sont :

- ✚ Les soignants paramédicaux pluridisciplinaires de « débutants à compétents » soit diplômés de 0 à 3 ans d'expérience (selon le concept de Patricia Benner) et utilisant les CC.

---

<sup>21</sup> [Numerique.anap.fr/publication/2092-zero-papier](http://Numerique.anap.fr/publication/2092-zero-papier) Novembre 2017

<sup>22</sup> « © ANAP »

- ✚ Et/ou tous les soignants paramédicaux pluridisciplinaires étant mobiles dans les services et/ou étant affectés sur un poste depuis moins de 3 ans dans un service ou une spécialité, et utilisant les CC.

Pour les entretiens semi-directifs, les critères d'inclusion sont :

- ✚ Les soignants paramédicaux pluridisciplinaires experts, soit ayant plus de 9 ans d'expérience.

Pour les deux méthodes, les critères d'exclusion sont :

- ✚ Les médecins
- ✚ Les soignants n'utilisant pas les CC

## **3.2 MÉTHODES / OUTILS / MESURES**

### **3.2.1 Méthodologie de construction du questionnaire.**

Le questionnaire a un mode d'administration direct. La personne interrogée note elle-même ses réponses sur le questionnaire. L'enquêteur peut être présent ou non. Le type de questionnaire direct est recommandé lorsque le nombre de personnes à interroger est important. Il s'élabore en quatre phases. Tout d'abord, la réalisation d'actions préalables telles que : définir l'objet de l'enquête, faire l'inventaire des moyens disponibles, choisir la population, et construire l'échantillon. Puis, l'élaboration et l'administration du questionnaire : rédiger le projet du questionnaire, mettre le questionnaire en forme, tester le projet du questionnaire, réaliser le questionnaire définitif puis mener l'enquête. Ensuite, le traitement du questionnaire : coder les questionnaires, dépouiller, valider l'échantillon. Enfin, la rédaction du rapport d'enquête.

### **3.2.2 Enquête de terrain : le questionnaire**

Tout d'abord, j'ai établi un cahier des charges de l'enquête selon le modèle utilisé par le service qualité du COL (*Annexe 5*). Il permet la justification de l'enquête, fait apparaître les demandeurs, les objectifs, la méthode utilisée et le calendrier prévisionnel.

Ensuite, j'ai construit un questionnaire quantitatif qui est mis en ligne sur « Survey Monkey® », outil utilisé au COL. Survey Monkey® est un site de sondage en ligne. Il propose gratuitement des sondages personnalisables, ainsi qu'une série de programmes de statistiques. Ce questionnaire se compose de 23 questions avec : une section identification de l'enquêté, une section utilisation des PST, une section utilisation des CC,

une section gestion des risques, une section conditions de travail, et une section commentaires libres (*Annexe 6*). Ce questionnaire permet de mesurer l'impact des outils, PST, CC et guides de séjour, dans la pratique quotidienne des soignants paramédicaux débutants ou mobiles.

### **3.2.3 Méthodologie de l'analyse de contenu des entretiens**

L'analyse de contenu est une méthodologie qualitative utilisée en sciences sociales et humaines. Elle consiste en un examen logique et ordonné de documents textuels. Cette méthode permet de façon neutre et sûre d'exprimer ce qu'ont dit les interviewés.

L'entretien semi-directif est une technique de collecte des données qualitatives. Dans ce type d'entretien, les questions sont ouvertes et en nombre restreint. Elles suivent un plan précis et sont d'ordre général. L'implication de l'enquêteur et de l'enquêté est partagée.

En général, un discours oral est transformé en texte. Il est appelé « Verbatim ». Ce texte représente les données brutes de l'enquête. Puis la signification des propos est étudiée à l'aide d'un instrument d'analyse. Celui-ci permet de décoder ce qui a été dit, une fois construit par l'enquêteur.

Le codage des données est réalisé. Il consiste à décrire, classer et transformer les données qualitatives brutes en fonction de la grille d'analyse. Celle-ci est composée de critères et d'indicateurs appelés catégories d'analyse. Cette grille d'analyse élaborée à partir du Verbatim, permet un codage ouvert. Celui-ci aide au repérage des sous-ensembles ou des sous-catégories dans le texte en les soulignant. Les catégories doivent répondre à quatre qualités : objectivité, exhaustivité, exclusivité, pertinence.

Une unité de codage est choisie. L'unité d'analyse sémantique peut se limiter aux passages qui ont une signification « les idées clés ». Dans le cas des traitements dits sémantiques, l'analyse étudie le sens des idées émises ou des mots. Cette approche traditionnelle est très souvent réalisée par les professionnels. L'analyse est conduite à la main.

Enfin, le sens du discours est établi, il permet une analyse objective. Les difficultés de cette méthode sont de rassembler des informations parfois ambiguës, incomplètes, contradictoires présentant des similitudes ou des différences entre les répondants. C'est une méthode complexe exigeant une grandeur d'esprit.

### **3.2.4 Enquête de terrain : les entretiens**

Des entretiens semi-directifs sont réalisés avec des professionnels de terrain expérimentés et volontaires. La trame d'entretien que j'ai rédigée, comporte 4 questions ouvertes (*Annexe 7*). Avec l'accord du soignant, l'entretien est enregistré à l'aide d'un dictaphone. Il est ensuite retranscrit sur un fichier, mot pour mot, à l'aide d'un logiciel de retranscription.

### **3.3 PROCÉDURES DE L'ENQUÊTE AU COL**

Concernant le questionnaire, après réajustement des questions avec la Directrice des Soins et la Directrice de mémoire, et après validation par la Directrice Qualité, un mail est envoyé aux cadres. Ceux-ci adressent un lien informatique aux paramédicaux concernés par les critères, sur leurs boites mails professionnelles. Une soixantaine de réponses aux questionnaires est attendue.

Concernant les entretiens, les cadres aident aux recrutements des agents susceptibles d'accepter de participer. Cinq à dix entretiens sont réalisés. Les entretiens durent quinze minutes en moyenne. Les entretiens ont été réalisés soit dans le service du soignant (bureau ou chambre vide) soit dans le bureau qui m'a été attribué durant le stage. Ils se sont déroulés dans un environnement calme et propice, sans interruption.

Les enquêtés se trouvant à deux stades opposés et différents de niveau de compétences, permettent une variation de réponses. Les résultats des deux méthodes seront analysés. Ceux-ci permettront d'établir un parallèle avec l'analyse conceptuelle et ainsi de répondre à mes hypothèses de départ, décrites dans mon travail d'étude et de recherche.

### **3.4 RAPPEL DES HYPOTHÈSES**

Le contexte actuel évoqué dans l'introduction, tel que les débutants peu expérimentés ou les soignants mobiles du fait d'un turn-over mis en place dans nos organisations, soulève des problématiques et des questionnements. Comment peuvent-ils dispenser une prise en charge de qualité des patients, alors qu'ils expérimentent peu la spécialité ? Le risque de prise en charge inadaptée du patient n'est-il pas présent ? Le risque d'erreur n'est-il pas majoré ? La question majeure retenue pour ce travail d'étude et de recherche est :

**En quoi les CC, permettent-ils d'optimiser la gestion des risques liés aux soins à la fois dans une population de soignants débutants et/ou mobiles au sein d'un établissement ?**

Objectivement, les hypothèses de ce travail de recherche doivent permettre :

- ✚ Tout d'abord, de montrer que l'utilisation des CC, par les soignants débutants et/ou mobiles au sein des services, diminue le risque d'erreurs ou d'oublis dans la PenC du patient.
- ✚ Puis, elles doivent permettre d'identifier que l'utilisation des CC par les soignants débutants et/ou mobiles au sein des services, est perçue comme une qualité de PenC.
- ✚ Enfin, elles doivent vérifier auprès des soignants que l'utilisation des CC génère un sentiment de sécurité dans la PenC du patient.

## 4) SYNTHÈSE DES RÉSULTATS et ANALYSES

### 4.1 RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE

(Annexe 8)

Rappel des critères d'inclusion pour le questionnaire : population ciblée

- ✚ Soignants paramédicaux de « débutants à compétents » soit diplômés de 0 à 3 ans d'expérience (selon le concept de Patricia Benner) et utilisant les CC
- ✚ Et/ou tous soignants paramédicaux étant mobiles dans les services et/ou étant sur un poste depuis moins de 3 ans dans le service ou une spécialité, et utilisant les CC.

#### 4.1.1 Section identification de l'enquêté

Le questionnaire en ligne a été rempli par 33 répondants sur 60 attendus. Majoritairement, ce sont les infirmières qui ont répondu à 97% pour 3% de kinésithérapeutes. Il y a eu, 11 services sur 17 répertoriés, qui ont participé. Les enquêtés diplômés de moins de 3 ans sont 48.5% pour 51.5% diplômés de plus de 3 ans. Dans cette population, 57.6% ont une ancienneté de moins de 3 ans au COL et une affectation permanente dans le service contre 24.2% qui ont une ancienneté de plus de 3 ans au COL et une affectation de moins de 3 ans dans le service.

Dans les réponses « autre » 12.2 %, deux personnes ont répondu faire tous les services et être polyvalentes, deux autres dans le même service depuis plus de 3 ans.

Afin de permettre également une lecture visuelle, ces résultats sont présentés dans le tableau suivant.

SECTION IDENTIFICATION DE L'ENQUÊTÉ		
Nombre	Répondants : 33	Espérés : 60
Fonction	IDE : 97%	Kiné : 3%
Services répondants 10/17 répertoriés	Répertoriés : 93.9%	Non répertoriés : 6.1%
Nbre d'années de diplôme	< 3 ans : 48.5%	> 3 ans : 51.5%
Ancienneté au COL -3 ans et affectation permanente	57.6%	Non concernés : 39.4%
Ancienneté au COL +3 ans et affectation -3 ans	24.2%	Non concernés : 60.6%
Remplacements occasionnels	6%	
Autres situations	12.1%	

Tableau 1 Section Identification de l'enquêté

Pour avoir une idée du ressenti des soignants débutants ou mobiles lors d'une PenC de patients dont ils maîtrisent moins la pathologie, plusieurs affirmations leur ont été proposées. Voici le classement établis par cette population d'enquêtés :

Crainte de manquer de connaissance de la pathologie	75.8%
Crainte de ne pas savoir répondre aux questions du patient	75.8%
Crainte de ne pas dispenser une prise en charge de qualité du patient	51.5%
Crainte d'avoir une prise en charge inadaptée du patient	51.5%
Crainte du risque d'erreur dans la prise en charge	45.5%
Crainte du risque d'oubli d'acte dans la prise en charge	57.6%
Aucune crainte	9%
Autre	6%

Tableau 2 : Ressenti des soignants débutants ou mobiles, de moins de 3 ans d'expérience pour une spécialité

#### 4.1.2 Section utilisation des PST

De façon concise, 26 des enquêtés sur 33 pensent spontanément que les PST de façon générale apportent une aide, 30.7% ; sont pratiques, 19.23% ; permettent d'éviter les oublis, 15.3% ; sont efficaces, 11.5%.

Ils les consultent régulièrement pour 34.6% et occasionnellement pour 23.1% d'entre eux ; contre rarement pour 15.4% et jamais pour 23.1% d'entre eux.

La consultation du PST leur apporte de l'aide, 46.1% ; une vision globale, 15.4% ; il permet de ne rien oublier, 11.5%.

Il aide à la compréhension de la pathologie à 61.5%

#### 4.1.3 Section utilisation des CC

Sur les 33 enquêtés, 22 ont répondu à cette section. Ils utilisent les CC à 95.5%. La fréquence d'utilisation est de :

- ✚ Une fois par poste à 54.5 %
- ✚ 5 fois par semaine à 22.7%
- ✚ 5 fois par mois à 18.2%
- ✚ Jamais à 4.5%

Pour 63.6% d'entre eux, ils ont été formés aux CC par tutorat d'un soignant de la même fonction. 18.2% sont formés par la cadre du service et 18.2% se sont formés par eux même sur le logiciel.

De façon générale, ils pensent que les CC sont complets, fonctionnels et permettent de ne rien oublier à 31.8%.

13.6% d'entre eux affirment que c'est une aide.

Cependant, 18.1% trouvent le CC répétitif et 4.5% ont des difficultés à sortir de celui-ci.

Voici les affirmations avec lesquelles sont d'accord les enquêtés. Il leur a été demandé de les classer par ordre d'importance :

#### **Les chemins cliniques :**

N°1. vous donnent une vision globale de la PenC

N°2. vous aident dans la PenC quotidienne

N°3. participent à prioriser vos soins

N°4. vous donnent le sentiment d'être capable de prendre en charge de façon optimale

N°5. vous permettent d'optimiser votre temps de travail

N°6. vous permettent de faire des liens

N°7. vous assistent dans l'organisation des PenC

N°8. vous donnent le sentiment de maîtriser les choses

N°9. vous transmettent le sens des soins

N°10. aucune de ses affirmations

#### **4.1.4 Section gestion des risques**

Les soignants débutants et/ou mobiles affirment à 76.2% que ces outils permettent de diminuer le risque d'EI et à 85.7% de diminuer le risque d'oubli d'actes. Le sentiment de sécurité dans la pratique quotidienne avec l'utilisation des CC est de 66.7%.

#### **4.1.5 Section conditions de travail**

La charge mentale n'est pas diminuée avec l'utilisation des CC chez les soignants débutants et/ou mobiles pour 57.1% d'entre eux. Alors que 28.6% d'entre eux assurent que la charge mentale est diminuée.

Un bien-être au travail avec l'utilisation de ces outils est ressenti pour 38.1% et 47.6% pensent que ceux-ci permettent une meilleure intégration dans l'équipe. Enfin, l'utilisation de ces outils permet une meilleure organisation de travail pour 57.1% d'entre eux.

#### **4.1.6 Section commentaires libres**

Les enquêtés ont attribué une note de 7/10 quant au fait que les outils, PST, CC et guides de séjours aident à améliorer leur pratique et leur qualité de soins. Enfin, très peu de commentaires ou suggestions ont été rédigés.

## 4.2 RÉSULTATS DES ENTRETIENS

Rappel des critères d'inclusion pour les entretiens : population ciblée

- ✚ Soignants paramédicaux experts soit plus de 9 ans d'expérience. (Selon le concept de Patricia Benner)

### 4.2.1 Synthèses des entretiens par catégorie, sous-catégorie et par entretien

Dans le cahier des charges rédigé au début de l'enquête, 5 à 10 entretiens étaient souhaitables. J'ai réalisé 9 entretiens d'une durée de 15 minutes en moyenne.

**Les catégories sont au nombre de neuf et sont codées de la façon suivante :**

**1) Parcours Professionnel (PP)**

**2) utilité / APPort des chemins cliniques (APP)**

**3) Maitrise des Points Clés (MPC)**

**4) Réalisation des Transmissions Ciblées Hors Chemin Clinique (R-TC-HCC)**

**5) Connaissance des Requêtes Informatiques réalisées au COL (C-RI-COL)**

**6) Lien entre Hors Chemin Clinique et Evènements Indésirables (L-HCC//EI)**

**7) Participation à l'ELABoration des Outils (P-ELAB-OU)**

**8) Echanges InterDISCIPLINAIRES (E-I-DISC)**

**9) Diminution des Erreurs et Oublis (D-E-O)**

**Catégorie 1 : parcours professionnel des enquêtés (PP)**

Le parcours des 9 personnes est très varié au niveau des services et spécialités effectués tels que : des services d'hospitalisation ou des hôpitaux de jour, de la médecine ou de la chirurgie, des consultations externes ou la curiethérapie, de jour ou de nuit. Pour ces entretiens, je répertorie 7 infirmières, une puéricultrice et une cadre de soins.

**Catégorie 2 : utilité / apports des chemins cliniques (APP)**

Les données de cette partie sont tellement riches que j'ai souhaité faire une synthèse par entretien. (Entretien N°...)

**EN°1** : Avec les CC, il existe des liens informatiques et le cochage est informatisé. Il y a différents types de CC, pour les examens et pour les traitements, ils permettent une PenC du patient dans sa globalité. L'outil ne donne pas d'alerte. Ce n'est pas un outil de gestion des risques lorsqu'on est ancienne car nous avons la connaissance de la PenC même sans le CC.

**EN°2** : Le CC apporte de la rigueur, c'est une check-list. Il facilite l'adaptabilité aux nouvelles pratiques et la mise en œuvre des soins. S'il y a une évolution des pratiques, le CC permet l'adaptation de la PenC. Cependant, cela a été laborieux au début de la mise en place de l'outil. Il aide à la formation des nouveaux, c'est une check-list idéale. L'infirmière consulte parfois le PST même en ayant de l'expérience, il est disponible dans le service.

**EN°3** (*Annexe 9*) : Le CC donne les grandes lignes de la PenC. En HDJ (Hôpital de Jour), il existe quatre CC, deux pour les traitements et deux pour les soins annexes. Les TC (Transmissions ciblées) permettent d'être vigilant, d'alerter pour la fois d'après. La construction de CC permet une optimisation de la PenC avec une compréhension, une intégration et le sens des actes. L'utilisation du CC se fait en temps réel.

**EN°4** : L'Utilisation des CC est quotidienne. Ils sont spécifiques pour les PenC HDJ Pédiatrique. Ils permettent un cadrage des PenC et d'avoir conscience de la spécificité. Ils répertorient toutes nos surveillances dans la PenC, fixent les grandes lignes directives, donnent de la rigueur dans la PenC. Ils permettent la cotation d'actes. Pour les personnes qui manquent d'expérience, le CC est une ressource importante, y compris pour les nouveaux.

**EN°5** : Le CC dresse un tableau des besoins et permet de répondre à ceux-ci. C'est une check-list. Il regroupe tous les risques potentiels pour une PenC dans la globalité. Lorsqu'ils ont de l'expérience et une bonne connaissance des CC, ils ont une PenC satisfaisante mais s'il y a une évolution ou un changement dans la PenC alors l'intérêt des CC est important. Pour les nouveaux collègues, le CC aide à la vérification d'actes dans la PenC. C'est une check-list, avec les risques et les actions pour diminuer ces risques. Le CC priorise les risques à surveiller. Il permet une vigilance accrue, c'est un outil de gestion des risques. Ces outils sont présentés aux nouveaux. En chirurgie, les PenC sont très protocolisées donc cela aide les constructions des CC. Il facilite les PenC et permet la vérification de tout ce qui est fait sur un poste. Il est complémentaire avec le travail des collègues. Il donne une vision globale et rapide de la PenC. Même si l'infirmière a de

l'expérience, elle se réfère au PST si besoin, ou si évolution des PenC. D'une grande utilité, c'est un guide, une aide dans la PenC, un gage de sécurité pour le soignant. Le CC permet la simplification des PenC après consensus. Il permet la vérification, aide à la prise de décision si problème. L'infirmière consulte le PST si elle a une méconnaissance de la pathologie. La validité médicale assure au soignant le bon déroulement de la PenC. Enfin le CC standardise les PenC et évite les écarts de PenC. Cependant il y a eu des difficultés lors de la mise en place des CC par rapport aux réfractaires aux changements. Il est parfois un peu rébarbatif de cocher case par case. Le cochage se fait après les soins et pas en simultané, avec un réajustement après si besoin. Le cochage à posteriori est chronophage.

**EN°6 :** Les CC sont de bons rappels pour la PenC, des pense-bêtes, une check-list, de bons supports pour les nouveaux. Ils mettent en valeur la PenC. Il y a des CC pour les différentes spécialités en Unité de Soins Continus. Ils sont utiles lors des réajustements de PenC et des changements de techniques. Ce sont des outils supports. Ils guident les soins. Ils sont utiles dans beaucoup de domaine. Ce sont des outils de gestion des risques. Les CC sont utiles pour donner les informations aux patients mais avec un risque par rapport au durée moyenne préconisée dans le CC. Ils sont importants pour donner les explications sur la poursuite de PenC pour le patient, acteur de sa PenC. C'est vraiment un support complémentaire, utile pour tout le monde surtout si la PenC est peu fréquente, alors le support est important pour le rappel des spécificités.

**EN°7 :** Les CC permettent d'avoir les étapes importantes pour la vérification des soins, d'avoir une trame des actions à effectuer. Il est important dans une PenC spécifique. C'est un outil de gestion des risques.

**EN°8 :** C'est une check-list qui permet de recenser, de checker les étapes. S'il y a méconnaissance de la pathologie, il apporte une aide importante. Le CC est une pique de rappel pour la PenC. Il permet une validation des soins au fur et à mesure de la PenC. Il a un grand intérêt pour les nouveaux. L'utilisation des CC dans le DPI pour tracer est importante. Le CC liste les actions, le PST décrit le raisonnement clinique.

**EN°9 :** Les CC améliorent les pratiques professionnelles. C'est un Guide pour toutes les étapes de PenC. Ils suffisent à eux seuls pour la PenC.

### **Catégorie 3 : maîtrise des points clés (MPC)**

La puéricultrice et deux infirmières affirment que les CC permettent de maîtriser les points clés. Deux autres infirmières affirment qu'en suivant les étapes cela sécurise les PenC. L'une d'entre elle dit connaître les points clés de la PenC et parle plutôt de lien entre les étapes.

### **Catégorie 4 : réalisation des transmissions ciblées hors chemin clinique (R-TC-HCC)**

L'ensemble des soignants interrogés confirme réaliser des TC en lien avec les HCC « hors chemin clinique » ou SCC « sorties de chemin clinique ». Ils ne font pas de différence entre les deux. Il y a une anticipation des problèmes avec les risques décrits. Des liens informatiques sont présents pour faciliter la rédaction des TC systématiquement dès un « HCC ». La transmission ciblée décrit la mise en place d'actions pour répondre au problème. Parfois le problème de santé fait sortir définitivement le patient du chemin clinique. La cadre de soins signale qu'il faut rappeler régulièrement aux soignants l'utilisation des TC en lien avec le CC car certains d'entre eux utilisent le module des TC sans passer par le CC.

### **Catégorie 5 : connaissance des requêtes informatiques réalisées au COL (C-RI-COL)**

La majorité des personnes interrogées (8/9) n'a pas connaissance des requêtes informatiques réalisées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité au COL. Une seule infirmière a connaissance des requêtes informatiques et dit être vigilante dans la rédaction de ses TC « hors chemin clinique ». Les autres devinent l'utilité et citent : *« l'évolution des pratiques, le nombre de HCC pour valoriser les pratiques, mettre en place des mesures correctives, cohérence entre les HCC et TC, réajustement des cibles »*.

### **Catégorie 6 : lien entre hors chemin clinique et évènements indésirables (L-HCC/EI)**

La plupart font une différence entre les HCC et les EI. Pour les HCC il y a une notion de problèmes attendus mais involontaires. Alors que pour les EI, il y a une notion de problèmes inattendus et causés par une tierce personne ou l'organisation. L'EI semble plus grave que le HCC pour certaines personnes. L'une d'entre elle parle de mesures correctives pour les EI. Seulement deux personnes évoquent le comité gestion des risques.

### **Catégorie 7 : participation à l'élaboration des outils (P-ELAB-OU)**

Les réponses quant à l'élaboration des outils PST et CC sont très hétérogènes. Certaines personnes ont participé uniquement à la construction d'un PST ou d'un CC et d'autres ont participé à la construction des deux. Souvent les cadres de soins sont impliqués, les infirmières échangent entre elles et la validation est toujours médicale. L'une d'entre elles confond les deux outils. Une autre a construit seule un CC. Ce sont parfois des objectifs établis entre le cadre de soins et l'infirmière au cours des évaluations annuelles. Une des infirmières signale qu'elle participe régulièrement à la réactualisation des CC lorsqu'il y a une évolution des pratiques. L'un d'entre eux participe davantage à la relecture des PST et donne son avis. Pour élaborer ces outils, il faut l'expérience de terrain, une connaissance de la pathologie, l'expérience pratique d'au moins 1 an, une motivation personnelle. Mais le turn-over dans les équipes empêche la construction. Elle pense que c'est impossible pour les nouveaux et qu'il ne faut pas griller les étapes. La construction même en binôme est compliquée, il faut une motivation des 2 personnes. Certains PST sont perçus comme fastidieux lors de la rédaction.

### **Catégorie 8 : échanges interdisciplinaires (E-I-DISC)**

La construction, c'est un travail d'équipe. Cependant elle se fait d'abord par fonction, par métier puis il y a des échanges avec le corps médical. Cela permet une vision pluriprofessionnelle par rapport aux différentes compétences. Les échanges pluriprofessionnels évitent les redondances, les oublis, les écarts dans la construction. Cela permet de cadrer les PenC, avec des actions adaptées. C'est un moment de réflexion par rapport à la pratique, des discussions. La demande d'intervention des autres professionnels est faite si besoin pour la construction des outils. Parfois, il y a une complexité de la PenC et une difficulté de trouver un consensus pour choisir les risques et les prioriser. Le travail de construction en équipe donne du sens à la PenC. Il permet de connaître le travail des autres intervenants. Enfin la construction pluriprofessionnelle redynamise une équipe.

### **Catégorie 9 : diminution des erreurs et oublis (D-E-O)**

A l'unanimité, les enquêtés sont d'accord pour confirmer que ces supports permettent de diminuer les oublis et les erreurs dans la PenC. D'autant plus lorsque la PenC est moins connue des soignants.

**Les sous catégories sont au nombre de 14 et sont codées de la façon suivante :**

- ✚ Traçabilité (TRACA)
- ✚ Expérience (EXPE)
- ✚ Débutant/stagiaire (DEB/STAG)
- ✚ Aide/consultation des outils (AIDE-CONS-OUT)
- ✚ Construction (CONS)
- ✚ Enrichir ses connaissances (EN-CONN)
- ✚ Facilité (FACI)
- ✚ Sécurité (SECU)
- ✚ Rapidité/gain de temps (RAP-GDT)
- ✚ Exhaustivité (EXHA)
- ✚ Rassurance (RASS)
- ✚ Diminution de la charge mentale (DIM-C-MEN)
- ✚ Connaissance comité gestion des risques (CON-C-GDR)
- ✚ Harmonisation des pratiques (HARMO-PRAT)

Un tableau en *annexe 10* reprend les sous-catégories et le nombre de fois où le terme est cité au cours des entretiens. Dans la partie qui suit vous trouverez une synthèse.

La traçabilité des actes réalisé sur l'outil CC est très appréciée par les soignants expérimentés. Ils sont nombreux à dire qu'ils ont une expérience et qu'ils connaissent les PenC. Cependant dès qu'il y a une méconnaissance de la pathologie, ils affirment que l'outil CC est un véritable appui. Les soignants expérimentés sont convaincus que c'est un outil qui peut-être une vraie ressource pour une nouvelle infirmière. Il aide à la vérification d'actes dans la PenC. C'est un support d'enseignement notamment pour les stagiaires et les nouvelles arrivées. Les outils sont présentés à ces derniers. Ils sont informatisés dans le logiciel « Ennov » pour les PST et dans le logiciel « DX Care » pour les CC. Les PST sont consultés par les soignants expérimentés s'il y a un doute dans une PenC. Le CC est un support qui apporte une aide pour tout le monde. Le cadre de soins pointe le manque de construction de PST avant le CC. Cela entraîne un manque d'informations médicales pour la compréhension et le sens de la PenC. Elle souligne également que le risque s'il n'y a pas de PST, c'est que le CC soit incomplet. Ils sont plusieurs à affirmer que ces outils apportent des nouvelles connaissances ou les développent chez les nouveaux, ainsi que la compréhension de la pathologie. Pour une des soignantes, le CC facilite la mise en œuvre

des soins en ayant toutes les données avant de commencer la PenC. Elle trouve aussi facilitateur les liens entre les HCC et les TC pour compléter le dossier. L'utilisation du CC pour tout vérifier sécurise l'infirmière. Le PST sécurise la PenC lors de la méconnaissance de la pathologie. Les soignants remarquent un gain de temps avec l'utilisation des CC. Ils cochent pour tracer et doivent moins écrire. La traçabilité se fait instantanément lorsque l'outil est utilisé au fur et à mesure de la réalisation des soins. Ensuite, les TC sont rédigées d'après le PST et sont paramétrées dans le CC informatique. Une des infirmières parle d'un travail « prémâché » qui permet de gagner du temps. Ce temps qui semble si précieux de réattribuer aux patients.

Certains soignants parlent de l'outil comme quelque chose qui permet de prendre en charge intégralement le patient. Voici quelques extraits de phrases qui évoquent à la lecture l'exhaustivité de la PenC.

*« ...en plus, comme c'est par items cette petite check-list donc on a vraiment des parties détaillées, enfin on a plusieurs grands points avec plusieurs petits items qui ne nous permettent de rien oublier en fait... »*

*« ...tout est planifié dans notre plan soins ça va aussi dans le fil, de... comment dire ? de rien oublié dans la globalité... »*

*« ...maintenant c'est tracé d'office c'est-à-dire que ce qu'on fait d'entrée de jeu c'est tracé... »*

*« ... voilà c'est une prise en charge globale en plus du patient... »*

D'autres soignants trouvent le CC rassurant, tant pour les anciennes que pour les nouvelles infirmières.

Deux des soignants parlent de tranquillité et d'esprit libre avec l'utilisation des CC. Il semblerait que pour certains l'outil diminue la charge mentale.

*« ...enfin voilà ce qui est fait, est fait, n'est plus à faire, ça ne nous encombre plus, on peut passer à autre chose...ça libère l'esprit, ouais non c'est important...c'est hyper important... »*

*« ...parce que si tout va bien tout est tracé OK et on est tranquille... »*

L'une d'entre elle connaît le comité gestion des risques. Pour les autres, ils ont une vague idée ou ne savent pas que les SCC et EI sont étudiés pour l'amélioration des pratiques.

Infirmière : « ...ouais avec le comité risques ouais tout à fait... »

Moi : « ...l'évaluation de tous ces événements indésirables est-ce que vous savez dans quel but on fait ça dans l'institution ? ... »

Infirmière : « ...dans le but de réajuster nos pratiques et d'améliorer nos prises en charge des patients... »

Une infirmière pense que la construction en équipe des CC permet l'uniformisation des PenC et l'harmonisation des pratiques.

## 5) DISCUSSION

Cette partie aborde une réflexion personnelle permettant d'évaluer ma recherche. Mes attentes concernant les causes et les conséquences du travail de recherche sont discutées, une interprétation plus poussée des résultats est présentée, ainsi que les limites de l'étude et les perspectives d'avenir.

Préoccupée par les nouvelles organisations de travail dans nos institutions, impactant la qualité et la sécurité des soins et entraînant un risque de dommages liés aux soins, je me suis questionnée sur l'impact de l'utilisation des outils PST et CC dans la gestion des risques liés aux soins, chez les soignants débutants ou mobiles au sein des services. Ces derniers ont une faible expérience auprès de patient présentant une pathologie type.

Les objectifs de cette étude sont de montrer que l'utilisation des outils :

- ↳ Est perçue comme une qualité de PenC ;
- ↳ Diminue le risque d'erreurs ou d'oublis dans la PEC du patient ;
- ↳ Génère un sentiment de sécurité dans la PEC du patient.

La méthode utilisée est celle du questionnaire en ligne pour les débutants et des entretiens semi-directifs pour les soignants experts. Les résultats montrent une réelle conviction des soignants pour l'intérêt de ces outils. Ils permettent de répondre positivement aux hypothèses de départ. Des liens seront faits durant cette discussion entre les résultats de l'enquête et l'analyse conceptuelle, les recommandations, les politiques de santé, ainsi que l'enseignement des deux années de Master « Coordination des trajectoires de santé ».

### 5.1 INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Au préalable, les craintes des soignants interrogés, concernant les PenC d'un patient ayant une pathologie moins maîtrisée, sont bien présentes. Ainsi qu'en témoigne le tableau 2, page 25 concernant les soignants débutants et mobiles, il en va de même pour les soignants experts qui ont exprimés quelques craintes au cours des entretiens. Voici deux exemples :

EN°2 : Infirmière : « ...oui moi je vais vérifier quand même... »

Moi : « ...d'accord même quand vous avez bien l'habitude d'une PenC... »

Infirmière : « ...oui bien sûr, en plus là je reviens de congé maternité, c'est des soins pourtant que je connais mais ça me permet moi de me rassurer en me disant bien j'ai bien tout revérifié... »

EN°6 : Infirmier : « ...mais bon pour des rappels c'est vrai que c'est très intéressant par exemple s'il y a un type de bloc on n'a pas eu depuis longtemps c'est toujours intéressant d'avoir ce support, en se disant ah oui c'est vrai, il y a ce genre de soins spécifiques ou ce genre de dosage sanguin spécifique il ne faut pas oublier par rapport à ça... »

De façon synthétique, je vais maintenant développer les différentes hypothèses avancées afin de les vérifier.

### **5.1.1 Optimiser la gestion des risques liées aux soins par l'utilisation des outils PST et CC.**

L'analyse des données révèle que la gestion des risques liées aux soins est bien ressentie chez les soignants utilisant ces outils. D'après eux, les EI diminuent ainsi que le risque d'oublis ou d'erreurs d'actes. Le sentiment de sécurité est bien perçu par la majorité des utilisateurs des PST et CC. Ils affirment que ça leur permet de maîtriser les points clés de la PenC avec des liens entre les étapes. Il y a bien une anticipation des problèmes avec les risques décrits dans ces outils. Les soignants réalisent des TC informatiques HCC qui décrivent la mise en place d'actions pour répondre au problème. Cependant, la plupart d'entre eux ne connaissent pas les requêtes informatiques réalisées dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité au COL. Très peu connaissent le comité gestion des risques et ses objectifs. En revanche ils devinent l'utilité des requêtes telles que : valorisation des pratiques, mise en place de mesures correctives, réajustement des cibles.

Rappelons que selon la HAS, le risque est considéré comme un danger dont la possibilité de survenue entraîne des dommages aux biens, aux personnes et à l'environnement. La gestion des risques est assimilée à toute une organisation. C'est un enchaînement régulier, continu et coordonné qui permet l'exploration, le contrôle et

l'évaluation des risques. Afin d'optimiser la sécurité, il faut envisager tous les facteurs de risques liés à l'utilisateur mais également aux professionnels le prenant en charge.<sup>23</sup>

De plus, le PST et le CC sont des outils qui représentent un gage de qualité de soins. Lors de la construction de ses outils, tous les risques encourus par le patient sont répertoriés. La surveillance des signes d'apparition des problèmes de santé amène à faire de la prévention et à gérer les risques. Les étapes clés des processus de prise en charge d'un patient sont identifiées. Cette méthode du CC contribue à une logique évaluative. L'évaluation se fait autour des actes réalisés, de la qualité des pratiques de soins. L'analyse des écarts avec les TC HCC permet d'évaluer la concordance entre les résultats attendus et ceux obtenus.

Ainsi les requêtes informatiques menées au COL permettent d'exploiter les CC. A l'aide d'un logiciel « Business Object », les données des TC HCC sont analysées. C'est le nombre et le type de cible qui en est extrait afin de réajuster de façon très active une anomalie de PenC ou d'adapter la pratique. Ces requêtes sont menées tous les trois mois environ de sorte que les CC évoluent si nécessaire.

Considérons l'exemple du cours présenté en Master 1 par la directrice des soins, sur l'analyse des CC réalisée au COL.

- ➔ Événements indésirables relatifs aux Chambres à Cathéter Implantable (PAC®) : Comparatif de la survenue des EI avant et après mise en place du CC – 2011
- Nette diminution des EI :
  - ✓ 2009 : 46 événements indésirables
  - ✓ 2014 : 4 événements indésirables
- ↩ **Sans aucun doute une réponse à la démarche qualité et sécurité des soins.**

Néanmoins, nous pourrions être enclins à penser qu'une plus grande prise de conscience par les soignants, des évaluations et des réajustements des pratiques, favoriserait l'adhésion dans l'utilisation des CC et dans la réalisation des TC HCC. Il est

---

<sup>23</sup> HAS. Amélioration des pratiques et sécurité de soins, mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, mars 2012

probable que l'organisation de petites informations flashes de courtes durées, au sein des services, afin d'expliquer le but des requêtes et de mettre en valeur les résultats probants, serait productif.

Ainsi, les PST et CC sont bien ancrés dans une démarche qualité et sécurité des soins. De surcroît, ils contribuent à la gestion des risques liés aux soins, à priori par l'anticipation des risques et à postériori par l'évaluation des HCC. Autrement dit, ils évitent les dommages liés aux soins et peuvent complètement entrer dans la politique d'un établissement de santé en terme de sécurité des soins aux patients.

### **5.1.2 Utilisation des outils chez les débutants / mobiles**

L'utilisation des outils dans cette population reste mitigée. Seul un tiers des enquêtés consultent les PST régulièrement. En revanche ils sont majoritaires à utiliser le CC mais seulement la moitié d'entre eux le remplissent une fois par poste.

Par ailleurs, chez les soignants expérimentés, l'analyse des entretiens autour de la notion de débutant, stagiaire, ou soignant mobile fait ressortir les choses suivantes : ils sont convaincus que ce sont des outils qui peuvent être une vraie ressource pour une nouvelle infirmière. Ils aident à la vérification d'actes dans la PenC. C'est un support d'enseignement notamment pour les stagiaires et les nouvelles arrivées. Les outils sont présentés à ces dernières. Ils sont nombreux à dire qu'ils ont une expérience et qu'ils connaissent les PenC. Cependant, dès qu'il y a une méconnaissance de la pathologie, ils affirment que les outils sont de véritables appuis.

A l'instar de Patricia Benner et le modèle d'acquisition des compétences cliniques, les débutants appréhendent la situation de soins que partiellement. Ils manquent de discernement entre ce qui est important de ce qui l'est moins. A ce stade, ils doivent être encadrés et formés par des infirmières performantes ou expertes. Incontestablement à ce jour, les conditions d'encadrement sont devenues difficiles. Pour rappel, l'environnement de travail est moins favorable, les ressources humaines se rationalisent, les restrictions budgétaires s'accroissent.

En outre, Patricia Benner précise que quel que soit le niveau de compétence de l'infirmière, tout changement de poste, d'unité de soins, ou d'hôpital, se solde par une régression des compétences.

Assurément, les outils PST et CC sont de véritables supports indispensables dans les conditions actuelles de turn-over. Débutants ou experts mobiles y retrouvent un véritable intérêt.

### 5.1.3 Qualité de prise en charge

#### **Concernant l'outil PST :**

Les PST apportent une aide, une compréhension de la pathologie, une vision globale de la PenC. Ils développent la connaissance chez les débutants et les enrichissent chez les experts. Ils sont présentés aux débutants dès leur arrivée dans un service. Les experts les consultent en cas de doutes ou de nouvelles PenC.

Les PST doivent être construits avant le CC pour donner du sens à la PenC et être exhaustifs dans la construction du CC. Il existe des CC sans PST car ce dernier nécessite beaucoup de temps pour la construction en équipe pluriprofessionnelle.

En effet, les bénéfices du PST pour la pratique des soins sont multiples. C'est un référentiel de qualité d'autant plus lorsque la partie « fondements/argumentations scientifiques » est développée. Il coordonne les soins, améliore la communication, permet un consensus d'équipe, donne une cohérence au projet de soins, permet l'anticipation des événements et des risques, consent une meilleure évaluation des résultats et renforce le travail en partenariat interdisciplinaire.

Toutefois, il faut reconnaître que la construction du PST est parfois conséquente. Selon le type de PenC et la complexité de la pathologie, la rédaction peut prendre un certain temps. Pourtant, si la motivation collective est présente, l'aboutissement d'un tel travail apporte une réelle satisfaction à l'équipe. Cette démarche interdisciplinaire entraîne les professionnels vers un partage du savoir, vers le respect des compétences de chacun et vers le dépassement des conflits affectifs. Ainsi ensemble, ils participent à la formalisation d'un outil commun.

#### **Concernant l'outil CC :**

Les CC permettent de ne rien oublier, de prendre en charge de façon optimale, ils sont fonctionnels et complets. Ils donnent une vision globale, priorisent les soins, optimisent le temps de travail, cadrent la PenC. Les liens sont faits avec le PST et des TC ciblées sont réalisées lors des « hors chemin clinique ». Les débutants sont formés par les soignants de

la même fonction ou par la cadre de soins. L'utilisation des CC est quotidienne pour plus de la moitié d'entre eux. La traçabilité des actes se fait au fur et à mesure pour certains et à posteriori pour d'autres selon l'organisation du service. Les soignants affirment avoir une meilleure organisation de travail entraînant un gain de temps lors de la retranscription des soins dans le dossier.

Effectivement comme nous l'avons vu dans la partie conceptuelle de ce travail, le CC est une méthode qui vise à planifier, rationaliser, standardiser la PenC optimale et efficiente, tout cela en s'appuyant sur les règles de bonnes pratiques ou les recommandations des sociétés savantes. Elle est axée sur la planification du processus de soins, l'interdisciplinarité, et la mesure des résultats obtenus. Elle articule les problèmes de santé habituels d'un GHP, ayant une même pathologie. Elle propose des résultats escomptés. La durée de séjour moyenne est déterminée. Les actions de l'ensemble des professionnels en rapport avec les problèmes de santé sont mises en parallèle. Les actes définis au préalable se présentent sous forme de check-list ou de planification. Outil intégré dans le dossier patient papier ou informatisé, ainsi la traçabilité est assurée par la signature de la personne au regard de chaque acte réalisé.

L'informatisation des CC semble essentielle aujourd'hui dans le contexte de la e-santé. Néanmoins, jusqu'à ce jour les concepteurs de logiciel DPI n'ont pas pensé aux fonctions de paramétrages de cet outil CC. Actuellement, les équipes ont dû faire preuve d'imagination et d'adaptabilité pour le paramétrage de ceux-ci. Les CC sont pour l'instant construits pour des épisodes d'hospitalisation. Mais des perspectives d'évolution sont prévues avec l'informatisation de l'ensemble des CC qui composent le parcours du patient. C'est ainsi que les logigrammes utilisés actuellement devront se transformer en « Workflow », processus indispensable à l'informatisation des parcours de soins et de santé.

#### **5.1.4 Diminutions du risque d'oubli ou d'erreurs**

A l'unanimité, les enquêtés sont d'accord pour confirmer que ces supports permettent de diminuer les oublis et les erreurs dans la PenC. D'autant plus lorsque la PenC est moins connue des soignants. Certains soignants parlent de l'outil comme quelque chose qui permet de prendre en charge intégralement le patient. Voici quelques extraits de phrases qui à la lecture évoquent l'exhaustivité de la PenC.

*« ... en plus, comme c'est par items cette petite check-list donc on a vraiment des parties détaillées, enfin on a plusieurs grands points avec plusieurs petits items qui ne nous permettent de rien oublier en fait. »*

*« ...tout est planifié dans notre plan soins ça va aussi dans le fil, de...comment dire ? de rien oublié dans la globalité... »*

*« ...maintenant c'est tracé d'office c'est-à-dire que ce qu'on fait d'entrée de jeu c'est tracé... »*

*« ... voilà c'est une prise en charge globale en plus du patient... »*

### **5.1.5 Sentiment de sécurité**

Les soignants pensent que le PST sécurise la PenC lors de la méconnaissance de la pathologie. L'utilisation du CC permet de tout vérifier et cela tranquillise l'infirmière.

D'autres soignants trouvent le CC rassurant, tant pour les anciennes que pour les nouvelles infirmières. Le sentiment de sécurité est bien perçu par les soignants et par conséquent les conditions de travail sont améliorées. En effet, les soignants pensent que ses outils apportent une meilleure organisation, une meilleure intégration des débutants, un bien-être au travail pour certains d'entre eux, et une diminution de la charge mentale pour d'autres.

Assurément, ces outils permettent aux professionnels de redéfinir le rôle de chacun, optimiser l'organisation de travail. Ils réduisent les variabilités injustifiées dans la PenC. Ils développent l'expertise de chacun. La polyvalence et la mobilité des professionnels est facilitées par l'amélioration de l'utilisation des ressources. La coordination et la communication entre les différents acteurs de la PenC se développent. L'information donnée au patient est simplifiée. Son parcours pour une prise en charge optimale est planifié, explicite.

## **5.2 FACTEURS FAVORISANTS LA RÉUSSITE**

La majeure partie des résultats discutés est en cohérence avec la partie conceptuelle de ce travail. Il s'avère donc que les outils PST et CC contribuent à la gestion des risques liés aux soins chez les soignants débutants et/ ou mobile. De toute évidence, ce principe s'étend à l'ensemble des soignants. Le projet de déployer de tels outils dans un établissement de santé ou dans des structures médico-sociales est une réelle plus-value.

La réussite de ce type de projet nécessite certaines conditions. Tout d'abord, la volonté institutionnelle doit être forte. Ce projet de grande ampleur nécessite d'intégrer toutes les instances décisionnelles de l'établissement. Ensuite les modalités organisationnelles, managériales et pédagogiques sont liées les unes aux autres. Il faut définir une démarche projet, mettre en place un comité de pilotage. La stratégie de communication autour du projet est extrêmement importante. Afin de développer les compétences des acteurs de ce projet, il faut mettre en place un programme de formation et la dispenser. La mission des cadres de santé est de réinvestir leur fonction de management par la clinique. Le coordinateur du projet leur vient en appui pour le développement du raisonnement clinique partagé. L'accompagnement et la valorisation du projet se fait au fur et à mesure de l'avancement de celui-ci. La finalité c'est bien : une réflexion engagée sur les pratiques professionnelles, la collaboration médico-soignante renforcée, la PenC du patient au centre de l'exercice managérial. Une véritable révolution contre le cloisonnement au profit d'une intelligence collective et d'une démarche projet pluriprofessionnelle.

Ce type de projet correspond aux nouveaux enjeux de notre système de santé. La certification V2020 dans les grandes lignes s'oriente vers de nouvelles exigences en terme de qualité et sécurité de soins. L'idée de « parcours » dans les établissements et sur le territoire va être envisagée.

La HAS propose également le « PACTE » : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe<sup>24</sup>. C'est un engagement volontaire qui s'inscrit dans une démarche stratégique institutionnelle. L'objectif est de renforcer la culture de sécurité et d'améliorer les compétences non techniques (telles que la coordination ou la prise en charge du patient) et l'organisation des soins. Le collectif de travail est au cœur de cet enjeu. Le but est d'améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés au patient en agissant sur les facteurs humains et organisationnels.

---

<sup>24</sup> Site HAS, <https://www.has-sante.fr/.../programme-d-amelioration-continue-du-travail-en-equipe->

Dans le dossier de presse de septembre 2018, « Ma santé 2022, un engagement collectif »<sup>25</sup>, la ministre de la santé Agnès Buzyn considère cinq chantiers prioritaires pour engager une transformation profonde du système de santé. Le premier chantier concerne la qualité des soins et la pertinence des actes. A la suite d'une réflexion menée autour de ces chantiers, elle détermine trois engagements prioritaires : le premier est de placer le patient au cœur du système et faire de la qualité de sa prise charge la boussole de la réforme.

L'objectif principal de cette réforme est de **DÉCLOISONNER**, la médecine de ville libérale, la médecine hospitalière, le médico-social. Celui-ci va se faire :

- Au niveau du financement par la rémunération de la qualité et de la pertinence et par la prise en compte de la patientèle ;
- Au niveau de l'organisation des soins par les coopérations en proximité ;
- Au niveau des exercices professionnels et des formations par des exercices mixtes ville/hôpital et par des parcours de formation tant en ville qu'à l'hôpital.

Enfin parmi les 10 mesures phares de cette réforme, la septième stipule qu'il faut :

- Redonner au service son rôle de « collectif » dans l'organisation des activités de soins et le management de l'équipe soignante ;
- Favoriser la reconnaissance collective par la création d'un dispositif d'intéressement lié aux projets d'amélioration de la qualité de service ;
- Prendre en compte des compétences en management dans la nomination des responsables médicaux.

Afin de favoriser la qualité et replacer le patient au cœur du soin, il faudra s'assurer que celui-ci reçoive le bon soin par le bon professionnel au bon moment. C'est ce que nous appelons la pertinence des soins. Il faudra également lui donner accès à une information qui lui permette de devenir acteur de sa santé. Pour cela « ma santé 2022 » propose d'aller davantage vers une logique de parcours de soins. Celui-ci vise à limiter tout au long de la prise en charge les actes redondants ou les pratiques non pertinentes. Les travaux

---

<sup>25</sup> Ministère des solidarités et de la santé, Dossier de presse 18/09/2018, « Ma santé 2002, un engagement collectif »

d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins proposés par la HAS et l'assurance-maladie seront de plus en plus partagés par la communauté médicale et soignante.

Les outils PST et CC répondent complètement à ces exigences. Ils entrent et s'intègrent parfaitement dans le parcours de soins des patients. De nombreux liens avec la qualité et la sécurité des soins sont possibles, tels que : gestion des risques, qualité, sécurité, continuité des soins, projet personnalisé de soins, étude de la charge en soins, gestion prévisionnelle des soins, traçabilité des soins faits, mesure de l'écart, parcours de soins intra et extra hospitalier, DPI, développement professionnel continu, développement des compétences, formations initiales, IPAQSS (indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins), contrat de pôle, évaluation des pratiques professionnelles, patient traceur et certification V2014, management par la clinique (*Annexe 11*).

### **5.3 PERSPECTIVES D'AVENIR**

La notion de parcours est très présente depuis quelques années dans les discours publics sur l'organisation des soins et dans les textes de loi. Aujourd'hui plus que jamais, elle apparaît dans la nouvelle stratégie nationale de santé. Chacun de nous est concerné par ces parcours. Parcours de vie, parcours de santé et parcours de soins sont étroitement liés tout au long de la vie (*Annexe 13*). Le parcours de soins du patient regroupe des étapes et définit une trajectoire. Cette trajectoire varie selon l'histoire médicale du patient, son lieu d'habitation mais aussi selon l'offre de soins de son territoire de vie. Il est essentiel pour le patient et pour le soignant de formaliser le parcours de soins. Celui-ci peut prendre la forme du chemin clinique.

Par exemple au cours de mon stage en Master 2 au COL, j'ai pu travailler sur la formalisation d'un parcours, celui du parcours oncogériatrique en sénologie d'une patiente de plus de 70 ans. La problématique à ce jour, il n'y a pas ou peu de suivi des personnes fragiles en intercures. Les complications non détectées et non traitées entraînent une diminution de la compliance au traitement. Par conséquent, il y a une diminution de l'efficacité du traitement, de la survie, et un risque de récurrence plus accru. La mise en place d'un parcours spécifique de ces personnes fragiles permettrait d'être en veille par rapport à la survenue de complications potentielles de santé tout au long de celui-ci. La directrice m'a présentée le projet. Après avoir pris connaissance de façon plus approfondie de ce projet, j'ai réalisé un logigramme de Pert (*Annexe 12*). Celui-ci reprend bien l'ensemble des étapes de cette prise en charge. Ensuite, à l'intérieur de ce parcours, j'ai travaillé sur la finalisation

du PST et créer un CC sous forme de questionnaire. Celui-ci est intégré dans le parcours comme moyen d'évaluation de l'état clinique de la personne fragile entre chaque cure. De toute évidence, ces outils ont bien leur place dans la construction des parcours.

Afin d'investir de nouveaux champs de recherche, il serait intéressant à l'avenir de mener une étude sur l'impact de ces outils dans le bon déroulement d'une PenC d'un patient intégré dans un parcours. Les hypothèses pourraient être les suivantes : le CC améliore la coordination des actions au sein du parcours, le PST améliore la collaboration interprofessionnelle dans le parcours, l'usager est partenaire dans son parcours de santé et devient acteur.

#### **5.4 LIMITES DE L'ÉTUDE : POPULATION ET MÉTHODE**

En ce qui concerne la population ciblée, les critères d'inclusion ont été respectés, sauf pour deux personnes ayant répondu au questionnaire alors qu'elles étaient présentes depuis plus de trois ans dans le même service. Certains enquêtés n'ont pas répondu à l'ensemble des questions cependant l'ensemble des réponses restent exploitable. Par exemple, 26 personnes sur 33 ont répondu à la section PST et seulement 22 sur 33 ont répondu à la section utilisation des CC. Est-ce que les personnes ne confondent pas les PST et les CC ? Il serait intéressant de dispenser une information sur la complémentarité des deux outils. Pourtant les critères d'inclusion stipulaient : « utilisant les chemins cliniques ». Il aurait peut-être fallu paramétrer le questionnaire avec une obligation de réponse avant de pouvoir passer à la question suivante. Des cases « autre » étaient disponibles mais elles n'ont pas été remplies. Les entretiens et l'analyse de contenu présentent des avantages et des inconvénients. Cette méthode oblige le chercheur à prendre du recul par rapport à son discours, à ses représentations et aux interprétations spontanées. La communication écrite ultérieure permet un contrôle du travail. Elle laisse libre la créativité du chercheur et lui laisse une certaine autonomie. Cependant, la richesse des entretiens qui ont été menés, a permis une synthèse objective avec un contenu pertinent.

## 6) CONCLUSION

Lorsque j'ai moi-même été confrontée à faire des remplacements dans d'autres services, malgré mes 27 années d'expérience, je me sentais mal à l'aise dans les PenC des patients. Ces derniers présentaient des pathologies que je connaissais très peu. Alors que j'avais déjà développé un PST et des CC dans mon service en Neurologie, je me suis fait la réflexion : « s'il y avait des PST et CC dans les autres services, cela serait une aide incontestable lors des remplacements ». De même, lorsque j'accueillais des nouveaux arrivants dans mon service, je leur présentais systématiquement les outils. Leurs réactions étaient souvent positives. De plus, la qualité et la sécurité des soins ont toujours été ma priorité. Le turn-over, les départs et l'arrivée de nouveaux soignants dans l'équipe n'ont fait que s'accroître avec le temps. C'est de ce constat que ma problématique est née.

Les résultats de mon enquête sont bien en lien avec les hypothèses de recherche. Les PST et les CC sont des outils de gestion des risques liés aux soins. Leur apport est encore plus important lorsque le soignant a peu d'expérience pour une pathologie ou une spécialité. La majorité des enquêtés affirment que ces outils aident à améliorer leur pratique et donc une meilleure organisation de travail. La qualité et la sécurité des PenC sont bien perçues avec une réelle diminution du risque d'erreurs ou d'oublis. L'analyse des écarts ou des HCC contribue à une démarche d'amélioration continue de la qualité. Cependant, je reconnais que convaincue depuis longtemps par ces outils, j'ai constamment cherché à rester objective tout au long de ce travail de recherche. Pour cette première expérience de travail de recherche, j'ai découvert la rigueur de la méthodologie de construction.

Ces deux années de Master m'ont également beaucoup apporté. Par le biais d'enseignements riches et de belles rencontres humaines, je sors grandie de ces expériences. Une belle évolution de carrière m'attend maintenant. Après avoir pris soin des patients depuis 27 ans en tant qu'aide-soignante puis infirmière, je vais maintenant me tourner vers la création de parcours. De la dispensation de soins de qualité, je vais m'orienter vers la coordination des trajectoires de santé. Et la tâche est grande tant il y a de dimensions à prendre en compte ; des populations diverses et en évolution, des spécificités individuelles, des inégalités de territoires, des dispositifs de coordination divers, des enjeux économiques, des exigences réglementaires, et des nouvelles technologies. Mais nous

pouvons aussi nous poser la question : Les politiques de santé et les politiques publiques vont-elles mieux s'articuler ? Les déterminants de santé (*Annexe 13*) tels que l'éducation, l'emploi, le réseau social, l'environnement... ; ne dépendent pas seulement du système de santé. Car l'objectif final de tous les acteurs impliqués est bien d'améliorer l'état de santé de la population.

## 7) BIBLIOGRAPHIE

### OUVRAGES

**Aissou M., Danos JP., Jolivet A.** (2016) *Structurer les parcours de soins et de santé. Politiques, méthodes et outils pour la mise en œuvre de la loi santé*. Bordeaux : LEH Édition

**Beau I., Zantman F.** (2018) *Construire les chemins cliniques à l'hôpital. Conduite de projet et réalisation à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

**Benner P.** (1995) *De novice à expert. Excellence en soins infirmiers*. Paris : InterÉditions

**Bloch MA., Hénault L.** (2014) *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*. Malakoff : Dunod

**Gillet-Goinard F., Seno B.** (3<sup>e</sup> édition 2016) *La boîte à outils du responsable qualité. 66 outils et méthodes*. Malakoff : Dunod

**Grimaldi A., Caillé Y., Pierru F., Tabuteau D.** (2017) *Les maladies chroniques vers la 3<sup>e</sup> médecine. 20 millions de français concernés*. Paris : Odile Jacob

**Moulaire M.** (3<sup>e</sup> édition 2018) *Organiser la gestion des risques. Identifier et maîtriser tous les risques, gérer les situations de crise, développer une culture de sécurité*. Montrouge : ESF éditeur

**Psiuk T., Blondel M.** (2010) *Plans de soins types, chemins cliniques et guides de séjours. Situations en cancérologie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

**Psiuk T., Gouby M.** (2013) *Plans de soins types et chemins cliniques, 20 situations cliniques prévalentes*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

**Psiuk T., Jousset-Fougeray J.** (2017) *Raisonnement et chemins cliniques. Guide d'apprentissage et 16 situations emblématiques*. Paris : Vuibert

**Psiuk T., Verhelst C.** (2011) *Plans de soins types et chemins cliniques, 19 situations cliniques prévalentes*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

## **REVUES :**

**Psiuk T.** (2010) SOINS, la revue de référence infirmière. *Du raisonnement clinique à la pratique infirmière*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

**Psiuk T.** (2013) SOINS, la revue de référence infirmière. *Plan de soins type et chemin clinique*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

**Soins Cadres** (2018), la revue des directeurs des soins et des cadres de santé. *Le chemin clinique, un outil managérial*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson. Supplément au N°107.

## **MÉMOIRES :**

**Deman A.** (2016) *Les transmissions dans une organisation en 2x12 heures, quels risques ?* Loos : ILIS M2 Ingénierie et Management de la santé.

**Fourneuf-Babinet Guilaine.** (2017) *Les représentations sociales de l'outils informatique par les cadres de santé. Est-ce un « en-je » ou un enjeu ?* Paris-Est Créteil Val de Marne : Diplôme de cadre de santé.

**Lecourt A.** (2016) *Les chemins cliniques : Un outil de gestion des risques à priori et un prérequis au dossier patient informatisé*. Loos : ILIS M2 Ingénierie et Management de la santé.

**Reynaud M.** (2003) *Une organisation de la prise en charge innovante au CHU de Montpellier : le projet chemin cliniques*. Rennes : Ecole nationale de la santé publique ; Directeur d'Hôpital.

## **ARTICLES / DOCUMENTS :**

**ANAP** (Juin 2016) *Informatiser le chemin clinique : un gage de performance pour les établissements de santé*.

**ANAP** (Février 2017) *Comment implémenter les chemins cliniques dans le dossier patient informatisé. Guide Méthodologique*.

**HAS** (Juin 2004) *Chemin Clinique, une méthode d'amélioration de la qualité*.

**HAS** (Mars 2012) *Amélioration des pratiques et sécurité des soins. La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé. Des concepts à la pratique*.

**HAS** (Novembre 2013) *Guides et méthodes pour gérer les risques.*

**HAS** (Janvier 2014) *Manuel de certification des établissements de santé V2014.*

**HAS** (Juin 2017) *Le chemin clinique, méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques.*

**HAS** (Juillet 2018) *La certification V2020, où en est-on ?*

**Ministère des solidarités et de la santé** (Septembre 2018) *Ma santé 2002, un engagement collectif.* Dossier de presse.

#### **WEBOGRAPHIE :**

**Site de l'Élysée** (Septembre 2018) : *Transcription du discours sur la transformation du système de santé "prendre soin de chacun" du président de la république.* Emmanuel Macron.

<https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2018/09/18/discours-sur-la-transformation-du-systeme-de-sante-prendre-soin-de-chacun-du-president-de-la-republique-emmanuel-macron> (consulté le 23/09/2018)

**Recherche** (Publié le 20 mars 2012) : *Sécurité des patients, satisfaction et qualité des soins hospitaliers : enquêtes transversales auprès d'infirmières et de patients dans 12 pays d'Europe et des États-Unis.*

<https://www.bmj.com/content/344/bmj.e1717>(consulté le 29/11/2018)

**DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques** (Mai 2011) : *Études et résultats. Les événements indésirables graves dans les établissements de santé : fréquence, évitabilité et acceptabilité*

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er761.pdf> (consulté le 3/12/2018)

**RNRSMS : Réseau National de Ressources en Sciences Médico-Sociales** (2012)  
*FICHE CONCEPTS : Autour de la "sécurité sanitaire" Sécurité sanitaire*

<http://rnrsms.ac-creteil.fr/IMG/pdf/fichesconceptsversionfinale.pdf> (consulté le 15/10/2018)

**Cairn. Info** (2012) : **Pesqueux Y.** *La gestion du risque : une question d'expert ?*

<https://www.cairn.info/revue-prospective-et-strategie-2012-1-page-243.htm>

## **COURS :**

**Barte I.** (Mars 2018) *Le raisonnement clinique partagé*. Cours magistral.

**Psiuk T.** (Avril 2018) *Les plans de soins types et les chemins cliniques*. Cours magistral.

**Blondel M.** (Avril 2018) *Analyse des chemins cliniques au Centre Oscar Lambret*. Retour d'expérience.

**Grynberg D.** (Juin 2018) *Rédaction d'un mémoire et Guide de rédaction*. Cours magistral.

## 8) TABLES GRAPHIQUES, SCHÉMAS, TABLEAUX

<b>Tableau 1</b> : Section Identification de l'enquêté .....	25
<b>Tableau 2</b> : Ressenti des soignants débutants ou mobiles, de moins de 3 ans d'expérience pour une spécialité.....	25

## 9) GLOSSAIRE

**ANAP** : Agence Nationale de l'Appui à la Performance

**AS** : Aide-Soignante

**CC** : Chemin Clinique

**CHIP** : Chimio Hyperthermie Intra Péritonéale

**CLCC** : Centre de Lutte Contre le Cancer

**CNRS** : Centre National de la Recherche Scientifique

**COL** : Centre Oscar Lambret

**DPI** : Dossier Patient Informatisé

**EI** : Evènement Indésirable

**ESPIC** : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

**GHP** : Groupe Homogène de Patients

**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HCC** : Hors Chemin Clinique

**HDJ** : Hôpital De Jour

**IDE** : Infirmière Diplômée d'État

**IFSI** : Instituts de Formation en Soins Infirmiers

**ILIS** : Institut Lillois Ingénierie de la Santé

**INSERM** : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

**IPAQSS** : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins

**M2 CDTS** : Master 2 Coordination Des Trajectoires de Santé

**PACTE** : Programme d'Amélioration Continue du Travail en Équipe

**PDCA** : Plan Do Check Act

**PenC** : Prise en Charge

**PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

**PST** : Plan de Soins Type

**SCC** : Sortie de Chemin Clinique

**TC** : Transmission Ciblée

**UE** : Unité d'Enseignement

## 10) TABLE DES MATIÈRES

<b>1) PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE</b>	<b>1</b>
<b>2) ANALYSE CONCEPTUELLE</b>	<b>4</b>
<b>2.1 GESTION DES RISQUES</b>	<b>4</b>
2.1.1 Notion de risque	4
2.1.2 Concept de gestion des risques	4
2.1.3 Enjeux de la gestion des risques	6
<b>2.2 CHEMIN CLINIQUE ET SES OUTILS CONTEXTUELS</b>	<b>7</b>
2.2.1 Chemin clinique	9
2.2.2 Groupe homogène de patients et Plan de soins type	10
2.2.3 Guide de séjour	11
2.2.4 Informatisation des chemins cliniques	12
<b>2.3 INTÉRÊT DES CHEMINS CLINIQUES DANS LA GESTION DES RISQUES LIÉES AUX SOINS</b>	<b>13</b>
2.3.1 Pour le soignant	13
2.3.2 Pour le patient	13
<b>2.4 NIVEAUX DE COMPÉTENCES DÉVELOPPÉS PAR PATRICIA BENNER</b>	<b>14</b>
<b>3) LOGISTIQUE DE RECHERCHE</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Environnements et Populations</b>	<b>17</b>
3.1.1 Présentation du Centre Oscar Lambret (COL)	17
3.1.2 Critères d'inclusion et d'exclusion des enquêtés	19
<b>3.2 Méthodes / Outils / Mesures</b>	<b>20</b>
3.2.1 Méthodologie de construction du questionnaire.	20
3.2.2 Enquête de terrain : le questionnaire	20
3.2.3 Méthodologie de l'analyse de contenu des entretiens	21
3.2.4 Enquête de terrain : les entretiens	22
<b>3.3 Procédures de l'enquête au COL</b>	<b>22</b>
<b>3.4 Rappel des Hypothèses</b>	<b>22</b>
<b>4) SYNTHÈSE DES RÉSULTATS et ANALYSES</b>	<b>24</b>
<b>4.1 Résultats du questionnaire</b>	<b>24</b>
4.1.1 Section identification de l'enquêté	24
4.1.2 Section utilisation des PST	26

4.1.3	Section utilisation des CC	26
4.1.4	Section gestion des risques	27
4.1.5	Section conditions de travail	27
4.1.6	Section commentaires libres	27
<b>4.2</b>	<b>Résultats des entretiens</b>	<b>28</b>
4.2.1	Synthèses des entretiens par catégorie, sous-catégorie et par entretien	28
<b>5)</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>36</b>
<b>5.1</b>	<b>Interprétation des résultats</b>	<b>36</b>
5.1.1	Optimiser la gestion des risques liées aux soins par l'utilisation des outils PST et CC.	37
5.1.2	Utilisation des outils chez les débutants / mobiles	39
5.1.3	Qualité de prise en charge	40
5.1.4	Diminutions du risque d'oubli ou d'erreurs	41
5.1.5	Sentiment de sécurité	42
<b>5.2</b>	<b>Facteurs favorisant la réussite</b>	<b>42</b>
<b>5.3</b>	<b>Perspectives d'avenir</b>	<b>45</b>
<b>5.4</b>	<b>Limites de l'étude : Population et méthode</b>	<b>46</b>
<b>6)</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>47</b>
<b>7)</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>49</b>
<b>8)</b>	<b>TABLES GRAPHIQUES, SCHÉMAS, TABLEAUX</b>	<b>53</b>
<b>9)</b>	<b>GLOSSAIRE</b>	<b>54</b>
<b>10)</b>	<b>TABLE DES MATIÈRES</b>	<b>55</b>
<b>11)</b>	<b>ANNEXES</b>	<b>58</b>
	Annexe 1 : Roue de Deming	I
	Annexe 2 : Modèle de dynamique de survenue d'un accident. J Reason.	II
	Annexe 3 : CC et ses outils contextuels	III
	Annexe 4 : Modèle de niveaux de compétences. P Benner.	VIII
	Annexe 5 : Cahier des charges COL	IX
	Annexe 6 : Modèle du questionnaire en ligne	XIII
	Annexe 7 : Trame Entretiens Semi-Directifs	XX
	Annexe 8 : Résultats du questionnaire	XXII
	Annexe 9 : Exemple d'une analyse de contenu d'un entretien	XXXVII
	Annexe 10 : Tableau des sous-catégories	XLIV

Annexe 11 : Outils d'amélioration de la qualité des soins	XLV
Annexe 12 : Logigramme de Pert/Parcours oncogériatrique en sénologie/COL	XLVI
Annexe 13 : Parcours et Déterminants de la santé	XLVII

## 11) ANNEXES

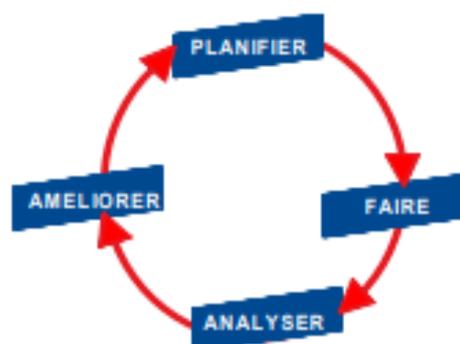
## Annexe 1 : Roue de Deming<sup>26</sup>

Plus généralement, le **CC** s'inscrit dans le modèle proposé par W. Edwards DEMING dans les années 60.

Ce modèle, souvent appelé **roue de DEMING** ou **roue de la qualité**, comprend **4 étapes** distinctes qui se succèdent indéfiniment, **Planifier, Faire, Analyser, Améliorer** (en anglais *Plan, Do, Check et Act*, d'où le modèle *PDCA*).

Ces quatre étapes constituant la base d'une démarche qualité, sont figurées ci-contre :

1. **Planifier (ou Programmer)** : c'est l'étape de **définition** de la démarche à mettre en œuvre, puis d'**identification** des professionnels et des structures impliquées et enfin, de **programmation** des étapes successives de l'étude ;



2. **Faire** : c'est l'étape de mise en œuvre du **CC** (de son intégration à la pratique) ;

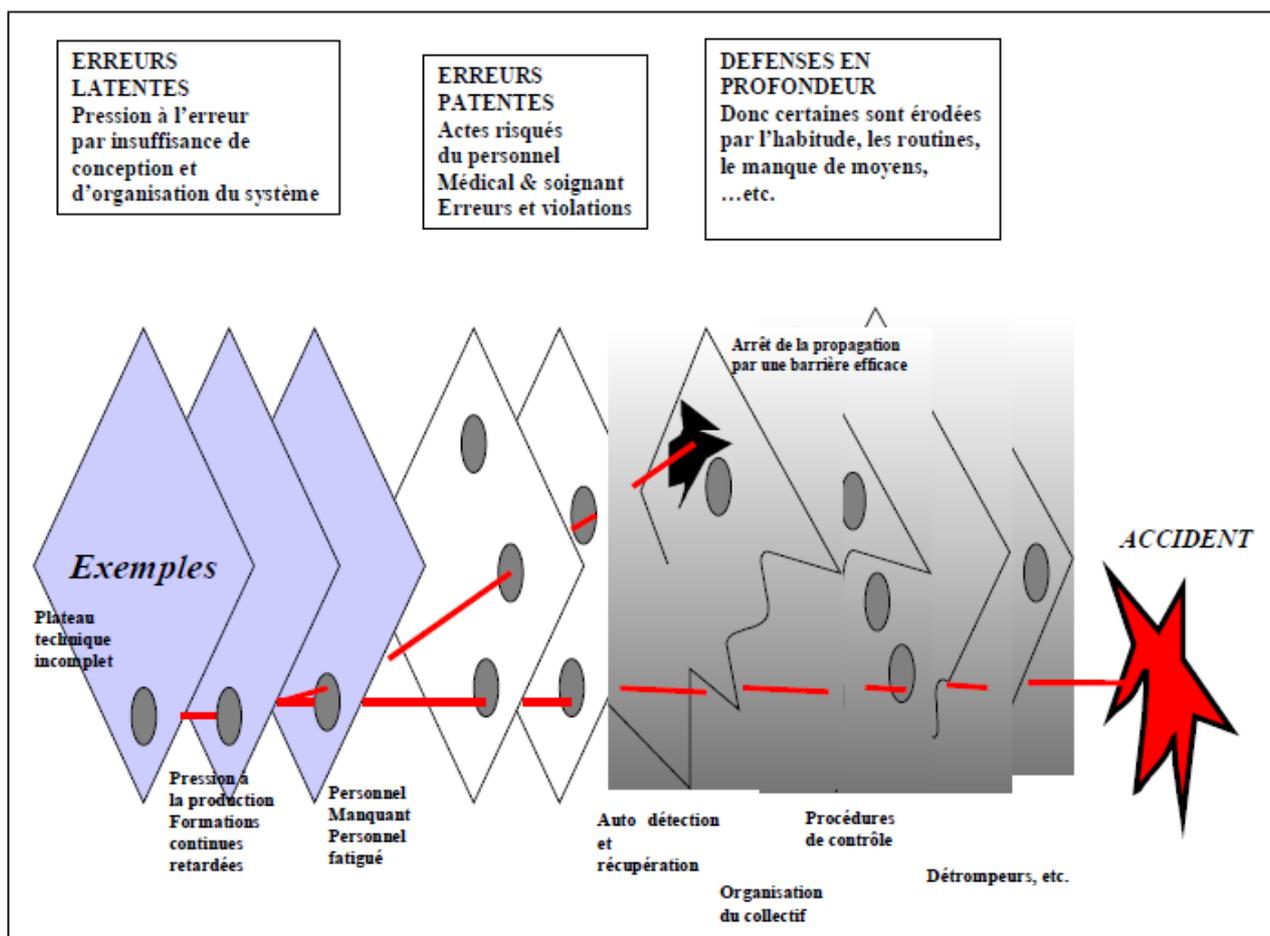
3. **Analyser** : c'est l'étape où l'on mesure l'impact que le **CC**, mis en place à l'étape précédente, a sur la prise en charge des patients (efficacité ? utilité ?). La mesure porte également sur l'utilisation du **CC**. Cette analyse a, notamment, pour objectif d'identifier les raisons pour lesquelles il n'a pas été utilisé pour des patients présentant la pathologie ciblée ;

4. **Améliorer** : c'est une étape **essentielle**, au cours de laquelle les professionnels s'efforcent d'améliorer leur organisation du travail et leur pratique de manière à **réduire les écarts** observés à l'étape précédente. C'est aussi l'étape qui permet d'actualiser régulièrement le **CC**.

---

<sup>26</sup> [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin\\_clinique\\_cc\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-08/chemin_clinique_cc_synthese.pdf)

**Annexe 2 : Modèle de dynamique de survenue d'un accident. J Reason.<sup>27</sup>**



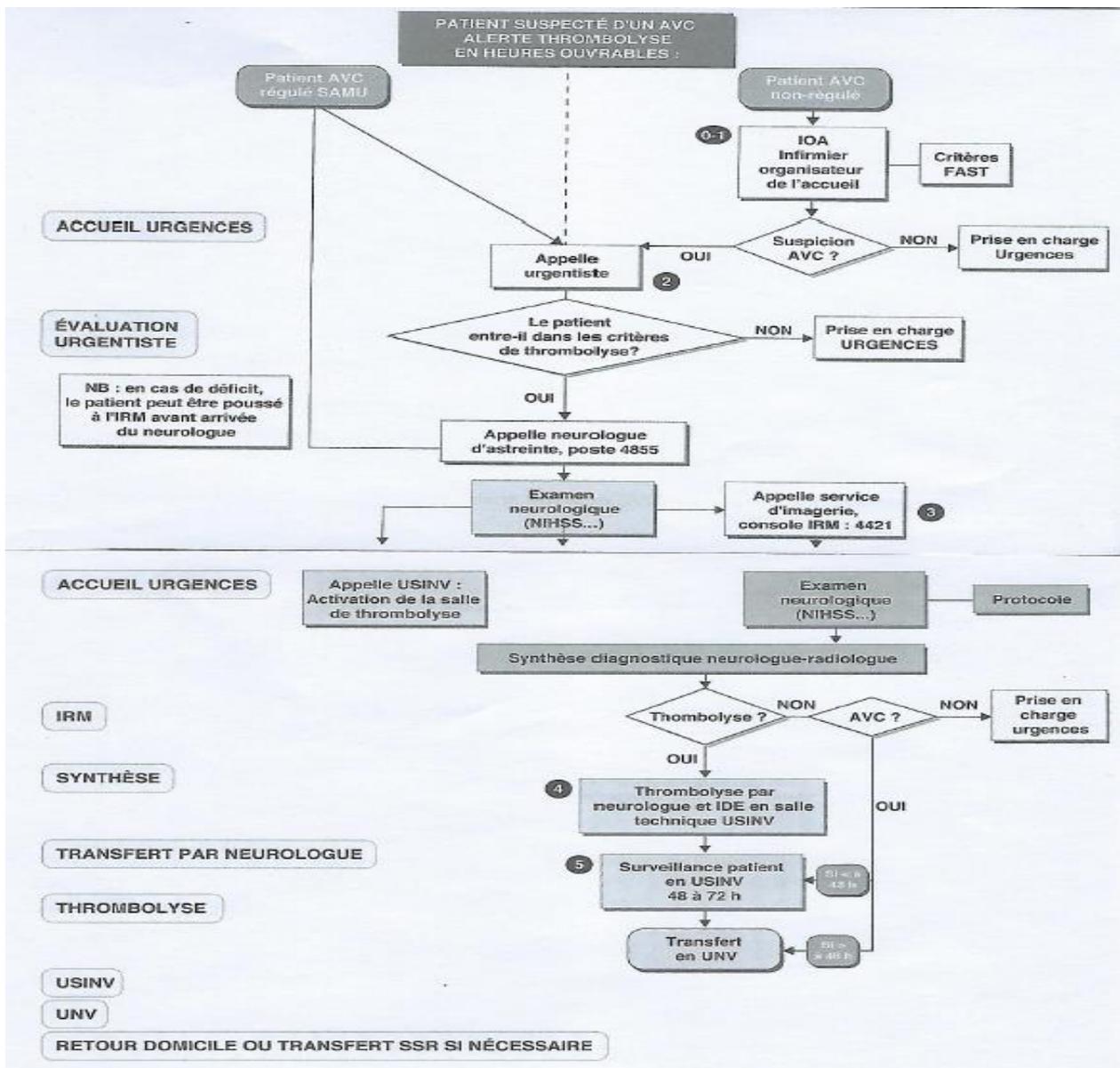
Modèle (de dynamique de survenue d'un accident (ou « en gruyère suisse ») de James Reason, traduit par R. Amalberti (85)  
Schéma du guide HAS (2009) « Revue de mortalité et de morbidité (RMM) »

65. Amalberti R, Pibart ML. La sécurité du patient revisitée avec un regard systémique. Gest Hosp 2003;422:18-25.

<sup>27</sup> Schéma du guide HAS (2009) « Revue de mortalité et de morbidité »

### Annexe 3 : CC et ses outils contextuels

#### Exemple d'un LOGIGRAMME DE PERT : Parcours du patient<sup>28</sup>



<sup>28</sup> T. Psiuk., J. Jousset-Fougeray., Raisonement et Chemins cliniques, pages 338/339

## Extrait d'un TABLEAU DE SOINS COORDONNÉS<sup>29</sup>

Quand ?	Qui ?	Quoi ?	Pourquoi ? Comment ?
<b>Étape du Parcours 0 : SAS urgences</b>			
Arrivée spontanée du patient aux urgences.	IOA	Accueille le patient. Prend les transmissions des pompiers, ambulanciers, patient/entourage.	Transmissions orales. Retracer l'anamnèse en essayant de définir si possible les modalités de survenue des symptômes.
Si patient régulé.	Neurologue	Appelle urgentiste pour informer de l'arrivée d'un patient pour suspicion d'AVC.	S'assurer que les urgences soient informées.
<b>Étape du Parcours 1 : Zone IOA urgences</b>			
	IOA *	Réalise le FAST. <b>La présence d'au moins un seul critère du FAST doit faire suspecter un AVC. L'IOA doit alors avertir l'urgentiste de garde et transférer le patient en zone de déchocage.</b>	<b>Suspecter le diagnostic d'AVC</b> : signe d'alerte de l'ASA (American Stroke Association) = FAST (Face-Arm-Speech-Time). Survenue brutale d'une faiblesse ou d'un engourdissement soudain uni ou bilatéral de la face, du bras ou de la jambe. Survenue brutale d'une diminution ou d'une perte de vision uni ou bilatérale. Survenue brutale d'une difficulté de langage ou de la compréhension. Survenue brutale d'un mal de tête sévère, soudain et inhabituel, sans cause apparente. Survenue brutale d'une perte d'équilibre, d'une instabilité de la marche ou de chutes inexplicables, en particulier en association avec l'un des symptômes précédents. * Fiche IOA : signes évocateurs de PEC d'un AVC à l'accueil des urgences.
Obj : au maximum ≤ 5 min	IOA	Précise les circonstances d'apparition.	Heure de début des symptômes ou l'heure à laquelle le patient a été vu normal pour la dernière fois. Mode de survenue : début brutal ou progressif. Rechercher un contact avec la famille proche ou un témoin. Rechercher les ATCD, les traitements du patient et son poids.

Quand ?	Qui ?	Quoi ?	Pourquoi ? Comment ?
<b>Étape du Parcours 2 : Salle de déchocage urgences</b>			
Après IOA ou si arrivée SMUR	Infirmière des urgences	Complète la synthèse de l'IOA (ou du « transporteur »).	S'assurer de l'exhaustivité des informations.
	Urgentiste (ou neurologue si patient régulé)	Effectue un examen neurologique rapide.	Confirmer le diagnostic d'AVC.
	Urgentiste	Appelle le neurologue. Prévient de l'arrivée d'un patient pour suspicion d'AVC aux urgences et potentiellement thrombolysable.	Par téléphone : poste neurologue d'astreinte neurovasculaire : 4855.
	Urgentiste ou neurologue	<b>Appelle le radiologue</b> : confirmer la demande de réalisation d'une IRM cérébrale (ou scanner si CI) et réaliser bon IRM.	Par téléphone : à la console d'IRM (poste 4421).
	Infirmière des urgences/urgentiste	Évalue si le patient est dans les délais de thrombolyse.	Critères de sélection à l'accueil pour une thrombolyse IV potentielle : - début des symptômes inférieur à 4 h 30 (sauf AVC du réveil) ; - pas de contre-indication à la thrombolyse. Les signes de gravité : - évalue l'état de conscience et la fonction respiratoire ; - recherche un déficit : asymétrie faciale, trouble de la parole, déficit moteur.
	Infirmière des urgences/urgentiste ou neurologue	Recherche les contre-indications à l'IRM.	Décider entre IRM ou TDM (si contre-indication à l'IRM)
	Infirmière des urgences	Effectue les premiers soins : - mise sous monitoring, prise de constantes : poids, âge, température, TA aux 2 bras, pulsations, saturation en oxygène, glycémie capillaire ; - pose d'une voie veineuse périphérique et réalise le bilan biologique (NFS, plaquettes, TP/TCA, INR) en urgence vitale (pochette marquée d'une gommette rouge = déchocage).	Préparer le patient à l'IRM et à une future thrombolyse.

<sup>29</sup> T. Psiuk., J. Jousset-Fougeray., Raisonement et Chemins cliniques, page 340/341

**Exemple d'un GHP<sup>30</sup> : PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT POUR  
THROMBOLYSE ET SURVEILLANCE DES 24 PREMIERES HEURES EN USINV AU CH  
DE TOURCOING**

**Exemple d'un MODÈLE CLINIQUE TRIFOCAL :**

**PHOTOGRAPHIE DES TROIS DOMAINES CLINIQUES**

<u>Pathologie</u> Signes et symptômes de la maladie	<u>Complications potentielles</u> Liées à la pathologie Liées aux effets 2 <sup>nd</sup> du traitement <u>Liées à la pathologie :</u>	<u>Réactions Humaines</u> Physiques et Psychologiques Capacités
Lésion ischémique confirmée par IRM  Signes cliniques de l'AVC : Troubles moteurs, sensitifs, visuels, langage, céphalées, vertiges.	Risque d'Aggravation de l'AVC/Aggravation de l'AVC  Risque de Transformation Hémorragique Transformation Hémorragique  Risque de rétention urinaire/rétention urinaire  Risque de trouble de déglutition/trouble de déglutition  Risque de Pneumopathie d'inhalation/ Pneumopathie d'inhalation  Risque d'encombrement bronchique/ encombrement bronchique  Risque d'escarre/escarre  Risque de complications cardiaques/complications cardiaques  Agitation	<u>Réactions physique :</u> Risque d'incontinence urinaire et fécale incontinence urinaire et fécale  Risque d'œdème de stase d'œdème de stase  Risque de sécheresse buccale sécheresse buccale  Risque de chute chute  Douleurs  Fatigue  <u>Réactions psychologiques :</u> Anxiété  Perturbation de la dynamique familiale  Perturbation de l'estime de soi

	<u>Liées aux effets secondaires du traitement</u> Risque Œdème Aigu Angioneurotique (OAAAN)/ OAAAN  Risque de réaction allergique/ Réaction allergique  Risque hémorragique/hémorragique  Risque de vomissements/Vomissements  Risque de veinite et/ou extravasation  Risque de Transformation Hémorragique Transformation Hémorragique	<u>Capacités</u> Capacités partielles à réaliser ses soins d'hygiène Incapacité à réaliser ses soins d'hygiène  Capacités partielles à s'alimenter Incapacité à s'alimenter
--	---	---

<sup>30</sup> Outils GHP, PST et CC construits par l'équipe de Neurologie CH Tourcoing

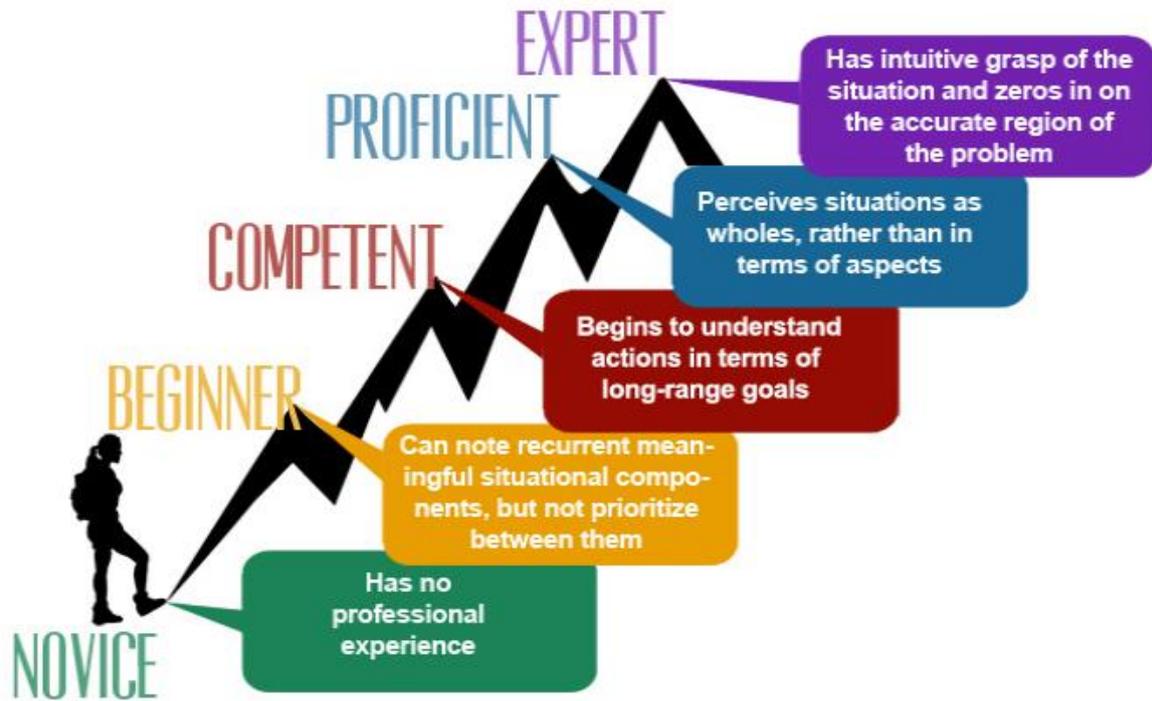
### Extrait d'un PLAN DE SOINS TYPE :

PROBLEMES DE SANTE ET CAPACITES	DONNEES CLINIQUES ET FACTEURS FAVORISANTS	INTERVENTIONS SUR PRESCRIPTION MEDICALE	INTERVENTIONS SUR DECISIONS DES AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE	RESULTATS ESCOMPTES	ARGUMENTATION THEORIQUE ET FONDEMENTS SCIENTIFIQUES
Lésion ischémique confirmée par IRM	Confirmée par imagerie cérébrale Score NIHSS >4 Délai <4h30 pas de CI à la Thrombolyse	Déclenchement de la procédure Thrombolyse	Accueillir Rassurer Installer Observer déficit Monitorer (enregistrement des constantes) Prise de constantes TA puls, Sao2, T°, Gssc, Poids Vérifier 1ere VVP Poser 2eme VVP Surveiller TA/15min jusqu'à H3 Puis surveiller TA/30min jusqu'à H6 puis surveiller TA /h jusqu'à H24.	Patient rassuré	Les recommandations de la thrombolyse IV : Dans les 4h30 suivant le début des symptômes. Mais le plus tôt possible, chaque minute compte (2millions de neurones meurent/minute) Après IRM C ou Scanner C et bilan biologique. Uniquement par un médecin compétent en pathologie neurovasculaire rt-PA : 0.9mg/Kg(max 90kg) Vérifier si pas de contre-indications
		Protocole Loxen Si TAS > 185mmhg Et TAD >110mmhg		Tension stabilisée	
		SV si globe Antalgique Protocole ACTYLISE® Selon poids Bolus sur 1min SAP sur 1H			
		NIHSS H2 NIHSS H24		Régression des symptômes	

## Extrait d'un CHEMIN CLINIQUE

### PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT POUR THROMBOLYSE ET SURVEILLANCE DES 24 PREMIERES HEURES EN USINV CH TOURCOING

DATE:	HEURES																																																
	H0		H1		H2		H3		H4		H5		H6		H7		H8		H9		H10		H11		H12		H13		H14		H15		H16		H17		H18		H19		H20		H21		H22		H23		H24
HEURE DE DEBUT:	DUREE PAR MINUTES PLUS PAR HEURE																																																
<b>SEQUENCE THROMBOLYSE</b>																																																	
LESION ISCHEMIQUE CONFIRMEE PAR IRM																																																	
ACCUEILLIR, OBSERVER DEFICIT																																																	
MONITORER, CONSTANTES																																																	
VERIFIER IERE W/P, POSER 2EME W/P																																																	
PROTOCOLE ANTIHTA (cible 185/110mmHg)																																																	
SV SI GLOBE																																																	
ANALGIQUE SI DOULEUR																																																	
PROTOCOLE ACTILYS (bolus 1min, SAP 1h)																																																	
SURVEILLANCE TA/RMIN																																																	
SURVEILLANCE TA/R30MIN																																																	
SURVEILLANCE TA/H																																																	
RECUPERER COAGULATION																																																	
MHSS-H0/H2/H4																																																	
SIGNES CLINIQUE DE L'AVC/TROUBLES MOTEURS																																																	
SIGNES CLINIQUE DE L'AVC/TROUBLES SENSITIFS																																																	
COUSSIN DE CALAGE/ENVIRONNEMENT																																																	
INFORMATION PATIENT																																																	
SURVEILLANCE ETAT CUTANEE																																																	
EVA X&U																																																	
RISQUE DE DOULEURS																																																	
INFO CHAMPS VISUEL/AMPUTATION/ENVIRONNEMENT																																																	
SIGNES CLINIQUE DE L'AVC/TROUBLES VISUELS																																																	
SIGNES CLINIQUE DE L'AVC/TROUBLES DU LANGAGE																																																	
SIGNES CLINIQUE DE L'AVC/CEP/HALES																																																	
ENVIRONNEMENT ANALGIQUE/EVA																																																	
SIGNES CLINIQUE DE L'AVC/VERTIGES																																																	
EVALUATION AIDE DS LES GESTES																																																	
<b>COMPLICATION POTENTIELLES: LIEES A LA PATHOLOGIE</b>																																																	
RISQUE D'OEDEME AIGU/ANGIENEUROTIQUE	SURVEILLANCE O&AN																																																
RISQUE D'AGGRAVATION DE L'AVC	LIT STRICT																																																
RISQUE DE TRANSFORMATION HEMORRAGIQUE	INFORMATION/RISQUE D'AGGRAVATION																																																
RISQUE DE TROUBLE DE LA VIGILANCE	SCANNER CEREBRAL EN URGENCE																																																
RISQUE DE RETENTION URINAIRE	SURVEILLANCE CONSCIENCE																																																
RISQUE DE TROUBLE DE DEGLUTITION	SURVEILLANCE GLYCEME X&I/PROTOCOLE																																																
RISQUE DE PNEUMOPATHIE	SURVEILLANCE VIGILANCE																																																
RISQUE D'ENGORBEMENT BRONCHIQUE	SNG																																																
RISQUE D'ESCARRE	BLADDER SCAN																																																
RISQUE DE COMPLICATION CARDIAQUE	A JEUN																																																
RISQUE D'ECARRE	POSITION V2 ASSISE																																																
RISQUE DE COMPLICATION CARDIAQUE	OXYGENOTHERAPIE																																																
RISQUE D'ECARRE	ASPIRATION/ENDOTRACHEALE																																																
RISQUE DE COMPLICATION CARDIAQUE	PREVENTION SURVEILLANCE ESCAPRES																																																
RISQUE D'ECARRE	SURVEILLANCE SIGNES IDM, TROUBLE DU RYTHME																																																
RISQUE D'ECARRE	ECG																																																
RISQUE D'ECARRE	CONTENTION/PROTECTRICE																																																
RISQUE D'ECARRE	RELATIONNEL/AGITATION																																																



<sup>31</sup> <http://novicetoxpertonursingtheory.blogspot.com/>.

## RAPPORT

# ENQUÊTE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS RELATIVE AUX PLANS DE SOINS TYPES ET AUX CHEMINS CLINIQUES

2019

## CAHIER DES CHARGES

### I. JUSTIFICATION DE L'ENQUÊTE

**Contexte** : La qualité et la sécurité des soins sont bien souvent compromises par la réalité du travail quotidien qui entraîne des variations de l'organisation des soins. Cela constitue d'une part une menace pour la prise en charge du patient, entraînant des risques de dommages liés aux soins, d'autre part une importante frustration pour les soignants.

Ces dernières années, l'environnement de travail des services de soins a subi de profondes modifications organisationnelles. En cause les multiples réformes du système de santé, la nécessité permanente de rationaliser les ressources humaines dans un contexte de restrictions budgétaires.

Jusqu'à quel point le contexte actuel des soignants permettra-t-il de garantir la qualité des soins et la satisfaction dans leur activité professionnelle.

Dans ce contexte de mobilité ou de recrutement de nouveaux soignants débutants, l'inquiétude de ne pas savoir prendre en charge de façon optimale les patients est bien présente chez les soignants. L'infirmière diplômée d'état arrive sur le terrain avec des connaissances de base. Elle va progressivement enrichir ses connaissances, son expérience, développer des compétences et se spécialiser dans un service.

Comment peut-elle dispenser une prise en charge de qualité des patients, alors qu'elle expérimente peu la spécialité ? Le risque de prise en charge inadapté du patient n'est-il pas présent ? Le risque d'erreur n'est-il pas majoré ? Telles sont les problématiques soulevées par le turn-over mis en place dans nos organisations actuelles et qui vont sans aucun doute se pérenniser.

Le concept de Patricia Benner décrit bien les étapes de « montée en compétence ». Sa théorie de novice à expert, témoigne que les infirmières expertes ayant suivi des études, accroissent leurs connaissances des soins du patient et leurs vastes compétences avec l'acquisition d'une multitude d'expériences accumulées au fil du temps. Elle décrit 5 stades :

**Novice** : les étudiants : pas d'expérience,

**Débutant** : de 0 à 3 ans d'expérience,

**Compétent** : de 3 ans à 6 ans d'expérience,

**Performant** : de 6 ans à 9 ans d'expérience

**Expert** : de 9 ans à 12 ans d'expérience

Elle décrit également que « *quel que soit le niveau de compétence de l'infirmière, tout changement de poste, d'unité de soins, et à plus forte raison d'hôpital, se solde par une régression des compétences. L'infirmière retourne au stade de débutante et doit se constituer un nouveau bagage expérientiel avant d'agir avec compétence* »

La question suivante se pose : **En quoi les chemins cliniques, permettent-ils d'optimiser la gestion des risques liés aux soins, chez des soignants débutants et/ou dans la mobilité des soignants, au sein d'un établissement ?**

La réalisation d'une enquête de terrain auprès des soignants du COL utilisant les chemins cliniques, permettrait de répondre à cette question.

L'étude concerne l'impact de l'utilisation des chemins cliniques dans la gestion des risques liés aux soins, la sécurité et la qualité des soins.

## **II. DEMANDEURS**

Elisabeth Créteur, Etudiante en Master 2 Coordination des trajectoires de santé, à ILIS, dans le cadre de la réalisation d'un travail de fin d'étude et de recherche.

Monique Blondel, Directrice de l'organisation des soins, COL

Thérèse Psiuk, Directeur de mémoire, Tutrice pédagogique

## **III. OBJECTIFS**

**Montrer que l'utilisation des CC, par les soignants débutants et/ou mobiles au sein des services, diminue le risque d'erreurs ou d'oublis dans la PEC du patient**

**Identifier que l'utilisation des CC par les soignants débutants et/ou mobiles au sein des services, est perçue comme une qualité de prise en charge.**

**Vérifier auprès des soignants que l'utilisation des CC génère un sentiment de sécurité dans la PEC du patient.**

#### IV. METHODE

→ **Un questionnaire quantitatif** est mis en ligne sur « Survey Monkey® », outils utilisés au COL.

Ce questionnaire permettra de vérifier l'impact de l'utilisation des chemins cliniques chez les soignants débutants ou soignants mobiles dans la gestion des risques.

##### **Critères d'inclusion pour le questionnaire :**

- Soignants paramédicaux de « débutants à compétents » soit diplômés de 0 à 3 ans d'expérience (selon le concept de Patricia Benner) et utilisant les chemins cliniques

- Et/ou tous soignants paramédicaux étant mobiles dans les services et/ou étant sur un poste depuis moins de 3 ans dans le service ou une spécialité, et utilisant les chemins cliniques.

Après réajustement des questions avec Monique Blondel (Directrice des Soins) et Thérèse Psiuk (Directrice de mémoire), et après validation par Sandrine Giscard (Directrice Qualité), un mail est envoyé aux cadres. Ceux-ci adressent un lien aux paramédicaux concernés par les critères, sur leur boîte mail professionnel.

Ce questionnaire se compose de 23 questions avec :

- Une section identification de l'enquêté
- Une section utilisation des plans de soins types
- Une section utilisation des chemins cliniques
- Une section gestion des risques
- Une section condition de travail
- Une section commentaires libres

Une soixantaine de réponses aux questionnaires est attendue.

→ **Des entretiens semi-directifs** seront réalisés avec des professionnels du terrain volontaires.

Ces entretiens permettront de vérifier l'analyse conceptuelle de mon travail d'étude et de recherche, auprès des soignants plus expérimentés qui encadrent les débutants.

##### **Critères d'inclusion pour les entretiens :**

- Soignants paramédicaux experts soit plus de 9 ans d'expérience. (Selon le concept de Patricia Benner)

Les cadres aideront au recrutement des agents susceptibles d'accepter de participer.

5 à 10 entretiens seront réalisés.

Les entretiens durent 15 minutes en moyenne.

Avec accord du soignant, l'entretien est enregistré avec un dictaphone et retranscrit afin d'en extraire un verbatim.

Les enquêtés se trouvant à 2 stades opposés et différents de niveau de compétences, permettent une variation de réponses.

Les résultats des 2 méthodes seront analysées. Ceux-ci permettront d'établir un parallèle avec l'analyse conceptuelle et ainsi de répondre à mes hypothèses de départ, décrit dans mon travail d'étude et de recherche.

## **V. CALENDRIER**

- ➔ Création cahier des charges et de la grille de recueil : 12/02/2019
- ➔ Validation du cahier des charges et de la grille de recueil : 22/02/2019
- ➔ Recueil de données : Fin Février à fin Mars 2019
- ➔ Saisie des données : Avril 2019
- ➔ Analyse et rapport : Mai 2019
- ➔ Communication et proposition d'axes d'amélioration : Octobre 2019

## Annexe 6 : Modèle du questionnaire en ligne

# QUESTIONNAIRE



## Enquête auprès des professionnels relative aux plans de soins types et aux chemins cliniques

Cette enquête est anonyme (confidentialité respectée)  
L'étude sert à des fins scientifiques

### **Objet de l'enquête :**

*Etudiante en Master 2 Coordination des trajectoires de santé, je réalise une enquête de terrain auprès des soignants du COL. Vous avez moins de 3 ans d'expérience, au COL et/ou dans votre service d'affectation, et/ou vous êtes mobile au sein des services. L'étude recueille votre avis sur les plans de soins types, les chemins cliniques et les guides de séjour. Votre avis est extrêmement précieux pour mon travail. Je vous remercie sincèrement pour votre collaboration.  
Elisabeth Créteur*

### **\* 1. Quelle est votre fonction ?**

- Infirmier(e)
- Diététicien(ne)
- Kinésithérapeute
- Orthophoniste
- Autre (veuillez préciser)

**\* 2. Quel est votre service ?**

- Consultations
- UAV
- Pédiatrie
- Chirurgie sénologie - 2A
- Chirurgie HdJ - 2B
- Chirurgie générale et gynécologie - 2C
- Chirurgie VADS - 2D
- USC - 2F
- Bloc Opératoire
- Médecine sénologie et gynécologie - 3A
- Médecine VADS - 3B
- Médecine générale - 3C
- Médecine urologie et digestive - 3D
- Soins palliatifs - 4A
- Endoscopie
- UIRC
- Curiethérapie
- Autre (veuillez préciser)

**\* 3. Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ?**

- Moins d'un an
- Entre 1 et 2 ans
- Entre 2 ans et 3 ans
- Autre (veuillez préciser)

**\* 4. Vous avez moins de 3 ans d'ancienneté au COL :**

- Non concerné
- Et vous travaillez en permanence dans votre service d'affectation
- Et vous êtes amené(e) à faire des remplacements dans d'autres unités de soins
- Autre situation

**\* 5. Vous avez plus de 3 ans d'ancienneté au COL :**

- Non concerné
- Et vous êtes affecté(e) dans un service ou une spécialité depuis moins de 3 ans
- Vous faites des remplacements dans d'autres services ponctuellement
- Autre situation

**\* 6. Que ressentez-vous lors de la prise en charge des patients ayant une pathologie que vous maîtrisez moins ? (Remplacements ou affectation nouveau service)**

*(Plusieurs réponses possibles)*

- Une crainte de manquer de connaissance de la pathologie
- Une crainte de ne pas savoir répondre aux questions du patient
- Une crainte de ne pas savoir dispenser une prise en charge de qualité du patient
- Une crainte d'avoir une prise en charge inadapté du patient
- Une crainte du risque d'erreur dans la prise en charge
- Une crainte du risque d'oubli d'acte dans la prise en charge
- Aucune crainte
- Autre (veuillez préciser)

**\* 7. De façon générale, que pensez-vous des Plans de Soins Types (PST) ?**

*(Rédigez votre réponse de la manière la plus concise possible svp)*

**\* 8. A quelle fréquence le consultez-vous ?**

- Régulièrement (1 à 3 fois par semaine)
- Occasionnellement (1 à 3 fois par mois)
- Rarement (1 fois à la prise de poste)
- Jamais
- Autre (veuillez préciser)

**\* 9. Que vous apporte la consultation du PST ?**

**\* 10. Le PST vous a t'il aidé dans la compréhension de la pathologie ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui, de quelle manière ?

**\* 11. Utilisez-vous les chemins cliniques ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

**12. Si oui, à quelle fréquence ?**

- Très souvent (une fois par poste)
- Régulièrement (5 fois par semaine)
- Occasionnellement (5 fois par mois)
- Rarement (5 fois par an)
- Jamais
- Autre (veuillez préciser)

**\* 13. Comment avez-vous été formé(e) aux chemins cliniques ?**

- Tutorat par un soignant de la même fonction que vous
- Information par la cadre du service
- Découverte par vous-même et manipulation dans DX Care
- Pas de formation
- Autre (veuillez préciser)

**\* 14. De façon générale, que pensez-vous des Chemins Cliniques ?  
(Rédigez votre réponse de la manière la plus concise possible svp)**

**15. Avec lesquelles de ces affirmations êtes-vous d'accord ?**

*(Cochez et classer vos affirmations par ordre d'importance, N°1=affirmation préférée)*

**Les Chemins Cliniques :**

☐	☑	vous aident dans prise en charge quotidienne
☐	☑	participent à prioriser vos soins
☐	☑	vous donnent une vision globale de la prise en charge
☐	☑	vous assistent dans l'organisation des prises en charge
☐	☑	vous permettent d'optimiser votre temps de travail
☐	☑	vous donnent le sentiment de maîtriser les choses
☐	☑	vous donnent le sentiment d'être capable de prendre en charge de façon optimale
☐	☑	vous transmettent le sens des soins
☐	☑	vous permettent de faire des liens
☐	☑	Aucune de ses affirmations

**\* 16. Pensez-vous que ces outils permettent de diminuer le risque d'événements indésirables (erreurs de prise en charge) ?**

- Oui  
 Non

Pourquoi ?

**\* 17. Pensez-vous que ces outils permettent de diminuer le risque d'oublis d'actes ?**

- Oui  
 Non

Pourquoi ?

**\* 18. Avez-vous un sentiment de sécurité dans votre pratique quotidienne avec l'utilisation de ces outils ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Pourquoi ?

**\* 19. Votre charge mentale est-elle diminuée dans la prise en charge quotidienne du patient avec l'utilisation des chemins cliniques ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Pourquoi ?

**\* 20. L'utilisation de ces outils (PST, CC et guide de séjour) vous procurent-ils un bien-être au travail ?**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Pourquoi ?

**\* 21. L'utilisation de ces outils (PST, CC et guide de séjour) vous permettent-ils une meilleure intégration dans l'équipe**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Pourquoi ?

\* 22. L'utilisation de ces outils (PST, CC et guide de séjour) vous permettent-ils une meilleure organisation de travail

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Pourquoi ?

23. De manière générale, pensez-vous que l'utilisation des PST, chemins cliniques et guides de séjour aident à améliorer vos pratiques et votre qualité de soins ?

0   10

24. Avez-vous des commentaires ou suggestions concernant votre utilisation des PST, chemins cliniques et guides de séjour ?

## **Annexe 7 : Trame Entretiens Semi-Directifs**

(4 questions/ durée moyenne 15 minutes par entretien)

(Population ciblée : experte plus de de 9 ans d'expérience)

### **1) COMMENT DÉFINIRIEZ-VOUS LES CHEMINS CLINIQUES ?**

**Mots clés si besoin** : utilité, contrôle et lien entre les étapes, maîtrise des points clés

***Permettrait de répondre à :***

***Le concept de gestion des risques : C'est un enchaînement régulier, continu et coordonné qui permet l'exploration, le contrôle et l'évaluation des risques.***

**Est-ce que les CC sont vécus par les soignants comme appartenant à cette définition ?**

### **2) EST-CE QUE VOUS RÉALISEZ DES TRANSMISSIONS CIBLÉES SORTIES CHEMIN CLINIQUE ? QUE PENSEZ-VOUS DES EVALUATIONS (requêtes) RÉALISÉES A PARTIR DES ECARTS ET SORTIES DE CC ?**

**Mots clés si besoin** : réajustements des écarts, analyse des TC hors cc

***Précision si besoin :***

***Sortie de CC → le risque devient un problème réel***

***Hors CC → Aggravation de la situation et le patient n'entre plus dans ce CC***

***Permettrait de répondre à :***

***La conduite d'une telle démarche impose une politique de mise en œuvre d'un plan et d'une organisation adaptée ainsi que l'évaluation des résultats***

**Est-ce que les requêtes sont vécues comme cette démarche par le personnel utilisateur des CC ?**

**3) QUEL LIEN FAITES-VOUS ENTRE ECARTS ET SORTIES DE CHEMIN CLINIQUE ET EVENEMENTS INDESIRABLES ?**

*Permettrait de répondre à :*

**Concernant la gestion des risques liés aux soins, pour la HAS c'est « prévenir l'apparition d'événements indésirables associés aux soins et en cas de survenue d'un tel événement, à identifier, à en analyser les causes, à en attribuer ou à en supprimer les effets dommageables pour le patient et à mettre en œuvre les mesures permettant d'éviter qu'ils se reproduisent »**

**Lien avec la gestion des écarts et sorties CC avec la démarche d'amélioration continue de la qualité : le personnel en a-t-il conscience ?**

**4) AVEZ-VOUS PARTICIPÉ A L'ÉLABORATION D'UN CHEMIN CLINIQUE ? QUE PENSEZ-VOUS DES ÉCHANGES INTERDISCIPLINAIRES ? POUR VOUS, CES CHEMINS CLINIQUES PERMETTENT-ILS DE DIMINUER LES ERREURS/OUBLIS DANS LA PRISE EN CHARGE ?**

**Mots clés si besoin :** Harmonisation/homogénéité des pratiques de prise en charge pour une même pathologie, diminution de la charge mentale (anticipation), gain de temps

*Permettrait de répondre à :*

**Selon la HAS, la maîtrise des risques c'est « un effort organisé pour identifier, évaluer et réduire, chaque fois que cela est possible, les risques encourus pour les patients, les visiteurs et les personnels ».**

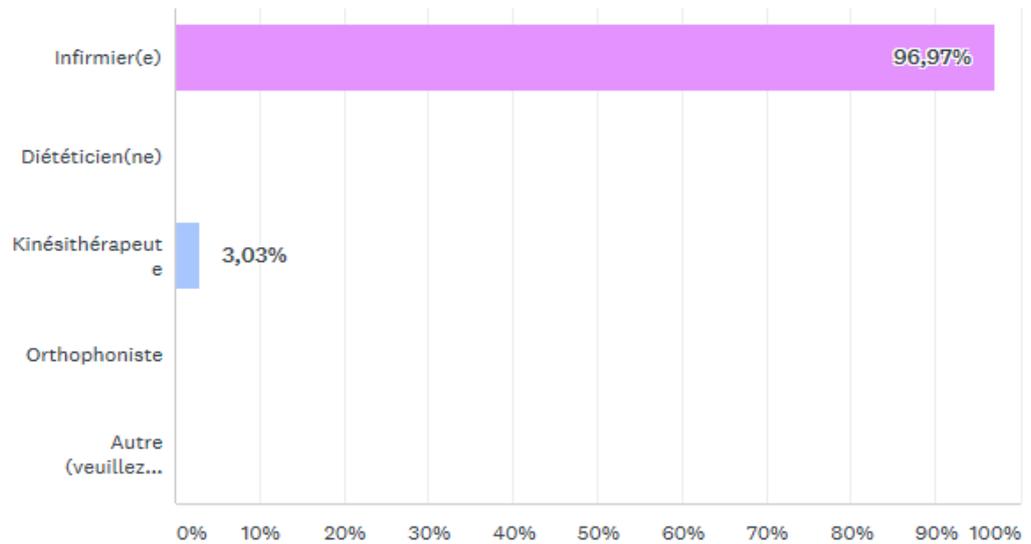
**L'anticipation des risques et des soins décidés en pluriprofessionnalité avec une coordination répond complètement à cette définition : le personnel en a t'il consciences ?**

**Annexe 8 : Résultats du questionnaire**

## RESULTATS QUESTIONNAIRE

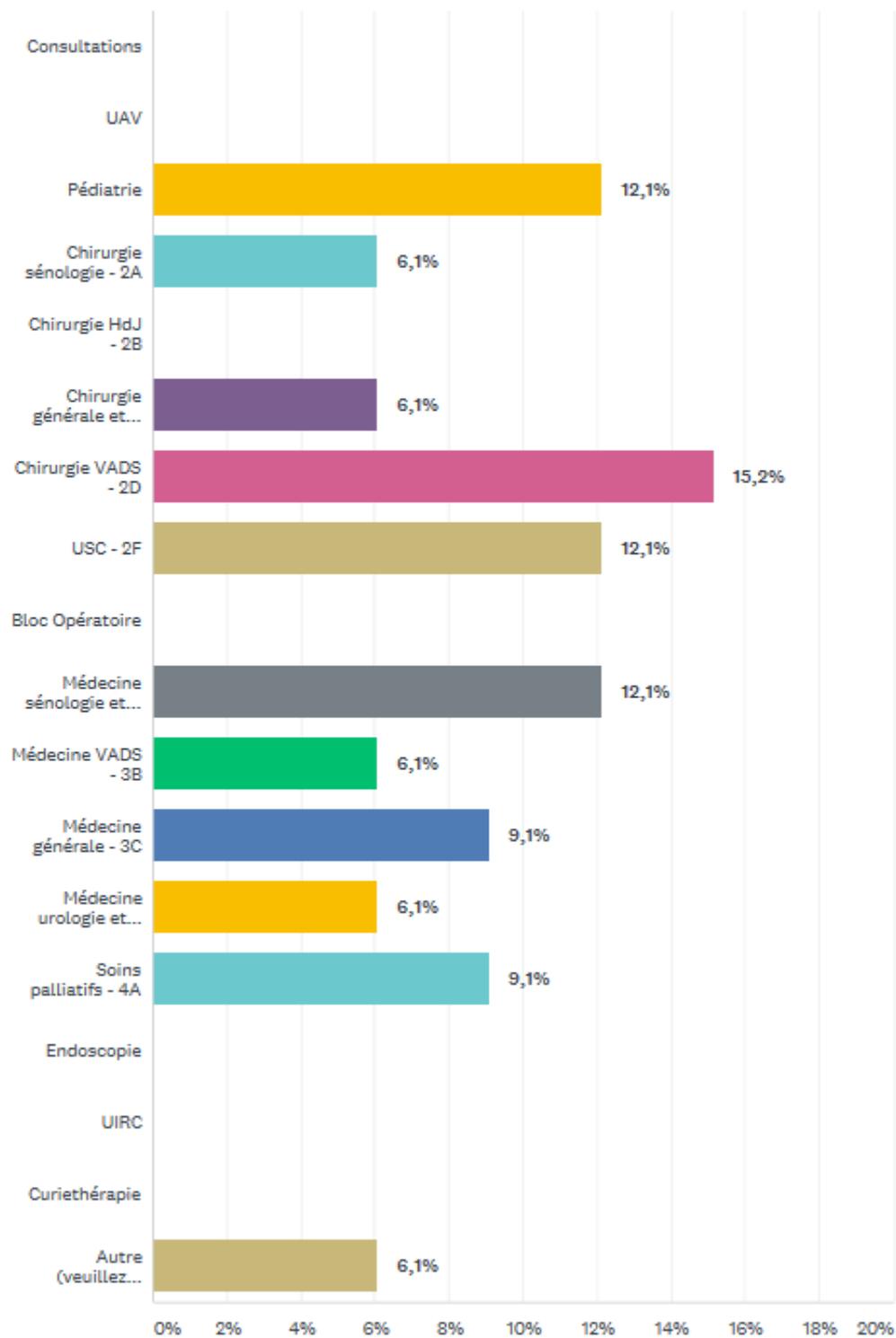
Quelle est votre fonction ?

Answered: 33 Skipped: 0



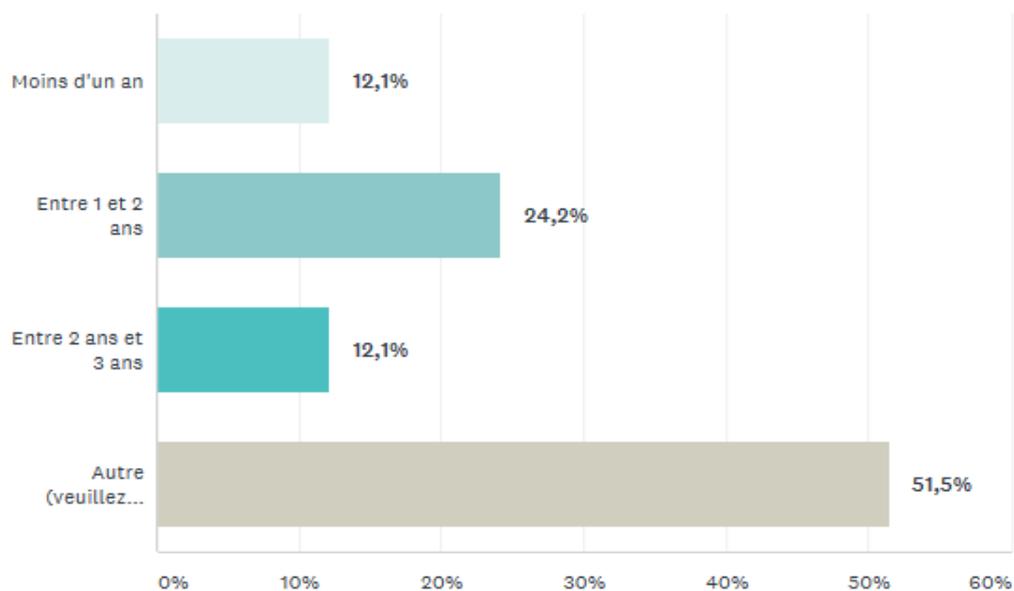
## Quel est votre service ?

Answered: 33 Skipped: 0



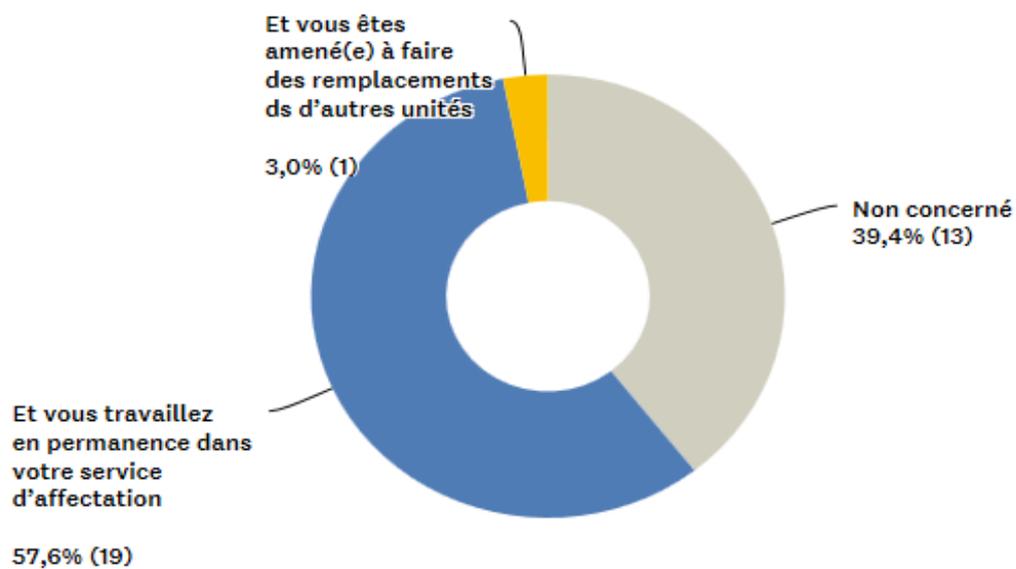
## Depuis combien de temps êtes-vous diplômé(e) ?

Answered: 33 Skipped: 0



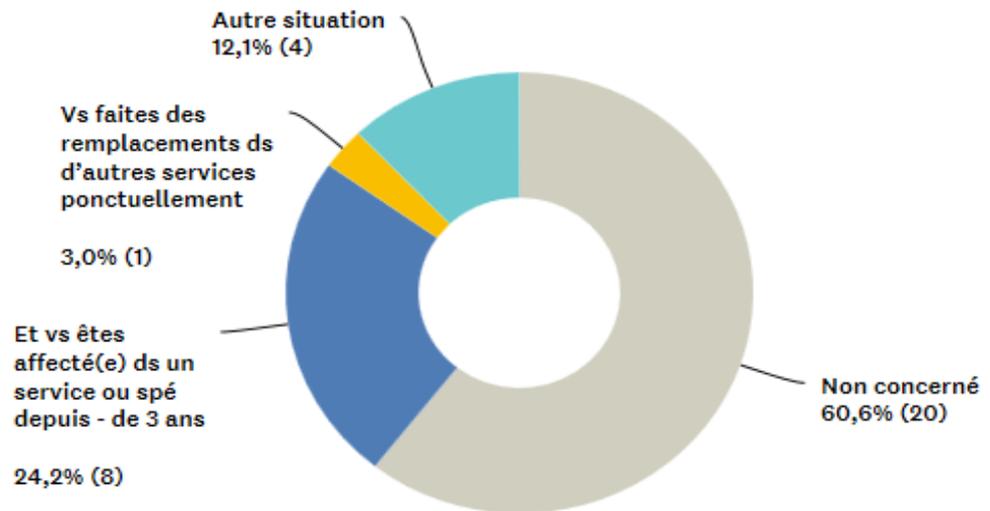
## Vous avez moins de 3 ans d'ancienneté au COL :

Answered: 33 Skipped: 0



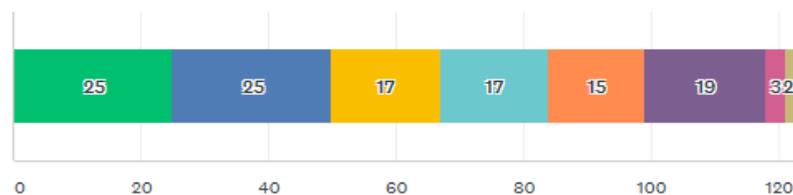
## Vous avez plus de 3 ans d'ancienneté au COL :

Answered: 33 Skipped: 0



Que ressentez-vous lors de la prise en charge des patients ayant une pathologie que vous maîtrisez moins ? (remplacements ou affectation nouveau service) (plusieurs réponses possibles)

Answered: 33 Skipped: 0

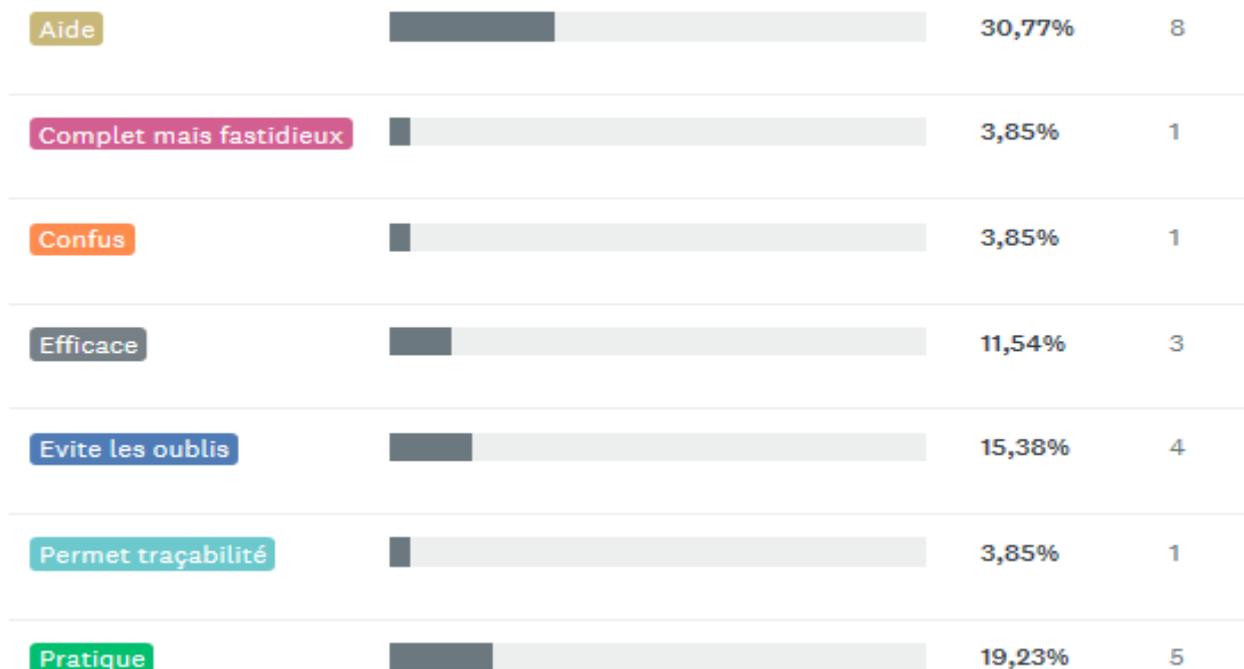


- Une crainte de manquer de connaissance de la pathologie
- Une crainte de ne pas savoir répondre aux questions du patient
- Une crainte de ne pas savoir dispenser une prise en charge de qualité du patient
- Une crainte d'avoir une prise en charge inadapté du patient
- Une crainte du risque d'erreur dans la prise en charge
- Une crainte du risque d'oubli d'acte dans la prise en charge
- Aucune crainte
- Autre (veillez préciser)

# PST

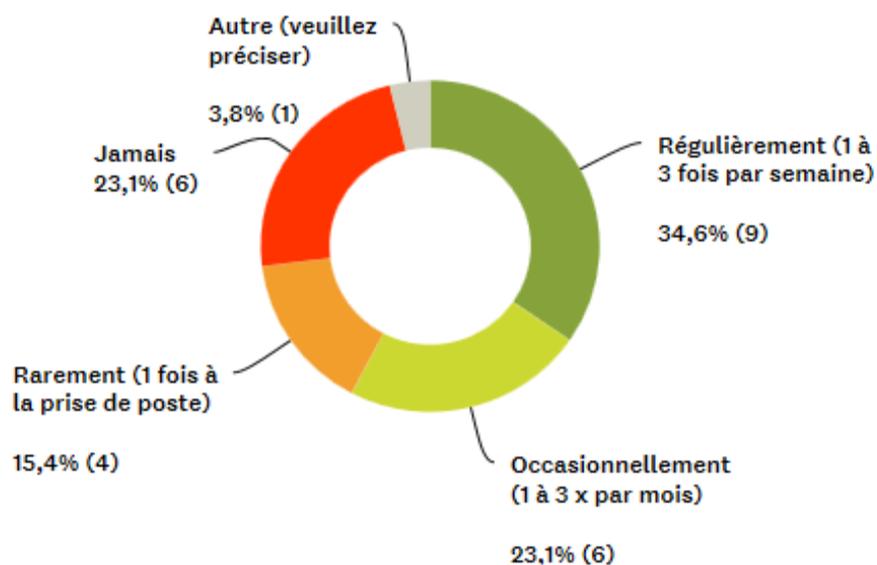
De façon générale, que pensez-vous des Plans de Soins Types (PST) ?  
(Rédigez votre réponse de la manière la plus concise possible svp)

Answered: 26 Skipped: 7



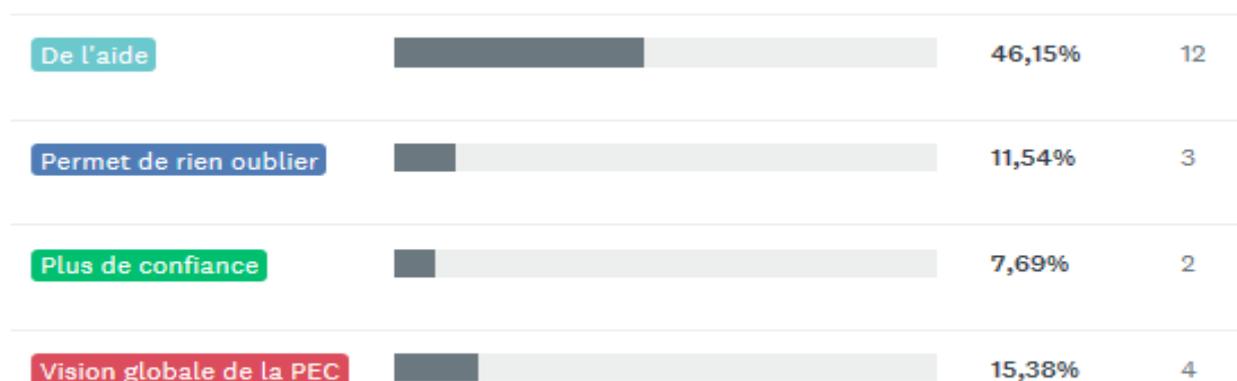
## A quelle fréquence le consultez-vous ?

Answered: 26 Skipped: 7



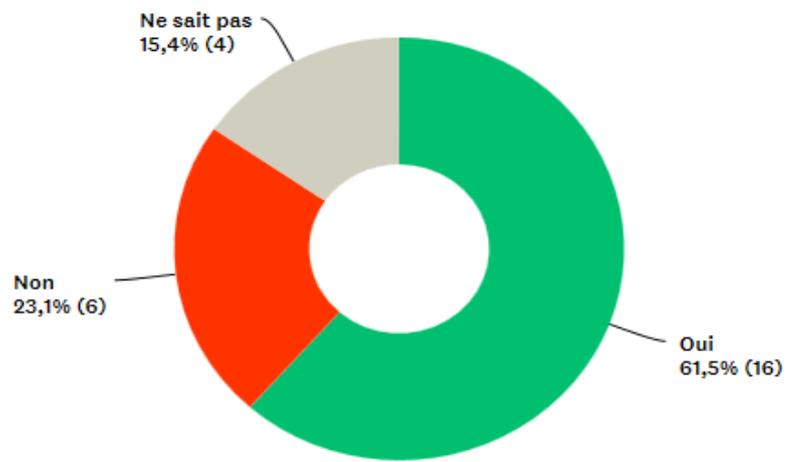
## Que vous apporte la consultation du PST ?

Answered: 26 Skipped: 7



## Le PST vous a t'il aidé dans la compréhension de la pathologie ?

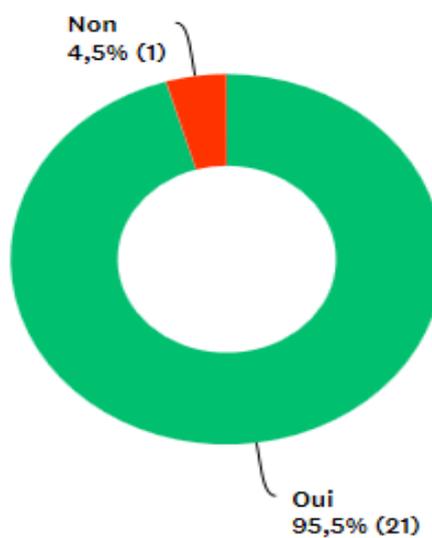
Answered: 26 Skipped: 7



# Chemins cliniques

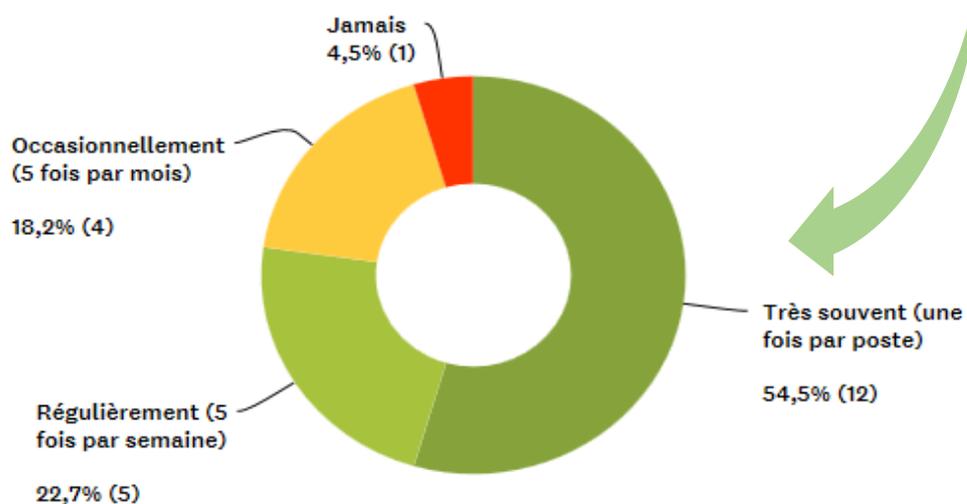
## Utilisez-vous les chemins cliniques ?

Answered: 22 Skipped: 11



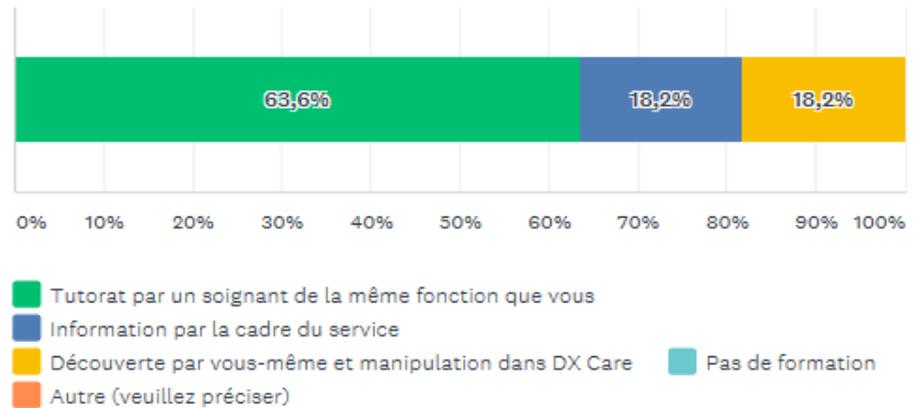
## Si oui, à quelle fréquence ?

Answered: 22 Skipped: 11



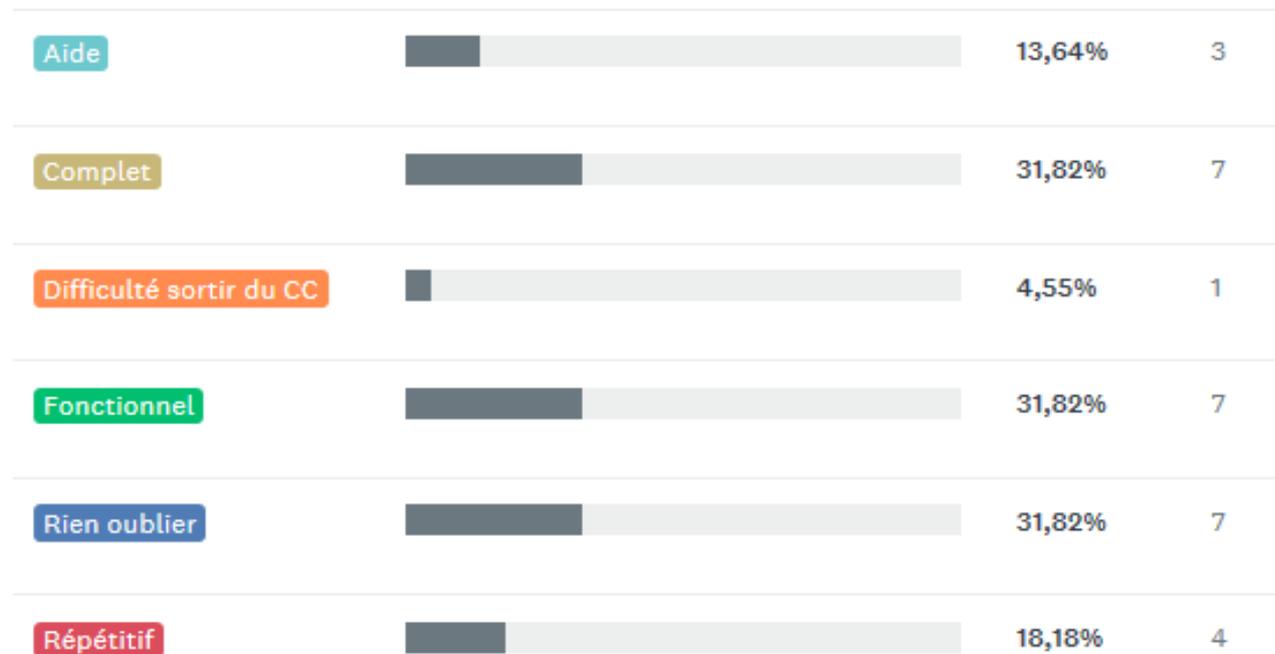
## Comment avez-vous été formé(e) aux chemins cliniques ?

Answered: 22 Skipped: 11



De façon générale, que pensez-vous des Chemins Cliniques ?(Rédigez votre réponse de la manière la plus concise possible svp)

Answered: 22 Skipped: 11



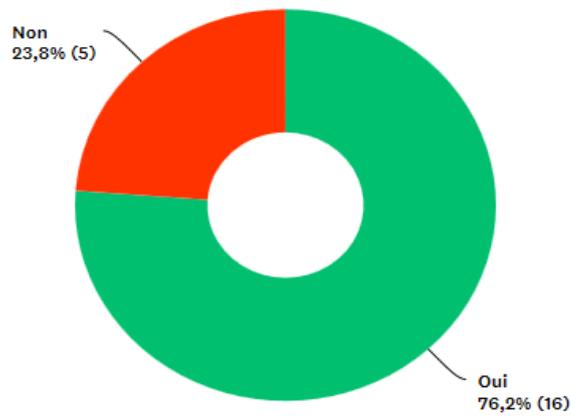
## Avec lesquelles de ces affirmations êtes-vous d'accord ?(Cochez et classer vos affirmations par ordre d'importance, N°1=affirmation préférée)Les Chemins Cliniques :

Answered: 21 Skipped: 12

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL	SCORE
vous aidez dans prise en charge quotidienne	33,33% 5	0,00% 0	13,33% 2	6,67% 1	13,33% 2	6,67% 1	13,33% 2	13,33% 2	0,00% 0	0,00% 0	15	6,93
participent à prioriser vos soins	0,00% 0	46,15% 6	0,00% 0	7,69% 1	7,69% 1	23,08% 3	0,00% 0	0,00% 0	15,38% 2	0,00% 0	13	6,62
vous donnent une vision globale de la prise en charge	29,41% 5	29,41% 5	11,76% 2	5,88% 1	5,88% 1	5,88% 1	5,88% 1	0,00% 0	5,88% 1	0,00% 0	17	7,94
vous assistent dans l'organisation des prises en charge	0,00% 0	7,14% 1	14,29% 2	28,57% 4	21,43% 3	0,00% 0	7,14% 1	7,14% 1	0,00% 0	14,29% 2	14	5,71
vous permettent d'optimiser votre temps de travail	18,75% 3	0,00% 0	18,75% 3	12,50% 2	12,50% 2	6,25% 1	0,00% 0	12,50% 2	18,75% 3	0,00% 0	16	6,06
vous donnent le sentiment de maîtriser les choses	7,14% 1	14,29% 2	7,14% 1	0,00% 0	14,29% 2	14,29% 2	14,29% 2	28,57% 4	0,00% 0	0,00% 0	14	5,57
vous donnent le sentiment d'être capable de prendre en charge de façon optimale	12,50% 2	6,25% 1	25,00% 4	6,25% 1	0,00% 0	18,75% 3	25,00% 4	6,25% 1	0,00% 0	0,00% 0	16	6,38
vous transmettent le sens des soins	0,00% 0	0,00% 0	0,00% 0	15,38% 2	0,00% 0	15,38% 2	7,69% 1	30,77% 4	23,08% 3	7,69% 1	13	3,62
vous permettent de faire des liens	12,50% 2	12,50% 2	12,50% 2	6,25% 1	12,50% 2	6,25% 1	12,50% 2	0,00% 0	25,00% 4	0,00% 0	16	5,88
Aucune de ses affirmations	11,11% 1	0,00% 0	88,89% 8	9	2,00							

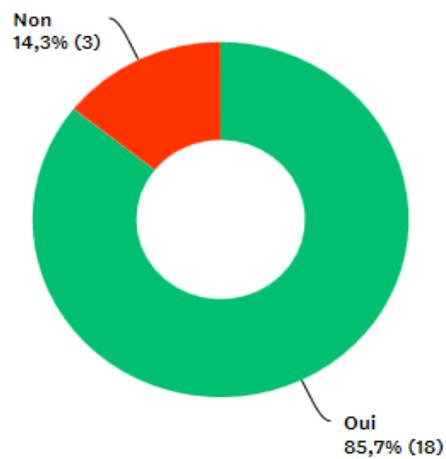
Pensez-vous que ces outils permettent de diminuer le risque d'événements indésirables (erreurs de prise en charge) ?

Answered: 21 Skipped: 12



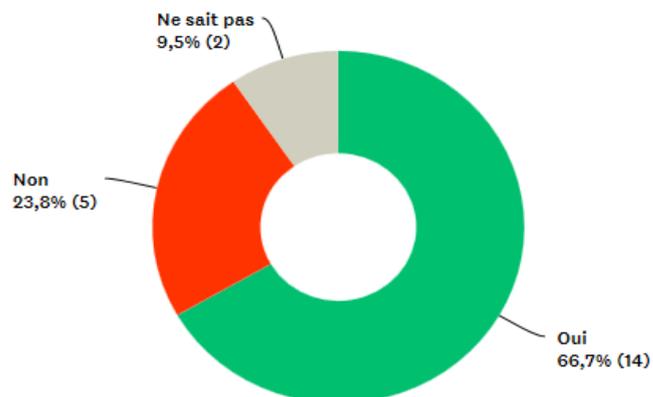
Pensez-vous que ces outils permettent de diminuer le risque d'oublis d'actes ?

Answered: 21 Skipped: 12



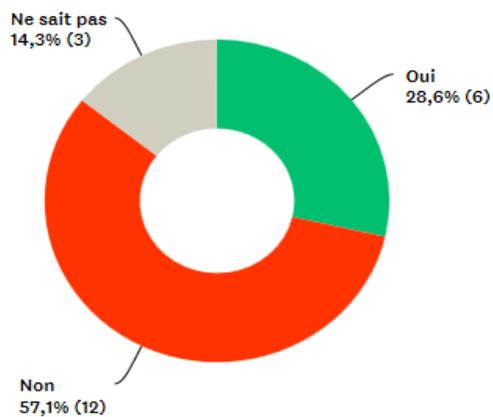
Avez-vous un sentiment de sécurité dans votre pratique quotidienne avec l'utilisation de ces outils ?

Answered: 21 Skipped: 12



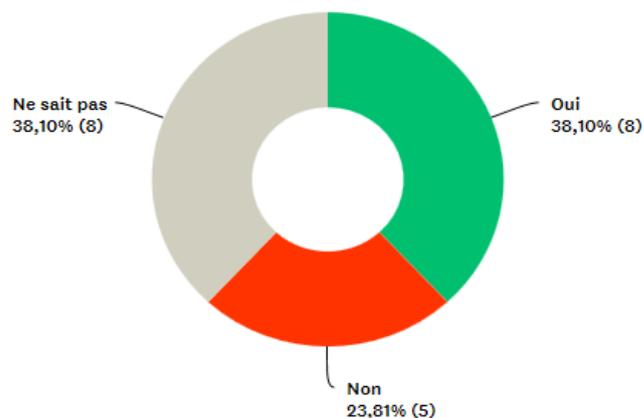
Votre charge mentale est-elle diminuée dans la prise en charge quotidienne du patient avec l'utilisation des chemins cliniques ?

Answered: 21 Skipped: 12



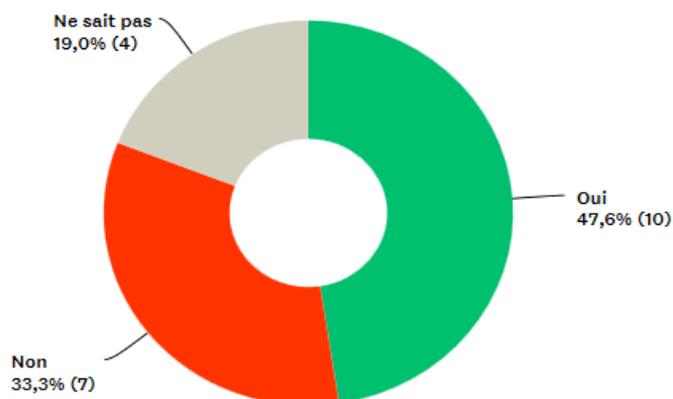
L'utilisation de ces outils (PST, CC et guide de séjour) vous procurent-ils un bien-être au travail ?

Answered: 21 Skipped: 12



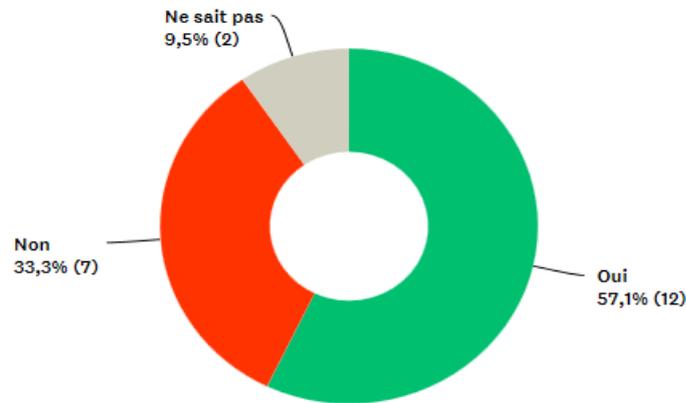
L'utilisation de ces outils (PST, CC et guide de séjour) vous permettent-ils une meilleure intégration dans l'équipe

Answered: 21 Skipped: 12



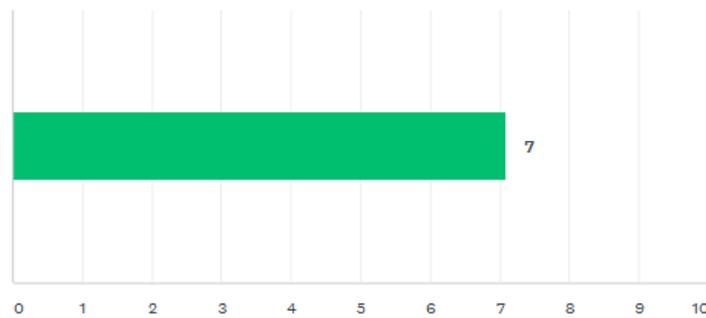
## L'utilisation de ces outils (PST, CC et guide de séjour) vous permettent-ils une meilleure organisation de travail

Answered: 21 Skipped: 12



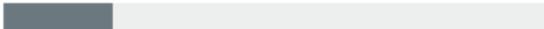
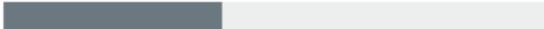
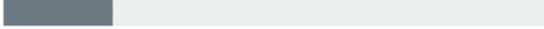
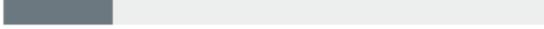
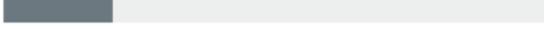
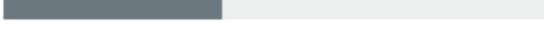
De manière générale, pensez-vous que l'utilisation des PST, chemins cliniques et guides de séjour aident à améliorer vos pratiques et votre qualité de soins ?

Answered: 20 Skipped: 13



## Avez-vous des commentaires ou suggestions concernant votre utilisation des PST, chemins cliniques et guides de séjour ?

Answered: 5 Skipped: 28

Difficulté de sortir CC		20%	1
Pb VADS car PEC variable		40%	2
Prend bcp de temps		20%	1
Rien oublier		20%	1
Répétitif		20%	1
Utile		40%	2

## Annexe 9 : Exemple d'une analyse de contenu d'un entretien

Questions	Entretien N°3	Synthèse
QN°1	<p><i>Moi : voilà, alors je vais vous demander aussi si vous pouvez vous présenter, votre carrière, votre parcours, un peu vos expériences...</i></p> <p>Puéricultrice : et ben moi <b>je suis diplômée depuis 2000</b>, j'étais infirmière en hospi pédiatrie de 2000 à jusqu'à 2006, 2006 je suis partie à ma formation d'école de « Puér » et « Puer » depuis fin 2006 où j'ai réintégré mon poste en « hospi » jusque 2011 en pédiatrie et depuis 2011 je fais l'hôpital de jour pédiatrie et en parallèle un petit temps éducation thérapeutique sur le suivi des patients au long terme</p> <p><i>Moi : d'accord, chez les enfants ?</i></p> <p>Puéricultrice : euh ben, du coup chez les jeunes adultes, parce que c'est des enfants qui ont été traités pendant l'enfance et on fait de l'éducation thérapeutique sur les risques d'effets secondaires potentiels aux traitements qu'ils ont reçus.</p> <p><i>Moi : D'accord. Donc la première grande question c'est comment définiriez-vous les chemins cliniques ? pas dans l'utilisation mais plus dans leur utilité du chemin clinique ?</i></p> <p>Puéricultrice : dans l'utilité euh ben effectivement <b>c'est avoir les grandes lignes de la prise en charge</b> de l'enfant de l'arrivée par rapport au motif pour lequel il vient sur la journée ce qui <b>nous permet de tracer</b> effectivement chaque chose réalisée et à faire et du coup <b>aussi accélérer notre temps de retranscription</b> parce que si tout va bien <b>tout est tracés OK</b> et <b>on est tranquille</b>, et effectivement s'il y a <b>une sortie de chemin clinique</b> là on fait une transmission, une transmission ciblée par rapport à ça donc <b>c'est plus rapide aussi au moins on trace tout, tout est tracé</b> je pense qu'avant sans les chemins cliniques effectivement les choses qui nous paraissent tellement simples et banales à réaliser <b>on les traçait pas forcément</b></p> <p><i>Moi : d'accord donc pour vous qui avez une certaine expérience c'est plus tracer et pas forcément...est-ce que vous avez besoin par exemple de retourner voir ce chemin clinique pour être sûr de votre prise en charge et des étapes clés ? pour être sûr de ne rien avoir oublié ? ou en fait vous l'utilisez vraiment dans le sens « je trace »</i></p> <p>Puéricultrice : <b>je l'utilise vraiment dans le sens je trace</b> puisqu'effectivement en hôpital de jour on n'a pas énormément de chemins cliniques pour l'instant on doit être sur quatre, deux concernent la chimiothérapie et deux autres concernent les soins annexes, les I.R.M. sous sédation ou les transfusions et du coup ben ça fait depuis 2000 <b>donc les choses sont bien ancrées en fait donc on est juste, sur de la transcription...</b></p>	<p>IDE pendant 6 ans Puéricultrice depuis 12 ans (PP) Pédiatrie hospit et HDJ ETP adolescents (PP)</p> <p>Les grandes lignes de la PenC (APP) Traçabilité (TRACA) Gain de temps (RAP-GDT) Traçabilité (TRACA) Tranquillité (DIM-C-MEN) SCC = TC (R-TC-HCC) Rapidité (RAP-GDT) Exhaustivité (EXHA)</p> <p>Traçabilité (TRACA)</p> <p>4 CC= 2 tt/ 2 soins annexes (APP) Expérience (EXPE) Retranscription (TRACA)</p>

<p>QN°2</p>	<p><i>Moi : d'accord. <b><u>Mais ça vous permet quand même de maîtriser les points clés de votre prise en charge ?</u></b></i></p> <p>Puéricultrice : <b><u>Oui bien sûr, bien sûr...</u></b></p> <p><i>Moi : D'accord donc la deuxième grande question, vous en avez parlé, c'est est-ce que vous réalisez des transmissions ciblées sorties de chemin clinique ? et que pensez-vous en fait des évaluations qui sont faites au sein de l'institutions avec les requêtes à partir de ces écarts et de ses sorties de chemin clinique ? <b><u>déjà est-ce que vous saviez qu'il y avait des requêtes de faites ? Non ? OK d'accord</u></b></i></p> <p>Puéricultrice : <b><u>Non je ne savais pas...</u></b>Non, non, donc effectivement la transmission je la fais, après non je ne savais pas qu'il y avait des requêtes...</p> <p><i>Moi : et donc vous la faites, pour vous c'est dans quel but vous faites la transmission ? <b><u>c'est juste de tracer aussi l'événement</u></b></i></p> <p>Puéricultrice : <b><u>oui ben voilà expliquer pourquoi il y a une sortie de chemin clinique, et les actions qu'on a pu mettre en place parce que je pense que c'est aussi important pour les fois d'après,</u></b> enfin si on prend en référence une I.R.M. sous sédation s'il y a forcément une sortie de chemin clinique là il faut de la vigilance pour la fois d'après, ou...voilà... sur les protocoles de chimiothérapie effectivement <b><u>ça nous permet d'être un peu plus vigilant et d'avoir l'alerte quoi...</u></b></p> <p><i>Moi : donc juste pour vous dire les évaluations qui sont faites, des requêtes donc des chemins cliniques, des sorties de chemin clinique c'est essentiellement effectivement dans le but de réajuster peut-être soit une prise en charge, ou une pratique, mettons si c'est toujours le même problème qui ressort...</i></p> <p>Puéricultrice : d'accord</p> <p><i>Moi : c'est peut-être qu'il y a quelque chose à réajuster soit dans la pratique soit dans la surveillance quoi...</i></p> <p>Puéricultrice : d'accord</p> <p><i>Moi : donc c'est dans ce but là les requêtes</i></p> <p>Puéricultrice : OK</p> <p><i>Moi : et donc ça permet aussi une démarche qualité, ça permet de toujours faire progresser l'outil et nos pratiques, en fait...</i></p>	<p>Maitrise des points clés (MPC)</p> <p>Pas de connaissances des requêtes (C-RI-COL)</p> <p>SCC=tracer un évènement(R-TC-HCC) Expliquer la mise en place d'actions pour répondre au Pb (R-TC-HCC) TC=vigilance/alerte pour la fois d'après (APP)</p> <p>Requêtes = faire évoluer les pratiques (C-RI-COL)</p>
<p>QN°3</p>	<p>Puéricultrice : <b><u>ouais de faire évoluer finalement....</u></b></p>	

<p>QN°4</p>	<p><i>Moi : Alors, la troisième grande question c'est justement quel lien faites-vous entre les écarts ou les sorties de chemin clinique et les événements indésirables, est ce qu'il y a une nuance pour vous ?</i></p> <p>Puéricultrice : <b><u>oui ben je dirais qu'il y a une nuance parce que la sortie de chemin clinique c'est forcément il y a eu un événement qui est lié sur le soin</u></b> ou la chose qu'on est en train de réaliser ou les médicaments qu'on est en train de passer, <b><u>l'événement indésirable c'est plutôt l'intervention d'un tiers</u></b>...enfin après euhhh... quelque chose d'extérieure</p> <p><i>Moi : <b><u>quelque chose qu'on n'attendait pas dans la prise en charge ?</u></b></i></p> <p>Puéricultrice : <b><u>ouai voilà, effectivement</u></b> parce que, enfin ça dépend quel chemin clinique on prend en référence, mais si on prend effectivement une chimiothérapie, enfin je parle de mon expérience, finalement si on prend effectivement sur une chimiothérapie ça va être essentiellement sur une sortie sur une allergie ou quelque chose comme ça, enfin <b><u>c'est pas quelque chose pour lequel on peut prévoir et agir dans le futur</u></b>, enfin voilà ça c'est une sortie de chemin clinique c'est pas un événement indésirable...</p> <p><i>Moi : parce qu'on a surveillé un risque et ça devient un problème réel</i></p> <p>Puéricultrice : et ça devient un problème réel, <b><u>que pour moi les événements indésirables, oui il y a l'intervention d'un tiers</u></b>, enfin... soit une molécule qui est peut-être préparée tard qui du coup a une conséquence sur l'hydratation et ensuite une sortie plus tard ou sur une péremption ou sur euh... Après je ne sais pas si j'ai répondu à la question voilà...</p> <p><i>Moi : Si si c'est très bien ! Et ensuite la quatrième grande question c'est avez-vous participé à l'élaboration de chemins cliniques ou de plans soins types ? et que pensez-vous éventuellement des échanges interdisciplinaires s'il y en a eu ? et est-ce que vous pensez que ça vous permet justement de diminuer les erreurs, les oublis de prise en charge l'utilisation du chemin clinique ? là il y a plusieurs questions...</i></p> <p>Puéricultrice : <b><u>oui j'ai déjà élaboré un chemin clinique</u></b>, enfin moi j'ai fait euh un moment donné on faisait « .....thérapie en intra ventriculaire » sur une chambre implantable donc effectivement je l'ai créé, <b><u>c'était revu et validé par un médecin</u></b></p> <p><i>Moi : donc c'était le plan de soins type ou le chemin clinique ou les deux ?</i></p> <p>Puéricultrice : euh c'était un chemin clinique ouai ça peut être considéré comme les deux, je pense que on avait eu un chemin clinique et du coup validé par le pédiatre, relu par la surveillante et aussi validé effectivement <b><u>c'est toujours bien d'avoir plusieurs visions de plusieurs personnes différentes avec des compétences différentes</u></b> parce que il y a des choses qu'on trace qui finalement peuvent être redondantes ou parfois des choses que ça nous paraît tellement logique de les réaliser et de ne pas forcément les faire apparaître</p>	<p>Différence entre SCC/EI(L-HCC//EI)  SCC= lié aux soins(L-HCC//EI)  EI=interaction tierce personne(L-HCC//EI)</p> <p>Inattendu ds la PenC(L-HCC//EI)</p> <p>SCC=pas prévisible, pas d'action possible ds le futur (L-HCC//EI)</p> <p>EI= conséquence sur une PenC // à l'organisation(L-HCC//EI)</p> <p>Elle a élaboré un CC (P-ELAB-OU)  Validation médicale (E-I-DISC)</p> <p>Confusion entre le PST et le CC (P-ELAB-OU)</p> <p>Vision pluripro// différentes compétences(E-I-DISC)  Evite les redondances ds la construction(E-I-DISC)  Evite les oublis ds la construction(E-I-DISC)</p>
-------------	--	---

Moi : et au moment de la construction vous étiez qu'entre infirmières ou vous l'avait fait avec d'autres disciplines présentes ce jour-là, ou vous me dites c'est seulement après que les médecins ont relu...

Puéricultrice : **non j'étais seule effectivement ça faisait partie de mes objectifs**, on a des entretiens où on émet des objectifs, effectivement c'était tout nouveau pour nous parce que c'était une étude ouverte sur Vienne, sur l'étranger, c'est arrivé par chez nous parce que le pédiatre qui à l'époque était référent, a voulu faire dans le service et, c'était la première fois qu'on réalisait les injections intra ventriculaire par l'intermédiaire d'une chambre implantable, posée en neurochirurgie donc **c'était moi au démarrage une de mes envies effectivement pour ne pas faire de bêtises et sur les asepsies, les matériels nécessaires** qu'il fallait préparer sur le chariot pour le médecin des choses comme ça et aussi **cette traçabilité parce qu'il y avait toute l'éducation à faire aussi derrière pour les parents, la surveillance à la maison** euh quand nous appeler, et des choses comme ça... euh et du coup j'étais seule, validé par le pédiatre qui du coup était référent de ce protocole et la cadre aussi.

Moi : d'accord avec des réajustements si besoin...

Puéricultrice : voilà c'est ça des réajustements au fur et à mesure et effectivement une fois que c'était validé transmis pour que ce soit.... pour que ça apparait sur l'étiquette...voilà pour la première question, du coup la suivante ?

Moi : après c'était donc **les échanges interdisciplinaires** mais vous n'en avez pas eu finalement tant que ça ou bien vous avez pu quand même échanger avec le médecin quand vous avez fait les réajustements peut être ?

Puéricultrice : **ben au démarrage forcément l'écriture elle ne se fait pas non plus en une heure donc voilà j'ai écrit j'ai reposé mes questions enfin voilà**

Moi : et donc ça vous apporte quelque chose, des nouvelles connaissances ?

Puéricultrice : **oui surtout moi j'aime pas faire les choses sans les comprendre et sans les intégrer donc c'est aussi important on prend vraiment bien conscience de l'ordre dans lequel les choses doivent être faites** et ce qu'on doit respecter et ce qu'on doit vérifier après je pense que c'est dépendant des infirmières, quoi j'ai besoin d'être carrée pour faire les choses et bien les comprendre et du coup ça, ça m'apprend déjà ça, **cet apport de connaissance** et quelque chose de nouveau, et après non, **les échanges se font assez facilement et au bon moment, c'est assez ouvert, c'est des outils qui aident tout le monde donc c'est forcément....**

Construction seule (P-ELAB-OU)

Construction de CC permet une optimisation de la PenC (APP)

Traçabilité ETP parents/surv maison (TRACA)

Validation CS/médecin (E-I-DISC)

Echange pupu/médecin (E-I-DISC)

Construction= compréhension, intégration, sens des actes (APP)

Enrichir ses connaissances (EN-CONN)

Echanges pluripro (E-I-DISC)

CC aide tout le monde (AIDE-CONS-OUT)

Permet de checker (TRACA)

<p><i>Moi : D'accord. La dernière question, est-ce que vous pensez que ça peut vous éviter des oublis ou des erreurs dans la prise en charge l'utilisation du chemin clinique ?</i></p> <p>Puéricultrice : Ben je pense concrètement, enfin voilà sur une journée où il y a plein patients, enfin une journée qui est bien remplie, <b><u>je pense que parfois c'est toujours bien d'aller checker sur ces chemins là...</u></b></p> <p><i>Moi : du coup ça vous allège un peu la charge mentale ? en disant je vais aller vérifier...</i></p> <p>Puéricultrice : bah finalement <b><u>on fait les choses sur le chemin clinique on remplit de façon instantanée</u></b> enfin moi je sors, je le fais tout de suite, je me dis à tient j'ai peut-être oublié de prendre ma « sat », bon bin j'y retourne tout de suite, je fais, enfin voilà ce qui est fait, est fait, n'est plus à faire, ça ne nous encombre plus, on peut passer à autre chose...<b><u>ça libère l'esprit</u></b>, ouai non c'est important...<b><u>c'est hyper important</u></b></p> <p><i>Moi : d'accord super merci...</i></p> <p>Puéricultrice : Je vous en prie...</p> <p><i>Moi : De votre témoignage...</i></p>	<p><b>Utilisation du CC en temps réel (APP)</b> Instantanément (RAP-GDT) Evite les oublis (D-E-O) Libère l'esprit (DIM-C-MEN)</p>
---	---

### ➤ 1) PARCOURS PROFESSIONNEL (PP)

IDE pendant 6 ans  
Puéricultrice depuis 12 ans (PP)  
Pédiatrie hospit et HDJ  
ETP adolescents (PP)

### ➤ 2) UTILITÉ / APPORT DES CHEMINS CLINIQUES (APP)

Les grandes lignes de la PenC (APP)  
4 CC= 2 tt/ 2 soins annexes (APP)  
TC=vigilance/alerte pour la fois d'après (APP)  
Construction de CC permet une optimisation de la PenC (APP)  
Construction= compréhension, intégration, sens des actes (APP)  
Utilisation du CC en temps réel (APP)

### ➤ 3) MAITRISE DES POINTS CLÉS (MPC)

Maitrise des points clés (MPC)  
**« Mais ça vous permet quand même de maîtriser les points clés de votre prise en charge ? »**  
Puéricultrice : **Oui bien sûr, bien sûr... »**

### ➤ 4) REALISATION DES TRANSMISSIONS CIBLEES HORS CHEMIN CLINIQUE (R-TC-HCC)

SCC = TC (R-TC-HCC)

SCC=tracer un évènement(R-TC-HCC)

Expliquer la mise en place d'actions pour répondre au Pb (R-TC-HCC)

➤ **5) CONNAISSANCE DES REQUÊTES INFORMATIQUES RÉALISÉES AU COL (C-RI-COL)**

Pas de connaissances des requêtes (C-RI-COL)

Requêtes = faire évoluer les pratiques (C-RI-COL)

➤ **6) LIEN ENTRE HORS CHEMIN CLINIQUE ET ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES (L-HCC//EI)**

Différence entre SCC/EI(L-HCC//EI)

SCC= lié aux soins(L-HCC//EI)

EI=interaction tierce personne(L-HCC//EI)

Inattendu ds la PenC(L-HCC//EI)

SCC=pas prévisible, pas d'action possible ds le futur (L-HCC//EI)

EI= conséquence sur une PenC // à l'organisation(L-HCC//EI)

➤ **7) PARTICIPATION À L'ÉLABORATION DES OUTILS (P-ELAB-OU)**

Elle a élaboré un CC (P-ELAB-OU)

Confusion entre le PST et le CC (P-ELAB-OU)

Construction seule (P-ELAB-OU)

➤ **8) ÉCHANGES INTERDISCIPLINAIRES (E-I-DISC)**

Validation médicale (E-I-DISC)

Vision pluripro// différentes compétences(E-I-DISC)

Évite les redondances dans la construction(E-I-DISC)

Évite les oublis ds la construction(E-I-DISC)

Validation CS/médecin (E-I-DISC)

Échange pupu/médecin (E-I-DISC)

Échanges pluripro (E-I-DISC)

➤ **9) DIMINUTION DES ERREURS ET OUBLIS (D-E-O)**

Évite les oublis (D-E-O)

➤ **TRACABILITÉ (TRACA)**

Traçabilité (TRACA)

Traçabilité (TRACA)

Traçabilité (TRACA)

Retranscription (TRACA)

Traçabilité ETP parents/surv maison (TRACA)

Permet de checker (TRACA)

- **EXPERIENCE (EXPE)**  
Expérience (EXPE)  
« Ça fait depuis 2000 **donc les choses sont bien ancrées** »
  
- **DÉBUTANT/STAGIAIRE (DEB/STAG)**
- **AIDE/CONSULTATION DES OUTILS (AIDE-CONS-OUT)**  
CC aide tout le monde (AIDE-CONS-OUT)
  
- **CONSTRUCTION (CONS)**
- **ENRICHIR SES CONNAISSANCES (EN-CONN)**  
Enrichir ses connaissances (EN-CONN)
  
- **FACILITÉ (FACI)**
- **SÉCURITÉ (SECU)**
- **RAPIDITÉ/GAIN DE TEMPS (RAP-GDT)**  
Gain de temps (RAP-GDT)  
Rapidité (RAP-GDT)  
Instantanément (RAP-GDT)
  
- **EXHAUSTIVITÉ (EXHA)**
- **RASSURE (RASS)**
- **DIMINUTION DE LA CHARGE MENTALE (DIM-C-MEN)**  
Tranquillité (DIM-C-MEN)  
Libère l'esprit (DIM-C-MEN)
  
- **CONNAISSANCE COMITÉ GESTION DES RISQUES (CON-C-GDR)**
- **HARMONISATION DES PRATIQUES (HARMO-PRAT)**

**Annexe 10 : Tableau des sous-catégories**

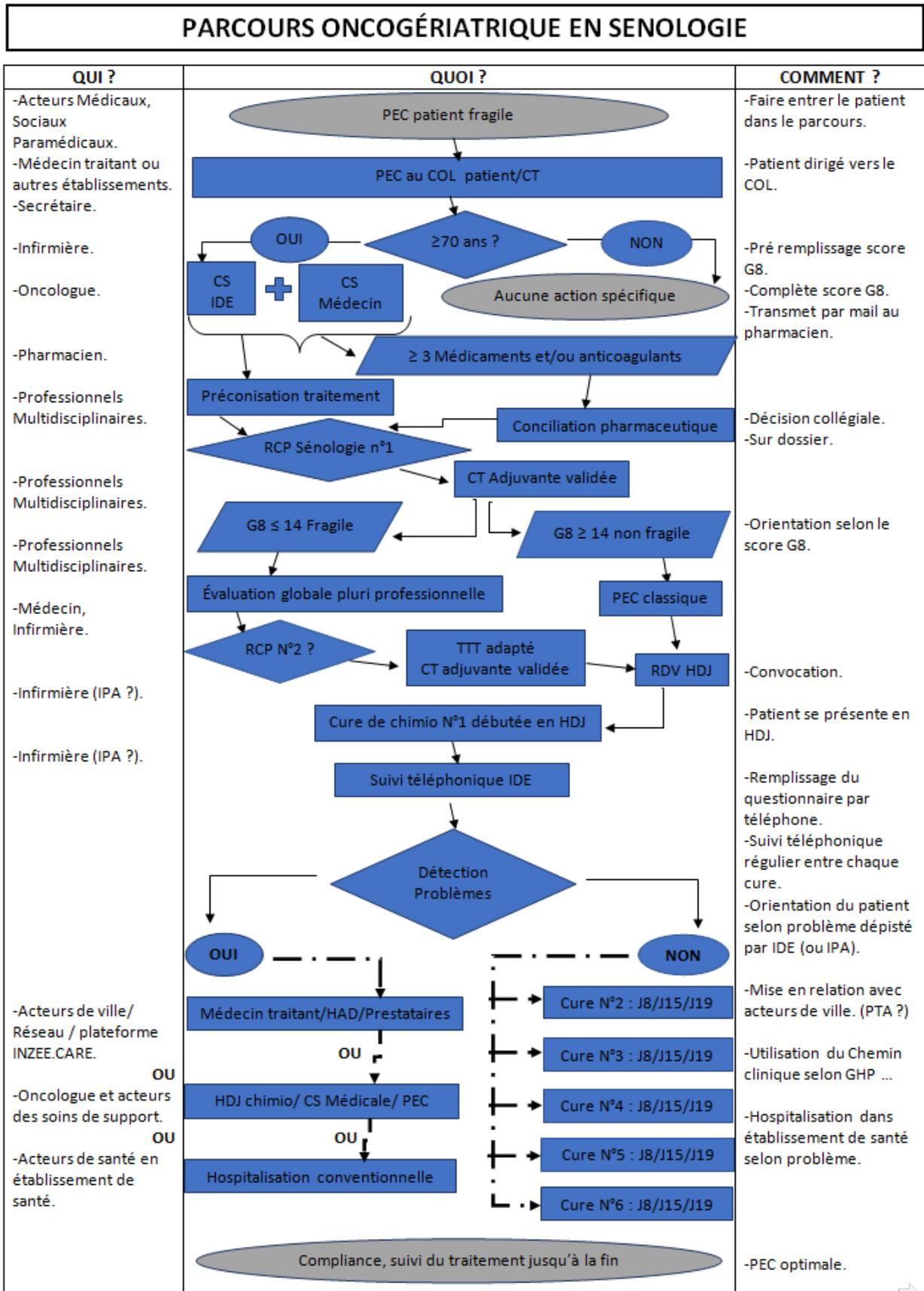
<b>Sous-catégories</b>	<b>Codage</b>	<b>Nombre de citations</b>
Traçabilité	TRACA	18 fois
Expérience	EXPE	9 fois
Débutant/stagiaire	DEB/STAG	12 fois
Aide/consultation des outils	AIDE-CONS-OUT	6 fois
Construction	CONS	1 fois
Enrichir ses connaissances	EN-CONN	7 fois
Facilité	FACI	2 fois
Sécurité	SECU	4 fois
Rapidité/gain de temps	RAP-GDT	13 fois
Exhaustivité	EXHA	4 fois
Rassure	RASS	3 fois
Diminution de la charge mentale	DIM-C-MEN	2 fois
Connaissance comité gestion des risques	CON-C-GDR	2 fois
Harmonisation des pratiques	HARMO-PRAT	2 fois



Figure 1.1. Outils d'amélioration de la qualité des soins  
IPAQSS : indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ; EPP : évaluation des pratiques professionnelles.

<sup>32</sup> T. Psiuk., M. Gouby., *Plans de soins types et chemins cliniques, 20 situations prévalentes*, page 10

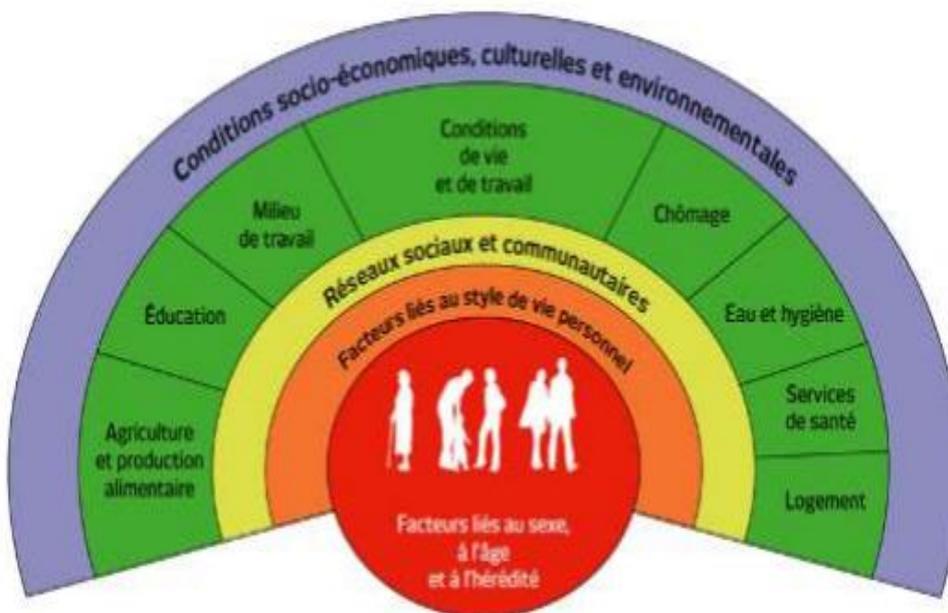
**Annexe 12 : Logigramme de Pert/Parcours oncogériatrique en sénologie/COL**



**Annexe 13 : Parcours et Déterminants de la santé**



Notion de parcours ; Cours M2 CDTS UEA4



Source : Whitehead, M., Dahlgren G. -What can we do about inequalities in health. The lancet.-1991, n° 338 ; p.1059-1063.

Dans cette figure, les déterminants de santé sont répartis sur quatre niveaux qui interagissent les uns avec les autres.

Elisabeth Créteur

---

## LE CHEMIN CLINIQUE, UN PARCOURS SOIGNÉ/SOIGNANT CONCOURANT À UNE SÉCURITÉ ET UNE QUALITÉ DE SOINS.

Ces dernières années, l'environnement de travail des services de soins a subi de profondes modifications organisationnelles. Le **turn-over** des soignants débutants ou mobiles augmente. En France, les **chemins cliniques** sont introduits par la HAS en 2004. Il n'existe aucune étude française à ce jour. Qu'apportent les plans de soins types et les chemins cliniques, dans l'optimisation de la **gestion des risques** liée aux soins chez les soignants débutants ou mobiles au sein d'un établissement ? Le chemin clinique informatisé planifie la prise en charge du patient, diminue les risques d'erreurs et évite les ruptures de parcours. L'enquête se déroule au Centre Oscar Lambret, pionné il développe la méthode depuis les années 2000. Des questionnaires quantitatifs sont distribués et des entretiens qualitatifs semi directifs sont réalisés auprès de soignants volontaires. Les soignants sont recrutés selon des critères d'inclusion. Une diminution des risques liés aux soins avec l'utilisation des chemins cliniques est mise en évidence. Les chemins cliniques génèrent une meilleure **qualité** et **sécurité** de soins pour le patient. La perspective de cette étude est de montrer la plus-value de ses outils pour tous autres établissements qui souhaiteraient déployer les chemins cliniques ainsi que leur place dans les **parcours** de soins et de santé.

**Mots clés : turn-over, chemins cliniques, gestion des risques, qualité, sécurité, parcours.**

---

## THE CLINICAL PATHWAY, A CARE/CAREGIVER PATHWAY CONTRIBUTING TO SAFETY AND QUALITY OF CARE.

In recent years, the working environment of healthcare services has undergone profound organisational changes. The **turnover** of new and mobile carers is increasing. In France, **clinical pathways** were introduced by the HAS in 2004. There are no French studies to date. What do typical care plans and clinical pathways bring to optimizing **risk management** related to care for new or mobile caregivers within an institution? The computerized clinical path plans the patient's management, reduces the risk of errors and avoids breaks in the path. The survey takes place at the Oscar Lambret Centre, pioneered and developing the method since the 2000s. Quantitative questionnaires are distributed and semi-structured qualitative interviews are conducted with volunteer carers. Caregivers are recruited according to inclusion criteria. A reduction in the risks associated with care with the use of clinical pathways is highlighted. Clinical pathways generate better **quality** and **safety** of care for the patient. The perspective of this study is to show the added value of its tools for all other institutions that would like to deploy clinical pathways and their place in the care and health **pathways**.

**Keywords: turnover, clinical pathways, risk management, quality, safety, pathways**

