

MASTER EN SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE

Itinéraires Cliniques et communication entre professionnels de la santé : étude sur la relation entre la présence d'un itinéraire clinique et l'enregistrement de données au sein du dossier patient.

Finalité : spécialisée

Option : gestion des institutions de soins

Mémoire présenté par

DUMONT Briec

Promoteurs :

Pr DE CLERCQ Etienne

WISEUR Natacha

MASTER EN SCIENCES DE LA SANTE PUBLIQUE

Itinéraires Cliniques et communication entre professionnels de la santé : étude sur la relation entre la présence d'un itinéraire clinique et l'enregistrement de données au sein du dossier patient.

Finalité : spécialisée

Option : gestion des institutions de soins

Mémoire présenté par

DUMONT Briec

Promoteurs :

Pr DE CLERCQ Etienne

WISEUR Natacha

Année académique 2013-2014

Remerciements :

Tout d'abord, j'adresse mes sincères remerciements au Professeur DE CLERCQ, mon promoteur, pour son aide précieuse, ses bons conseils et sa disponibilité tout au long de cette année académique.

Je tiens aussi à remercier Madame Natacha VISEUR, Co promotrice de ce travail, pour son soutien et ses recommandations.

Ensuite, je remercie le Docteur Xavier DE BETHUNE et le professeur PHILIPPE Marianne pour avoir accepté d'être lecteurs de ce mémoire

Merci à tous les professionnels des hôpitaux repris dans cette étude qui ont permis de mener à bien cette recherche.

Enfin, je voudrais remercier ma famille, mes amis et Marie pour avoir toujours cru en mes capacités et m'avoir « re boosté » dans les moments plus difficiles

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction..... | 7 |
| Partie théorique | 9 |
| Chapitre 1: Introduction..... | 9 |
| Chapitre 2: Méthodologie de la recherche de littérature..... | 9 |
| Chapitre 3: Cadre conceptuel..... | 11 |
| 3.1 L'hôpital..... | 11 |
| 3.1.1 Description générale | 11 |
| 3.2 Environnement interne de l'hôpital | 11 |
| 3.2.1 La complexité des soins | 11 |
| 3.2.2 Processus d'hyper spécialisation médicale | 12 |
| 3.2.3 Multiplication des dossiers patients..... | 12 |
| 3.2.4 La structure des institutions de soins..... | 12 |
| 3.2.5 Freins soulevés par l'environnement interne | 13 |
| 3.3 Besoins à long terme | 13 |
| 3.4 Le modèle « Concept Design for Planned Care » | 14 |
| 3.5 Les Itinéraires Cliniques..... | 16 |
| 3.5.1 Leurs Origines | 16 |
| 3.5.2 Définition | 17 |
| 3.5.3 Caractéristiques..... | 18 |
| 3.5.4 Les différents types d'Itinéraires Cliniques | 19 |
| 3.5.5 Le réseau Itinéraires Cliniques en Belgique..... | 20 |
| 3.6 La communication dans les hôpitaux | 20 |
| 3.6.1 Les différents modes de communication | 21 |
| 3.6.2 Le dossier patient | 21 |
| 3.6.3 Les évolutions du dossier patient : vers une plus grande intégration | 22 |
| 3.6.4 L'informatisation au sein du Réseau Itinéraires Cliniques | 23 |
| 3.6.5 Bénéfices apportés par les IC sur la communication des données patients | 24 |
| Chapitre 4: Conclusion de la partie théorique | 25 |
| Partie pratique..... | 27 |
| Chapitre 1: Méthodologie | 27 |
| 1.1 Choix de la méthode..... | 27 |
| 1.2 Choix des hôpitaux | 28 |

| | | |
|------------------------------|--|----|
| 1.3 | Choix des outils de la récolte de données utilisés..... | 29 |
| 1.4 | Choix des interventions-clés retenues | 30 |
| 1.4.1 | Interventions clés retenues pour la mise en place d'une prothèse totale de genou.... | 33 |
| 1.4.2 | Rassemblement des interventions-clés en catégories pour la prothèse totale de genou | 35 |
| 1.4.3 | Interventions clés retenues pour la gestion du syndrome coronarien aigu | 36 |
| 1.4.4 | Rassemblement des interventions-clés en catégories pour le syndrome coronarien aigu | 37 |
| 1.5 | Construction de l'échantillon | 38 |
| 1.6 | Déroulement pratique de la récolte de données..... | 38 |
| 1.7 | Méthode d'analyse..... | 40 |
| 1.8 | Forces et faiblesses de la méthode | 40 |
| 1.9 | Calendrier | 42 |
| Chapitre 2: Résultats | | 43 |
| 2.1 | Présentation des données..... | 43 |
| 2.2 | Synthèse des résultats pour la prothèse totale de genou | 45 |
| 2.3 | Synthèse des résultats pour le syndrome coronarien aigu | 54 |
| 2.4 | Analyse des résultats..... | 62 |
| Chapitre 3: Discussion | | 67 |
| Conclusions générales..... | | 72 |
| Bibliographie..... | | 74 |
| Annexes | | 78 |

Introduction

1. Description du problème

Au cours de ce XXIème, notre système de soins de santé sera confronté à de nombreux défis : une augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques (Brunn et Chevreul, 2013), une population vieillissante et grandissante (SPF économie, 2011), une réduction de la proportion de personnes en âge de travailler par rapport à la population totale belge et une augmentation du nombre de personnes retraitées (bureau fédéral du plan, 2013). Ces menaces font partie des grands problèmes qui nuisent à la viabilité de notre système de soins de santé. En effet, ceux-ci risquent d'en augmenter les coûts pour la société (Daue et Crainich, 2008).

Il est ainsi impératif de trouver de nouvelles solutions. Selon Petrella (1996) : « *Le but de toute société est de trouver, compte tenu de sa richesse, de son histoire, de ses traditions, de sa culture, la meilleure façon d'organiser ses ressources, en particulier dans le domaine de la santé* ». Pour relever ces défis, le système de soins de santé belge doit s'orienter à long terme vers la qualité de la prise en charge des patients sans pour autant augmenter les dépenses en matière de soins de santé (Daue et Crainich, 2008). L'institute of medecine (2001) définit des soins de qualité comme étant : sûrs, efficaces, centrés sur le patient, dispensés aux moments opportuns, efficaces et équitables.

Au sein des hôpitaux, les itinéraires cliniques semblent prometteurs en termes d'amélioration de la qualité des soins. En effet, ceux-ci ont la capacité de proposer une vision intégrée de l'organisation des soins et permettent une amélioration de la qualité des soins sans pour autant en augmenter leurs coûts (Vanhaecht et al., 2007).

Néanmoins, au sein des processus de soins, les principaux incidents touchant la sécurité des patients et la qualité des soins sont causés par des défaillances au niveau de la communication (Lisha, 2011). Selon la Joint Commission (2004), les défauts de communication constituent une cause importante des événements sentinelles. Une communication et un travail d'équipe efficaces entre catégories de professionnels sont donc considérés comme essentiels pour atteindre un niveau de haute fiabilité dans les différents processus de soins.

2. Objectif de l'étude

Notre objectif principal est de mettre en avant le lien qui pourrait exister entre la présence d'un itinéraire clinique et une amélioration de la communication des données patients relatives à un processus de soins. La communication des données sera étudiée à travers l'enregistrement d'informations dans le dossier du patient.

Ce mémoire se décline en deux parties.

La première section de ce travail est dédiée à définir le cadre conceptuel dans lequel s'articule notre question de recherche. Nous y justifierons également l'utilité de notre enquête. Les concepts présentés permettront de former notre hypothèse de recherche : « *les Itinéraires Cliniques facilitent la communication des données patients (entre les différents intervenants) au sein du dossier patient.* »

La deuxième section de ce travail est consacrée à tester notre hypothèse de recherche sur le terrain. Notre partie pratique consistera en l'analyse rétrospective de dossiers de patients entrant dans les processus de soins « prothèse totale de genou » et « syndrome coronarien aigu ». La récolte de données sera réalisée dans les dossiers de 8 services hospitaliers. Parmi ceux-ci, certains ont développé un itinéraire clinique et d'autres n'en ont pas développé. L'objectif sera d'évaluer si la présence d'un itinéraire clinique a un impact sur la quantité et sur le type d'informations enregistrées dans le dossier du patient. Nous commencerons cette deuxième partie du travail par évoquer les éléments constitutifs de la méthodologie employée. Vous trouverez ainsi le choix de la méthode, le choix des hôpitaux étudiés, le choix des outils de récolte de données, la construction de notre échantillon ainsi que la méthode d'analyse utilisée. Ensuite, nous nous attarderons sur nos résultats, sur l'analyse de ceux-ci et sur la discussion. C'est à ce moment que nous tenterons de valider notre hypothèse de recherche. Enfin, nous présenterons nos conclusions.

Chapitre 1: Introduction

La partie théorique de ce mémoire permet d'avancer un certain nombre de concepts en lien direct avec notre question de recherche. Afin d'appréhender au mieux le domaine dans lequel nous allons évoluer tout au long de ce mémoire, il convient avant tout de replacer les institutions de soins belges dans leur environnement interne. L'objectif de cette première partie n'est pas d'élaborer une liste exhaustive des éléments internes des institutions de soins belges. Elle a plutôt pour but de comprendre les directions vers lesquelles doivent tendre les équipes de soins à long terme : des soins plus intégrés. À ce sujet, nous présenterons les Itinéraires Cliniques, un des outils de la qualité permettant une meilleure intégration dans les soins. Nous verrons également l'importance de développer un système d'information clinique efficace afin de soutenir le trajet du patient tout au long de son parcours dans l'hôpital. Nous terminerons par émettre l'hypothèse que les Itinéraires Cliniques pourraient avoir un impact sur la communication des données patients entre professionnels de la santé. Ceci introduira la partie pratique de ce mémoire.

Chapitre 2: Méthodologie de la recherche de littérature

Notre revue de la littérature porte sur les fondements épistémologiques sous-jacents de notre problématique. Il s'agit des valeurs qui sont à l'origine de la définition de la question de recherche de ce travail.

La recherche documentaire a été réalisée à l'aide de différentes bases de données exploitant les disciplines suivantes : la gestion, la santé, les systèmes d'information et de politique sociale. Nous avons donc utilisé les bases de données Medline (via l'interface Pubmed), Science Direct et ABIInform. Le moteur de recherche Google Scholar a été utilisé pour obtenir un premier aperçu des différentes thématiques et pour orienter notre recherche.

La base de données Medline indexe ses articles grâce au thésaurus MESH (Médical Subject Heading). Nous avons donc trouvé opportun de réaliser notre recherche à l'aide de ce langage contrôlé. En effet, lorsque des articles sont indexés dans la base de données à l'aide d'un descripteur MESH et que le chercheur interroge la base de données avec ce même terme MESH, alors les notices affichées correspondent bien à la demande. Le résultat de la recherche est donc pertinent.

Pour cette recherche documentaire, nous avons utilisé différents termes tels que : *care pathway, clinical pathway, critical pathway, integrated care pathway, patient centered, healthcare processes, clinical information system, hospital information system, communication, healthcare team.*

Pour les études, nous avons autant que possible privilégié les revues systémiques et les méta-analyses. Nous avons également effectué une recherche « google » afin d'identifier les sites d'organisation nationale et internationale. Les sites suivants ont été visités : www.belgium.be, www.czu-leuven.ac.be, www.has-sante.fr, www.healthgov.be, www.ihl.org (Institute for Healthcare Improvement) , www.ijcp.rsmjournals.com (international journal of care pathways), www.nkp.be et www.plan.be.

Chapitre 3: Cadre conceptuel

3.1 L'hôpital

3.1.1 Description générale

Actuellement, la Belgique compte 141 hôpitaux généraux (dont 113 hôpitaux aigus, 20 hôpitaux spécialisés et 8 hôpitaux gériatriques) et 68 hôpitaux psychiatriques. Parmi les hôpitaux généraux, 7 sont universitaires (SPF santé publique, 2014). Selon la loi belge du 13 mars 1985 (art. 2 de la loi coordonnée du 7 août 1987) : *« sont considérés comme hôpitaux, les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de la médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et dans le cadre médical, médico-technique, paramédicale et logistique requis et approprié, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais »*. La suite de ce travail se consacrera uniquement aux hôpitaux généraux. Dans les points suivants, nous allons définir quelques caractéristiques propres à l'environnement interne des hôpitaux.

3.2 Environnement interne de l'hôpital

3.2.1 La complexité des soins

L'organisation de la pratique médicale au sein des institutions de soins a évolué en fonction des avancées de la médecine. Le XXe siècle a été crucial dans le sens où il a permis de grands bonds dans la connaissance médicale. La première moitié de ce siècle fut marquée par une utilisation de plus en plus poussée de la chimie, de la biologie et de la physique, ce qui a contribué à développer les différentes modalités diagnostiques, chirurgicales et thérapeutiques (Danel, 2011). Après la Deuxième Guerre mondiale, la multiplication des antibiotiques a permis de couvrir une grande partie des espèces microbiennes (Papp, 1954). Dans les années 50, le développement d'un vaccin contre la poliomyélite permet de lutter contre cette maladie (Rutty, 2005). Par la suite, on remarque un développement accru de l'endocrinologie, de la chimiothérapie, de la radiothérapie, des méthodes de radio diagnostique, etc. (Danel, 2011).

Actuellement, grâce aux avancées de la science, la médecine peut prendre en charge des pathologies plus rares et faisant intervenir simultanément un grand nombre de paramètres. On

se rend donc compte que la médecine devient de plus en plus complexe. Selon l'Institute of Medicine (1999) : « *les hôpitaux sont caractérisés par des processus complexes, dont les variations sont nombreuses et nuisent à la qualité de la prise en charge* ». Il y a donc une nécessité de standardisation afin d'optimiser les soins.

3.2.2 Processus d'hyper spécialisation médicale

Afin d'assurer leur mission et de lutter face à la complexité des soins, les hôpitaux se sont organisés par spécialité. On remarque ainsi depuis plusieurs siècles un processus de différenciation des activités médicales (Weisz, 2005). Cela mène à caractériser la médecine contemporaine par un haut degré de spécialisation. Le nombre de spécialisations augmente et les spécialisations plus anciennes ont tendance à se diviser en sous spécialités (Boinet et Pierru, 2010). Ces sous spécialités sont axées sur des objets de plus en plus étroits et nécessitent des compétences de plus en plus spécifiques. Ce processus de spécialisation est renforcé par l'acquisition de nouvelles connaissances médicales et par le développement des progrès technologiques. Rajoutons que ce phénomène a un impact sur la profession en tant que telle. Pour Patrice Pinell (2005) : « *Profondément remaniée par la restriction de son territoire, la médecine générale voit ses missions redéfinies en fonction de leur complémentarité avec la médecine spécialisée (traitement des affections « tout-venant », orientation vers les spécialistes, suivi des patients traités à l'hôpital). Et, au terme de ce recentrage, elle en vient à être considérée, elle aussi, comme une forme particulière de spécialisation dont la pratique nécessite la maîtrise de compétences propres* ».

3.2.3 Multiplication des dossiers patients

Au fur et à mesure de l'apparition des différentes spécialités médicales, une multitude de dossiers patients sont apparus. Ils avaient tous pour objectif de parler d'un même patient, mais étaient organisés en fonction de la spécialité et des besoins de celle-ci (Debande, 2011). Ainsi, à l'heure actuelle, la tendance est que chaque spécialité crée son propre dossier patient, ce qui mène à des redondances d'information et à des processus de soins pas toujours efficaces.

3.2.4 La structure des institutions de soins

Le processus de différenciation des spécialités médicales, tel que décrit précédemment, a un impact important sur l'organisation hospitalière. Les hôpitaux se sont au fil du temps divisés en services eux-mêmes organisés par « inputs », c'est-à-dire organisés par qualifications et par compétences des opérateurs (Nizet et Pichault, 2007). Ce mode de départementalisation

incite à poursuivre des buts spécifiques et propres à chaque département sans tenir compte d'un des buts généraux de l'hôpital : la prise en charge la plus adaptée et la plus efficiente du patient. Ce type d'organisation encourage à développer une architecture en silo où chaque type de professionnel de la santé reste cloisonné dans sa spécialité (Lamothe, 1999). L'inconvénient d'un tel système est qu'il n'est pas propice à la communication et à la collaboration interprofessionnelle. La prise en charge des patients a donc tendance à s'effectuer de manière trop verticale. Ainsi, l'hôpital contemporain est caractérisé par une architecture très fragmentée rendant difficile la coordination des pratiques médicales.

3.2.5 Freins soulevés par l'environnement interne

On remarque que l'association des facteurs internes de l'hôpital mène à des freins empêchant la qualité dans les soins. En effet, au fil du temps l'hôpital a sans cesse développé de nouvelles structures (services et unités de soins) souvent très autonomes et non coordonnées entre elles. Ceci pose problème si l'on désire répondre aux enjeux de notre système de soins de santé qui sont aboutir à des soins de qualité, accessibles, équitables, sûrs, efficaces et en optimisant les ressources (Institute of Medicine, 2001). Il convient dès lors d'identifier des outils favorisant la communication et la coordination dans les soins afin d'acquérir une vision plus holistique du parcours du patient dans l'hôpital.

3.3 Besoins à long terme

Ces premiers points nous permettent de définir des enjeux à relever et des freins à soulever pour les années à venir. Une question importante de ce 21^e siècle est : « comment faire pour que l'ensemble des citoyens ait accès de manière libre et équitable à des soins de qualité tout en restant dans un contexte économique hautement compétitif, c'est-à-dire en évitant toute hausse des cotisations sociales ? ». Pour répondre à cette question, notre système de soins de santé doit évoluer et s'adapter aux nouveaux enjeux. Pour André-Pierre Contandriopoulos et al. (2001) : « *Les gouvernements n'ont pas d'autres choix pour continuer à offrir les services de santé de qualité d'une façon équitable, que de s'engager dans des opérations importantes de restructuration du système de soins* ». À l'échelle des institutions de soins, cette phrase pointe du doigt la réorganisation impérative des hôpitaux dans un concept permettant de placer le patient et la qualité des soins prodigués au centre de l'organisation. L'intérêt serait de renverser la pratique actuelle plutôt « verticale » vers une configuration plus « transversale » : passer d'une prise en charge localisée (ex. : par organe, par spécialité...) à une prise en charge plus globale (dite holistique). Mais nous l'avons vu, le processus de

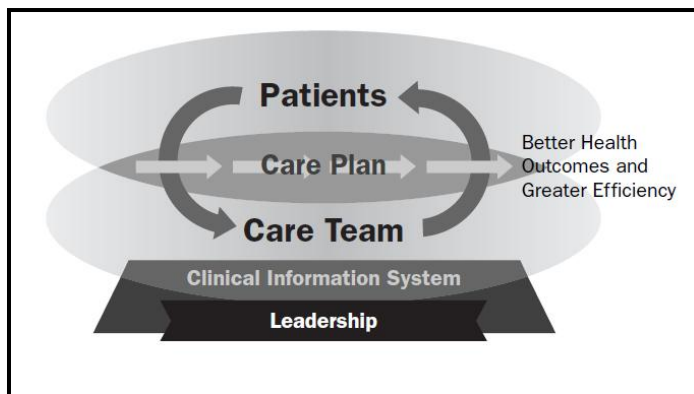
spécialisation médicale et la complexité des soins sont peu propices à ce type de configuration. Ils agissent en effet comme un frein à la coopération interdisciplinaire. À cela s'ajoutent les pressions exercées sur notre système de soins de santé via l'augmentation du niveau d'activité et des attentes des patients. Notons que les moyens des hôpitaux pour faire face à ces pressions n'augmentent que très peu.

L'intégration des soins serait une manière d'espérer maîtriser ces dysfonctionnements en favorisant une vision plus transversale et plus coordonnée du trajet du patient dans l'hôpital (Contandriopoulos, 2001). Elle permet, en optimisant l'utilisation des ressources et donc en étant plus efficiente (Schaller, 2008), de garantir des soins accessibles, équitables et de qualité à tout individu de notre système social. De plus, l'intégration permet d'inciter la coopération entre professionnels de la santé rendue jusqu'alors difficile en raison du cloisonnement créé par l'hyperspécialisation du milieu médical (Boinet et Pierru, 2010). Seulement, l'intégration clinique n'est possible qu'en consolidant les interactions fonctionnelles, c'est-à-dire renforcer les besoins d'informations et les moyens de communication, acquérir une meilleure cohérence dans les décisions, opérer à une réorganisation des équipes cliniques et développer une vision partagée de ce qu'il est adéquat de faire par l'ensemble des acteurs (Daue et Crainich, 2008).

3.4 Le modèle « Concept Design for Planned Care »

Nous l'avons vu, à ce stade de la recherche, la nécessité est donc de trouver des outils permettant de rencontrer les enjeux du système de soins de santé tout en soulevant les freins générés par l'organisation hospitalière. Au sein des hôpitaux, une solution identifiée serait donc de s'orienter vers des soins plus intégrés : « *from fragmentation to collaboration* » (Mintzberg, 1997). À ce sujet, en 2004, l'« Institute for Healthcare Improvement » (IHI), une organisation sans but lucratif dont l'objectif est de contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de santé à travers le monde via notamment la proposition d'outils exploitables sur le terrain, s'est penché sur la conception d'un système de soins permettant de surmonter les barrières précédemment décrites. Il en est ressorti un modèle qu'ils ont nommé : « Concept Design for Planned Care ». Ce modèle est illustré par la figure n°1.

Figure n°1 : Concept Design for Planned Care



Source: Institute for Healthcare Improvement (2006 Copyright©)

Le design de ce schéma insiste sur l'importance des plans de soins. En effet, chaque patient devrait bénéficier d'un plan de soins (Kabacene et al., 2006). Selon « l'IHI », cette idée de créer un plan de soins personnalisé pour chaque patient (ou pour chaque type de patient) est très intéressante, car elle incarne les principes fondamentaux des sciences de la fiabilité. Les résultats des soins consacrés aux patients sont alors améliorés en conséquence.

L'IHI a voulu distinguer les 4 éléments clés constituant tout système de prestation de service : l'équipe de soins, la participation du patient dans les soins, le leadership et le système d'information clinique. Par équipe de soins, elle sous-entend que les membres du personnel de l'hôpital utilisent leurs compétences dans un effort concerté, le but étant d'assurer des soins fondés sur les preuves scientifiques. En d'autres termes, les membres de l'équipe de soins doivent agir ensemble et être conscients d'un objectif commun : assurer la meilleure prise en charge du patient. Le patient doit également être actif dans la relation soignant soigné. Cela passe par la réduction de l'asymétrie d'information entre soignants et soignés : un patient qui connaît sa maladie sait comment la surveiller, sait comment gérer ses soins et sait également comment obtenir de l'aide (Léonard et al., 2004). Le troisième élément de ce modèle, nommé leadership, consiste à créer, de la part du leader (la direction de la clinique ou le médecin responsable), un climat propice à un travail en équipe. Pour ce faire, il faut favoriser les liens fonctionnels aux liens plus hiérarchiques (Nizet et Pichault, 2007). Rajoutons qu'un bon leadership aligne les systèmes administratifs et financiers d'une même organisation pour soutenir les soins prévus tout en assurant la pérennité de l'organisation (Kabacene et al., 2006). Le dernier élément du modèle illustre l'importance d'un système d'information clinique efficace. Il agit comme support aux soins. Il doit d'une part, permettre d'accéder à l'information d'un patient ou d'un groupe de patients rapidement, et d'autre part permettre de planifier les soins en se basant sur cette information. « L'IHI » ajoute que ce n'est que lorsque

ces 4 éléments sont modifiés simultanément que les organisations peuvent produire de meilleurs résultats sans augmenter les coûts (Kabcenell et al., 2006). Il invite donc chaque institution à tester ce modèle dans leurs processus d'amélioration des soins prodigués aux patients.

3.5 Les Itinéraires Cliniques

Les hôpitaux ont déjà commencé à penser aux ajustements impératifs de ce 21^e siècle. L'une des réponses à ces nouveaux enjeux organisationnels réside dans l'introduction d'itinéraires cliniques (IC), méthode d'amélioration de la qualité destinée à aider les équipes pluridisciplinaires à (ré)organiser un processus de soins et favoriser une configuration transversale. C'est ce que nous décrivons dans le point suivant.

3.5.1 Leurs Origines

Les Itinéraires Cliniques sont à l'origine nés des modèles de planification tels que The Critical Path Method (CPM) et The Programme Évaluation and Review Technique (PERT). Ceux-ci ont été développés dans l'industrie dans les années 50. Leur but était de rendre plus transparents les processus de production complexes (Vanhaecht et al., 2007). Ces outils permettent en effet d'améliorer les méthodes de gestion de la qualité en améliorant la compréhension des interactions entre différents acteurs (Vanhaecht et al., 2007). Ces méthodes permettent de relier les activités de production au moyen de chemins critiques et d'identifier d'éventuels goulots d'étranglement. La connaissance de goulots d'étranglement est non négligeable, car elle permet de lutter contre l'augmentation du temps de production.

Depuis les années 80, les hôpitaux ont rajouté à leurs objectifs la recherche d'efficience dans les soins (Daue et Crainich, 2008). Or, nous savons que les processus de soins sont complexes. En cause, d'une part, du caractère incertain et imprévisible des soins, et d'autre part, des besoins de liberté thérapeutique et d'individualisme des acteurs (Vanhaecht et al., 2007), il a été durant longtemps difficile de faire comprendre au secteur des soins que des systèmes de planification puissent aider à la qualité des soins. Les hôpitaux ont donc toujours été réticents à l'utilisation de méthodes de travail industrielles. Ce n'est qu'à la fin des années 80, après la période dite « fleur bleue » (ou de maximisation de la qualité sans contrainte des ressources) que les méthodes industrielles, sous le nom d' « Itinéraires Cliniques » (IC) ont été étendues au monde hospitalier. Actuellement, les IC conservent les principes de la PERT et de la CPM mais ont tout de même été adaptées au contexte des soins.

3.5.2 Définition

Les Itinéraires Cliniques sont utilisés dans le monde entier. Ils sont plus souvent connus sous le nom de « Clinical pathway » ou de « Care pathway ». Cependant, l'utilisation confuse du terme itinéraire clinique mène à un grand nombre de définitions parfois fortement différentes. Dans le cadre d'une recherche réalisée pour le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement entre 2003 et 2005, le professeur Sermeus (KUL) et ses collaborateurs ont inventorié les différentes définitions existant pour le concept « itinéraire clinique ». Selon Sermeus et al. (2005) : « *le choix d'un substantif adéquat est le plus discutable dans la littérature* ». Ainsi, la formulation de la définition peut se limiter à un document (vision statique) ou au contraire définir une méthode (vision dynamique). L'interprétation de cette définition peut également être soit très générale, soit très spécifique concernant le contenu. (Sermeus et al., 2005).

La définition développée par Hindle et Yasbeck (2005) est souvent mise en évidence : “*a document that both describes the usual way of providing multidisciplinary clinical care for a particular type of patient and serves as a place to record care actually provided during an episode of care*”. Par cette définition, nous pouvons conclure que l'itinéraire clinique serait un document utile à remplir deux objectifs. Le premier serait de décrire la procédure à suivre par une équipe multidisciplinaire afin de garantir des soins de qualité. Le deuxième objectif serait d'analyser les variations dans la pratique par rapport au schéma prévu. Cependant, cette définition présente des limites, car elle ne tient compte que d'un nombre limité de facteurs relatifs aux itinéraires cliniques. La notion de chemin critique, pourtant importante dans les itinéraires cliniques, n'est en effet pas mise en évidence. Le chemin critique est en fait une description des étapes du processus qui pourraient allonger le temps total. Un itinéraire clinique tel que nous l'entendons pour cette recherche se base sur 4 piliers : l'expérience des patients, les meilleures pratiques (Evidence Based in Medecine ou EBM), l'expérience professionnelle et l'organisation dans laquelle se trouve l'IC (utilisation des ressources, capacités disponibles,...). C'est en quelque sorte sur base de ces 4 piliers que doivent être élaborés les IC.

Dans un souci de précision, la définition que nous accepterons pour la suite de la recherche sera celle utilisée par le « Réseau Itinéraires Cliniques » de l'Université Catholique de Louvain : « *a care pathway is a complex intervention for the mutual decision making and organisation of care processes for a well-defined group of patients during a well-defined*

period. » (Vanhaecht, De Witte, Sermeus, 2007). À travers cette définition, les objectifs défendus par le « Réseau Itinéraires Cliniques » sont d'améliorer la qualité des soins, de diminuer la variabilité non justifiée des pratiques et d'améliorer l'efficacité des services de santé.

3.5.3 Caractéristiques

La réussite de la mise en œuvre d'un itinéraire clinique est déterminée par quatre facteurs : l'engagement de la direction et la participation de la base opérationnelle pour en faire un projet institutionnel d'une part et d'autre part baser l'organisation sur une conception orientée patient et opérer à un processus de changement méthodique (Vanhaecht et al., 2002). De plus, Vanhaecht et al. (2011) définissent 5 caractéristiques relatives aux itinéraires cliniques :

1. une définition à priori des objectifs et interventions clés à réaliser. Les interventions clés représentent les activités auxquelles le patient ne peut se soustraire au risque de retarder le processus de soins ou d'avoir un effet sur le résultat final. Celles-ci sont définies en se basant sur les patients, les caractéristiques des patients, ainsi que les règles de bonne pratique;
2. une facilitation de la communication à la fois entre les différents professionnels, mais également avec le patient et son entourage;
3. une meilleure coordination du processus de soins;
4. une collecte ainsi qu'un suivi et une évaluation des résultats et des écarts;
5. une identification des ressources nécessaires en fonction des ressources disponibles.

D'après Vanhaecht et al. (2010), un itinéraire clinique peut être considéré à la fois comme un concept, un processus, une méthode et un produit. En tant que *concept*, l'itinéraire clinique est censé être centré sur les besoins et les attentes des patients. On remarque dans les plans stratégiques des institutions hospitalières belges une convergence théorique de soins centrés sur le patient. Cependant dans la pratique, cet objectif n'est que trop peu rempli. L'itinéraire clinique est donc un outil permettant d'opérationnaliser cette vision orientée patient. Ensuite, l'itinéraire clinique est également un *processus* au cours duquel on optimise l'organisation des soins. Les IC se veulent donc centrés sur le patient afin de permettre une planification et une organisation optimale des soins. Cependant, le processus de changement doit être abordé de façon méthodique. Pour ce faire, le cercle de qualité Plan-Do-Check-Act élaboré par Deming (1982) permet un changement progressif. Vanhaecht et al. (2002) l'ont ainsi utilisé et

l'ont adapté afin qu'il soit utile à l'élaboration d'IC et fonctionne mieux qu'un changement brutal des pratiques. Il se compose de 30 étapes et se base sur l'analyse des pratiques existantes. Il tente également d'y intégrer les éléments existants (dossier médical, formulaires, guidelines, organisation des services,...). Cependant, ce plan en 30 étapes peut parfois être lourd concernant sa mise en place. Récemment, il a donc été révisé par le « Netwerk Klinische Paden (NKP) » en collaboration avec le personnel et les directions des institutions concernées en Belgique et aux Pays-Bas. Il est alors passé d'un plan en 30 étapes à un modèle en 7 phases. Notons que dans ce nouveau modèle la logique du cycle de Deming a tout de même été conservée. En tant que *méthode*, l'IC regroupe un ensemble d'outils permettant de rendre plus qualitatif et plus efficient le processus de soins. Enfin, l'itinéraire clinique permet de mettre en place un grand nombre de *produits* : feuille jointe au dossier détaillant les étapes du parcours du patient, fascicule distribué au patient expliquant l'IC, indicateurs de processus, rapports d'analyse des écarts,...

3.5.4 Les différents types d'Itinéraires Cliniques

Il est important de ne pas confondre programme de soins et IC. Les programmes des soins sont utilisés par les pouvoirs publics dans le but de coordonner l'agrément, la programmation et le financement des hôpitaux. Le programme de soins d'un hôpital décrit donc ce que celui-ci propose au patient. L'IC est quant à lui un outil permettant de rencontrer les attentes via l'opérationnalisation des programmes de soins. Selon Sermeus et Vanhaecht (2007) : « *les programmes de soins s'efforcent d'apporter une réponse à la question du 'quoi', les itinéraires cliniques répondent avant tout à la question du 'comment'* ». On différencie de manière générale 3 méthodes d'élaboration d'IC (Tschopp et al., 2009). Le degré de prévisibilité est essentiel dans le type de méthode utilisée. On distingue ainsi :

1. les itinéraires cliniques standardisés (processus de soins prévisible chez un groupe de patients),
2. les itinéraires cliniques spécifiques aux patients (les soins du groupe sont imprévisibles, mais ne le sont pas d'un point de vue individuel. En d'autres mots, tous les aspects de la prise en charge ne peuvent être anticipés au niveau du groupe, mais peuvent l'être une fois les caractéristiques propres au patient connues)
3. le case management (populations de patients ayant un parcours de soins très peu prévisibles) (Sermeus et Vanhaecht, 2007).

3.5.5 Le réseau Itinéraires Cliniques en Belgique

En 2000 est né en Flandre le « Netwerk Klinische Paden (NKP) ». Il est dirigé par le Centrum voor Ziekenhuis en Verplegingswetenschap (CZV) de la Katholieke Universiteit Leuven (KUL). Depuis sa création, le NKP a acquis une grande expertise dans l'élaboration d'Itinéraires Cliniques. Il s'est ensuite étendu en 2002 au Pays-Bas, coordonné par le « Centraal BegeleidingsOrgaan (CBO) ». En 2004, suite à la demande d'hôpitaux francophones désireux de s'engager dans la mise en place et dans l'évaluation d'IC, le Réseau Itinéraires Cliniques (RIC, équivalent du NKP mais côté francophone incluant 2 institutions suisses et une luxembourgeoise) est créé. Celui-ci est coordonné par la Faculté de Santé Publique de l'Université Catholique de Louvain (UCL) en partenariat avec les Mutualités Chrétiennes et a pour but d'accompagner les hôpitaux dans le développement et la mise en place d'IC. La mission première du NKP et du RIC est de former un coordinateur à la méthodologie IC au sein de chacun des hôpitaux membres du Réseau (Schmit et al., 2011). Les parties néerlandophones et francophones travaillent en étroite collaboration (RIC-NKP). Aujourd'hui, ce réseau Belgo-Hollandais regroupe plus d'une centaine d'institutions (soins aigus, centres de réadaptation, hôpitaux psychiatriques, organisation transmurale et première ligne).

3.6 La communication dans les hôpitaux

Dès le début de ce travail, nous parlons de la nécessité d'intégrer les soins. C'est ainsi que nous présentons les Itinéraires Cliniques, outil d'amélioration de la qualité des soins. À ce stade, nous constatons que les IC répondent positivement aux éléments clés constituant le modèle « Concept Design for Planned Care ». En effet, en basant l'organisation sur un processus orienté patient, les IC « centrent leurs soins sur le patient ». En utilisant la notion de chemin critique, les IC mettent en place « une équipe de soins » travaillant autour d'un « plan de soins ». En engageant la direction et le personnel de la base opérationnelle pour en faire un projet institutionnel, les IC favorisent les liens fonctionnels aux liens hiérarchiques (« leadership »). Cependant, le « Concept Design for Planned Care » illustre également l'importance d'un système d'information clinique efficace agissant comme support aux soins (Kabcenell et al., 2006). À ce titre, les IC prétendent améliorer la communication entre intervenants, ce qui est positif, mais mérite d'être vérifié. En effet, plusieurs auteurs affirment qu'un manque de communication est nocif à la qualité des soins. Selon la Joint Commission (2004), les défauts de communication constituent une cause importante des événements sentinelles. Léonard et al. (2004) soutiennent cette idée en soulignant que les défaillances de

communication sont une cause extrêmement fréquente de préjudice pour le patient. Selon l'institut canadien pour la sécurité des patients, les principaux incidents touchant la sécurité des patients et la qualité des soins sont causés par des défaillances au niveau de la communication (Lisha, 2011). Un système de communication efficace est donc considéré comme un critère majeur de qualité des soins. C'est la raison pour laquelle nous porterons une attention particulière sur ce dernier point.

3.6.1 Les différents modes de communication

La notion de communication exige une mise en commun d'informations entre tous les acteurs de l'hôpital (Haller et al., 2011). Le milieu hospitalier est caractérisé par deux modes de communication: la communication orale et la communication écrite.

Pour ce travail nous nous concentrons sur la communication écrite. Tout le monde connaît l'expression latine d'Horace « *verba volant, scripta manent* » dont la traduction signifie « *les paroles s'envolent, les écrits restent* ». Durant l'antiquité, cette expression était utilisée afin d'inciter la retranscription des connaissances par écrit. L'objectif était de favoriser la transmission des savoirs. Pour notre recherche, nous exploiterons l'idée que les écrits, à l'inverse des paroles, ont l'avantage de laisser des traces et des preuves d'activités liées à un processus de soins. C'est la raison pour laquelle nous focaliserons la suite de notre étude sur la communication écrite. Le dossier patient est l'élément le plus utilisé dans le milieu des soins pour communiquer par écrit. Il constitue l'outil central de l'organisation des soins et contient de nombreuses informations médicales, paramédicales et administratives (Lovis, 2009). Il joue ainsi le rôle de liant entre les différents mondes hospitaliers. Nous nous attardons donc quelque temps sur ce dernier.

3.6.2 Le dossier patient

Il existe un grand nombre de définitions du dossier patient et celles-ci ont évolué au cours du temps en fonction de leur utilité. Ainsi, durant la Grèce Antique, celui-ci est dédié à l'enseignement. Durant la Renaissance, il était utilisé comme outil de recherche. Après la Seconde Guerre mondiale, le dossier patient agit comme aide mémoire du médecin (De Clercq, 2012). Enfin, dans les années 80, il devient la mémoire écrite de toutes les informations d'un malade. Actuellement, le dossier patient est de plus en plus considéré comme un outil de communication entre professionnels de la santé. Plutôt que de rester statique, le dossier patient adopte donc une vision de plus en plus dynamique (Lovis, 2009).

Ainsi, selon F. Roger France (1982) : « *le dossier médical est une mémoire écrite de toutes les informations d'un malade à la fois individuelles et collectives constamment mise à jour.* » Pour F. Kohler et E. Toussaint (2002) : « *le dossier du patient, c'est l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives, qui permettent d'assurer la prise en charge harmonieuse et coordonnée d'un patient en termes de soins et de santé par les différents professionnels qui en assurent la prise en charge. C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge et c'est à partir de vues différentes des données qu'il contient que l'on élabore des bilans d'activité et des travaux de recherche. Enfin, les dossiers servent à l'enseignement.* »

Au regard de ces deux définitions, on remarque que la notion de dossier patient reste relativement vague. Actuellement en Belgique, au sein des hôpitaux, deux dossiers sont obligatoires. Il s'agit du dossier médical et du dossier infirmier. L'Arrêté Royal du 3 mai 1999 définit comme dossier médical général : « *l'ensemble fonctionnel et sélectif de données médicales, sociales et administratives pertinentes relatives à un patient, qui font l'objet d'un traitement manuel ou informatisé* ». Cet Arrêté Royal stipule également que : « *le dossier médical général a pour but d'optimiser la qualité des soins dispensés et d'éviter les doubles emplois en ce qui concerne les actes* ». L'Arrêté Royal du 28 décembre 2006 détermine les conditions générales minimales auxquelles doit répondre le dossier infirmier. Le dossier médical et le dossier infirmier sont utiles respectivement à l'élaboration du RCM (Résumé Clinique Minimum) et du DI-RHM (Données Infirmières du Résumé Hospitalier Minimum). Le RCM et le DI-RHM, associés au RFM (Résumé Financier Minimum) forment le RHM (Résumé Hospitalier Minimum). Celui-ci est envoyé au SPF Santé publique qui l'utilise comme outil de contrôle de la gestion de l'hôpital (Durant, 2011). L'élaboration de ces dossiers est essentiellement portée dans l'optique de rationaliser les financements hospitaliers. Ces dossiers sont donc la plupart du temps organisés dans le but d'y retirer l'information utile à la constitution du RHM.

3.6.3 Les évolutions du dossier patient : vers une plus grande intégration

Les premiers points de ce chapitre pointaient du doigt les problématiques engendrées par le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de patients souffrant de maladies chroniques. Nous nous orientons vers des soins plus complexes, multi- pathologiques et non plus centrés uniquement sur l'organe comme le veut la spécialisation médicale. Il est donc

indispensable d'adapter le système d'information clinique afin d'améliorer la communication entre professionnels de la santé.

Ainsi, il serait intéressant de procéder dans un avenir proche à l'intégration de l'ensemble des informations relatives à un même patient et issues de différentes spécialités. Ceci permettrait à chaque acteur de retrouver rapidement et au moment opportun l'information dont il a besoin pour planifier et dispenser des soins de qualité. Pour y arriver, l'informatique pourrait être envisagée (Grosjean et Bonneville, 2007 ; Omnes, 2010). Selon Benoît Debande (2011) : « nous sommes dans une période de mutation du dossier patient, support papier ancestral qui de tout temps a collationné les informations relatives au patient ». Nous nous orientons vers une informatisation du dossier patient afin d'en obtenir un dossier patient intégré (Bringay et al., 2004). Pour ce faire, il sera nécessaire à l'avenir de trouver le moyen de relier l'ensemble des informations issues des différentes disciplines médicales en un dossier patient informatisé (Lovis, 2009). Ce type de dossier a l'avantage d'offrir une fonction dite « mémoire », utile pour une documentation exhaustive du séjour du patient ainsi qu'une fonction « processus », permettant de se rendre compte en temps réel et de ce qui sera à programmer dans un futur proche dans le but de la meilleure prise en charge du patient. Nous reprenons donc la définition de dossier patient intégré de Benoît Debande (2011) : « outil informatique centré sur le patient, qui rassemble l'ensemble des informations sur son état de santé (fonction mémoire du dossier) et assure une vue consolidée de l'état actuel et futur du processus de prise en charge du patient (fonction processus du dossier) ». De plus, outre la fonction mémoire et la fonction processus, le dossier a aussi une fonction de communication et d'évaluation.

3.6.4 L'informatisation au sein du Réseau Itinéraires Cliniques

L'informatique pourrait ainsi être une solution à l'intégration des données patients. En 2012, la coordinatrice du RIC a fait un bilan auprès des coordinateurs du réseau faisant le point sur les dix années d'existence du réseau, le but étant d'explorer les forces et les faiblesses des IC, les facteurs favorables ou défavorables à la pérennisation des IC, l'organisation interne des IC et les avis sur le fonctionnement du RIC et son potentiel. Une des dimensions explorées était un état des lieux de l'informatisation dans les différentes institutions du réseau. Ce bilan conclut qu'il subsiste une forte variation en termes d'informatisation entre les différentes institutions. Le dossier médical est informatisé dans la plupart des hôpitaux du RIC, même si ce n'est parfois que partiellement. Parfois, la prescription informatique ainsi que les résultats

d'examens y sont intégrés. Concernant le dossier infirmier, celui-ci reste en version papier dans la plupart des hôpitaux du RIC. On retrouve donc des dossiers patients constitués en partie sous format papier et en partie sous format informatisé (RIC, 2012). Si l'on met en relation ce bilan avec les ambitions d'évolution du dossier patient, nous nous rendons compte qu'il persiste du chemin à parcourir avant d'arriver, à « un dossier patient intégré ». Il serait donc intéressant d'axer les recherches futures dans ce sens.

3.6.5 Bénéfices apportés par les IC sur la communication des données patients

Un grand nombre d'études tentent de mettre en évidence les bénéfices apportés par les itinéraires cliniques. Parmi celles-ci, on relève souvent l'impact des IC sur la qualité des soins (IHI, 2013), sur les coûts des soins de santé, sur les durées de séjour (Barbieri et al., 2009 ; Den Hertog et al., 2012 ; Kim et al., 2003 ; Seehusen, 2010), sur la satisfaction des patients, sur la satisfaction du personnel, sur l'optimisation du flux du patient (Vanhaecht, 2007), sur les programmes d'accréditation ainsi que sur les facteurs de réussite de l'implantation des IC (Vanhaecht, 2007 ; Zander, 2002). Néanmoins, nous n'avons identifié qu'un petit nombre de recherches prenant en compte l'impact des itinéraires cliniques sur la communication des informations relatives à un processus de soins.

Toutefois, dans une étude, Rotter et al (2010) ont conclu que les IC amélioraient la communication clinique. Ils prétendent que cela se traduit par la transcription plus fréquente des objectifs thérapeutiques, d'événements spécifiques et des résultats d'évaluation. Cette étude était basée sur 2 essais comparatifs. N'ayant identifié qu'un petit nombre d'études traitant cette thématique, nous pensons qu'il serait intéressant de tester sur le terrain si nous arrivons à la même conclusion que cet auteur. En d'autres mots, identifier concrètement si les itinéraires cliniques ont une influence sur les systèmes d'information clinique des hôpitaux apporterait une plus value importante par rapport aux études déjà réalisées sur les IC.

Chapitre 4: Conclusion de la partie théorique

L'agencement des différents concepts décrits précédemment permet de tirer un certain nombre de conclusions. Dans un futur proche, notre système de soins de santé sera confronté à différents enjeux : des soins sûrs, efficaces, de qualité, accessibles, équitables, etc. Cependant, ces idées ne peuvent être rencontrées si l'on continue obstinément à travailler avec des structures trop autonomes et peu coopératives entre elles.

Au niveau hospitalier, une réorganisation plus transversale de l'activité des soins en fonction des besoins du patient serait une solution (Vanhaecht et al., 2009). L'IHI définit une démarche à suivre basée sur la création d'un plan de soins adapté à chaque patient, ce concept faisant intervenir 4 éléments : l'équipe de soins, la participation du patient dans les soins, le leadership et le système d'information clinique.

Les itinéraires cliniques ont déjà par le passé prouvé leur capacité à proposer une vision plus transversale de l'hôpital par l'intégration clinique. À l'heure actuelle, nous pensons que les IC font intervenir 3 éléments de ce modèle : l'équipe de soins, la participation du patient et le leadership. Néanmoins, nous savons que l'intégration clinique devrait également être soutenue par un système d'information clinique efficace. À ce sujet, bien que la philosophie des IC prône une facilitation de la communication entre les différents professionnels de la santé, nous n'avons identifié que peu d'études traitant le sujet. Pourtant, nous pensons que le postulat d'une amélioration de la communication entre professionnels de la santé en présence d'un itinéraire clinique devrait se vérifier. À ce sujet, nous avons vu que le milieu médical utilisait différents moyens de communication, dont l'utilisation d'un dossier. C'est précisément sur ce dernier que nous focalisons le reste de notre recherche.

Nous avons donc décidé de reformuler ce postulat en une hypothèse. Selon Stordeur (2008) : *« une hypothèse est une proposition admise provisoirement avant d'être soumise à l'épreuve des faits. »* Dès lors, l'hypothèse que nous testerons dans la suite de ce travail est : *« les Itinéraires Cliniques facilitent la communication des données patients (entre les différents intervenants) au sein du dossier patient. »*

Le chapitre empirique de ce mémoire sera donc consacré à analyser la communication des données d'un processus de soins à travers l'enregistrement d'informations dans le dossier du patient. Plus précisément, nous tenterons d'identifier si la présence d'un Itinéraire Clinique

influence la quantité et le type d'information échangée entre professionnels au sein du dossier patient.

Cette étude permettra dans un premier temps de comprendre ce qui a changé concernant les systèmes d'information clinique depuis la mise en place d'itinéraires cliniques et d'ainsi vérifier si les IC répondent à l'ensemble des objectifs du modèle « Concept Design for Planned Care » proposé par l'IHI. Dans un deuxième temps, ce travail souscrira des pistes pour faire évoluer les dossiers patients actuels vers des dossiers patients plus intégrés.

Nous commencerons l'approche pratique de ce travail par expliquer plus en détail le choix du type d'étude utilisée. Nous décrirons également les méthodes d'échantillonnage et d'analyse employées. Ensuite, nous présenterons les résultats obtenus de notre récolte de données. Nous analyserons ces données et terminerons par conclure ce travail.

Chapitre 1: Méthodologie

1.1 Choix de la méthode

La deuxième partie de ce mémoire est consacrée à une recherche empirique, c'est-à-dire qu'elle privilégie l'observation et l'expérience plutôt que d'être fondée sur la théorie et l'abstraction (OMS, 2003). Concrètement, la suite de ce travail est consacrée à comparer la communication des données patients dans des services développant un Itinéraire Clinique et dans des services n'en développant pas afin d'en identifier des différences.

Nous adopterons lors de notre collecte de données une approche quantitative et une approche qualitative. L'approche quantitative a pour but d'évaluer, le plus objectivement possible, la quantité d'information effectivement communiquée au sein du dossier patient. Cette évaluation est réalisée en analysant des dossiers patients rétrospectivement à l'aide de grilles d'observation que nous avons spécialement élaborées pour l'occasion. Nous essayerons également de comprendre quel type d'information est communiquée, quel type d'information a plus de mal à être communiqué et quelles sont les formes de communication utilisées au sein des dossiers patients. L'approche qualitative a pour objectif de mettre en évidence l'aisance et la rapidité avec laquelle un observateur externe au service retrouve l'information au sein du dossier du patient. Nous nous entretiendrons ensuite avec deux membres du personnel de chacun des services rencontrés. L'objectif sera de comprendre le fonctionnement de chacun des processus de soins sur le terrain. De plus, ceci permettra de décrire les modes de communications informelles utilisés sur le terrain et de nuancer des éléments qui n'auraient pas été trouvés dans la partie quantitative de cette recherche.

Rajoutons que nous nous concentrons sur une analyse du dossier patient au sens large du terme. Par question de compréhension, nous avons décidé d'élaborer une définition de ce dernier. Il s'agit de « l'ensemble des dossiers médicaux, des dossiers infirmiers, des dossiers de kinésithérapie et de tout autre document utilisés par les professionnels de la santé au sein d'un hôpital, afin d'assurer, entre eux, la meilleure communication possible des données patients et dont l'objectif final est de soutenir la prise en charge du patient tout au long de son parcours au sein du processus de soins. »

La deuxième grande partie de ce mémoire commence donc par une recherche descriptive, permettant de rendre compte d'une réalité et de différencier des services médicaux à partir de l'information réellement échangée. Mais attention, ce type d'information n'est pas suffisante, car elle ne donne pas d'explications sur les résultats trouvés (Stordeur, 2008). Dès lors, nous complétons cette recherche descriptive en développant une recherche explicative.

1.2 Choix des hôpitaux

La première étape dans l'élaboration de la partie pratique de ce travail a consisté à sélectionner les hôpitaux dans lesquels nous allions réaliser notre récolte de données. Pour ce faire, nous avons émis préalablement plusieurs critères d'éligibilité. Premièrement, il fallait que les hôpitaux dans lesquels nous récoltions nos données fassent partie du RIC et donc développent au moins un itinéraire clinique. Deuxièmement, nous désirions analyser des IC issus d'hôpitaux/de groupements hospitaliers différents. Troisièmement, nous voulions étudier la communication des données à travers deux processus de soins différents. L'objectif était d'identifier des tendances propres aux IC et d'éviter des tendances spécifiques à un processus de soins particulier. Quatrièmement, nous voulions sélectionner des processus de soins existant avec et sans IC pour 2 pathologies. Enfin, nous voulions pour chaque pathologie un échantillon de 2 services développant un IC et de 2 services n'en développant pas. Le but était de pouvoir par la suite discuter de nos résultats.

Afin d'orienter nos choix, nous avons réalisé une phase exploratoire. Celle-ci s'est déroulée en 2 temps forts.

Dans un premier temps, afin de mieux nous rendre compte de la réalité du terrain, nous avons rencontré 3 coordinateurs très actifs dans le développement d'IC : les Cliniques Universitaires Saint Luc de Bruxelles, le CHC de Liège et le CHWAPI de Tournai. Se rendre dans des hôpitaux éloignés sur le plan géographique génère un solide tour d'horizon des IC actifs au sein du RIC. Les questions posées à chacun des coordinateurs se trouvent en l'annexe 1 de ce travail. À la suite de ces rencontres, nous avons décidé d'arrêter nos choix sur 2 catégories d'IC. Il s'agit des IC de la prothèse totale de genou (PTG) et du syndrome coronarien aigu (SCA). Nos choix se justifient par les différences de fréquence de présence de ces IC sur le terrain. En effet, les IC les plus coutumiers sont de type orthopédique. L'IC SCA est quant à lui moins fréquent. Cette différence de fréquence a été identifiée dans 2 études belges: « le tour des hôpitaux » réalisée par le Réseau Itinéraire Clinique et «het aantal zorgpaden per medische discipline in België » réalisée par le Netwerk Klinische Paden. De plus, nos choix

se sont portés sur ces 2 processus de soins, car ils sont peu semblables concernant leur organisation pratique. Ceci permettra par la suite de prendre du recul lors de la « généralisation des observations ». En effet, l'IC PTG est un processus de soins prévisible pour la catégorie de patient concernée (« standardisable ») et se réalise de manière « chronique ». L'IC SCA est quant à lui assimilé à un processus de soins moins prévisible pour le groupe de patient considéré. Par contre, il est prévisible individuellement et se réalise dans l'urgence, de manière aigüe.

Mais les bénéfices de ces rencontres ne se sont pas limités à choisir 2 pathologies pour notre étude. En effet, ces entrevues ont apporté une plus-value importante au design de notre récolte de données, car c'est après celles-ci que nous nous sommes rendu compte de l'importance de réaliser une approche qualitative. Celle-ci sera complémentaire à l'approche quantitative de notre partie pratique. Cette pré-enquête a donc mis en évidence l'importance des entretiens pour identifier la communication de type informelle. En effet, il se peut que certaines informations ne soient pas identifiées par le chercheur lors de l'approche quantitative. Dans ce cas, l'approche qualitative, qui se réalisera sous la forme d'entretien avec des personnes de terrain, apportera des nuances à des informations non trouvées.

Dans la deuxième partie de notre phase exploratoire, nous avons contacté par téléphone les personnes responsables de la prise en charge locale des IC retenus. Le but était de se renseigner sur les démarches à entreprendre afin d'obtenir les autorisations d'accès aux dossiers médicaux (lettre de motivation, Curriculum Vitae, passage devant un comité d'éthique, etc.). Au cours de ce premier contact, nous avons également fixé une date de rencontre avec les responsables IC des différents hôpitaux. Ces réunions nous donnèrent la chance d'expliquer l'objectif de notre étude, de garantir la confidentialité et l'anonymat des données et de leur expliquer l'opportunité que ces services soutireraient à une participation à notre étude.

1.3 Choix des outils de la récolte de données utilisés

Afin d'analyser le plus méthodiquement possible les dossiers des différents sites hospitaliers retenus, il nous fallait un outil de récolte de données. N'en ayant pas trouvé dans la littérature, nous avons décidé de construire un outil de récolte de données pour chacune des 2 pathologies. Pour faciliter cette tâche, nous avons basé leur élaboration sur les caractéristiques d'un outil similaire existant : le « global trigger tool for measuring adverse events (GTTMAE) » développé par « l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) ». À

l'origine, le « GTTMAE » a pour but d'identifier avec précision les événements indésirables ainsi que leur nombre en fonction du temps. Il est basé sur l'analyse manuelle rétrospective et aléatoire des dossiers. Il permet, en analysant des éléments ciblés du dossier patient, appelés également « éléments déclencheurs », de détecter les événements indésirables. En outre, cet outil possède plusieurs avantages : il permet d'analyser un dossier patient en seulement 20 minutes, et cela indépendamment de l'épaisseur de celui-ci. Chaque événement indésirable a également la même probabilité d'être identifié (Griffin, 2009).

Pour ce travail, notre but est d'identifier l'enregistrement d'activités de soins recommandées par les règles de bonne pratique. La méthode d'analyse développée par l'IHI s'apparente donc à la partie pratique de ce mémoire. Néanmoins, plutôt que de rechercher des événements indésirables, nous voulons identifier des événements désirables. Plutôt que de cibler notre recherche sur des « éléments déclencheurs », nous l'orientons sur la recherche d'informations attestant l'enregistrement d'actions recommandées par les règles de bonne pratique. Ainsi, certains principes d'analyse développés par le « global trigger tool for measuring adverse events » ont été empruntés pour développer nos outils d'observation des dossiers. Dès lors, parmi ceux-ci nous retenons l'analyse rétrospective des dossiers, le temps d'analyse d'un dossier (20 minutes), la probabilité égale d'identifier chaque activité de soins et l'indépendance de l'épaisseur du dossier sur le temps de recherche. Nuancions également que l'objectif de notre recherche n'est pas de critiquer les pratiques de soins, mais d'évaluer l'échange d'information au sein des dossiers patients. Nous n'évaluerons donc pas la variabilité des pratiques de soins. Afin d'élaborer nos grilles d'observation, nous avons décidé d'identifier, à l'aide de guidelines, les règles de bonne pratique des 2 pathologies retenues.

1.4 Choix des interventions-clés retenues

Nous savons que lors de l'hospitalisation d'un patient, celui-ci bénéficie d'un ensemble d'activités très différentes telles que des examens de laboratoire, des examens de radiologie, des consultations, des traitements, de la surveillance, une préparation à sa sortie, etc. À l'heure actuelle, nous avons vu qu'il était nécessaire d'optimiser le parcours du patient au sein de l'hôpital et donc d'identifier les meilleurs moments pour réaliser ces différentes activités.

Au sein des Itinéraires Cliniques, les processus de soins sont caractérisés par un enchaînement d'activités appelées également interventions clés. Pour rappel, il s'agit d'activités auxquelles le patient ne peut échapper au risque de retarder le processus de soins ou d'avoir un effet sur

le résultat final. Non seulement ces interventions-clés doivent être réalisées au temps opportun, mais nous jugeons intéressant que chacun des intervenants de l'IC puisse différencier rapidement les étapes du processus de soins déjà réalisées de celles qui sont encore à prévoir. En d'autres termes, il faudrait que chaque intervention-clé puisse être enregistrée et retrouvée facilement au sein du dossier patient. Ceci permettrait à un médecin, n'ayant pas pris en charge le patient initialement, d'intégrer le processus de soins à n'importe quel moment.

Ayant pour objectif d'identifier le type d'information devant transiter entre professionnels de la santé, nous avons dans un premier temps recherché les interventions clés recommandées par les règles de bonne pratique pour la prothèse totale de genou et le syndrome coronarien aigu. Nous avons identifié à travers des bases de données et des sites internet 2 guidelines (issus de la « British Orthopaedic Association » et de la « Haute Autorité de Santé »), 1 « map of care » et 10 articles traitant la PTG. Concernant le SCA, nous avons trouvé 3 guidelines (issus du « Journal of American College of Cardiology », de « l'European Society of Cardiology » et de la « Haute Autorité de Santé ») et 6 articles traitant ce processus de soins. Les diagrammes illustrant notre méthodologie de recherche sont annexés à ce travail. Grâce à ces revues de littérature internationales, nous avons pu relever de nombreuses interventions-clés. Parmi celles-ci, nous avons décidé d'en choisir une vingtaine par pathologie. Celles-ci formeront nos 2 outils d'observation des dossiers. Le choix des interventions-clés s'est réalisé dans l'optique de balayer l'ensemble des actions des deux processus de soins en question. Notre critère de choix était la pertinence. Nous avons considéré une intervention comme pertinente lorsque celle-ci était indiquée dans plusieurs guidelines. Les interventions sélectionnées sont citées dans les pages suivantes de ce travail. Nous avons ensuite regroupé les enregistrements des interventions-clés en trois catégories :

- **les informations de type cliniques et fonctionnelles.** Il s'agit des données physiologiques et fonctionnelles du patient à un moment précis du parcours du patient (pulsations cardiaques, tension artérielle, taille, poids, douleur, mobilité,...). Elles amènent à la description de l'état de santé du patient à un moment donné du processus de soins en question. Elles doivent être relevées afin d'orienter la prise en charge du patient. Métaphoriquement, elles jouent le rôle de « photo du patient » à un moment donné de son processus de soins ;

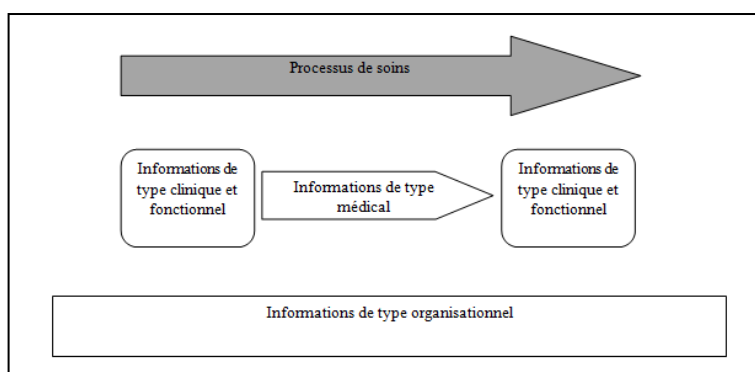
- **les informations de type médicales.** Il s'agit de l'ensemble des actes réalisés afin de modifier un état actuel en vue d'une amélioration (intervention chirurgicale, kinésithérapie,

administration des médicaments,...). Métaphoriquement, ces actes agissent comme liant entre « 2 photos » de l'état de santé du patient ;

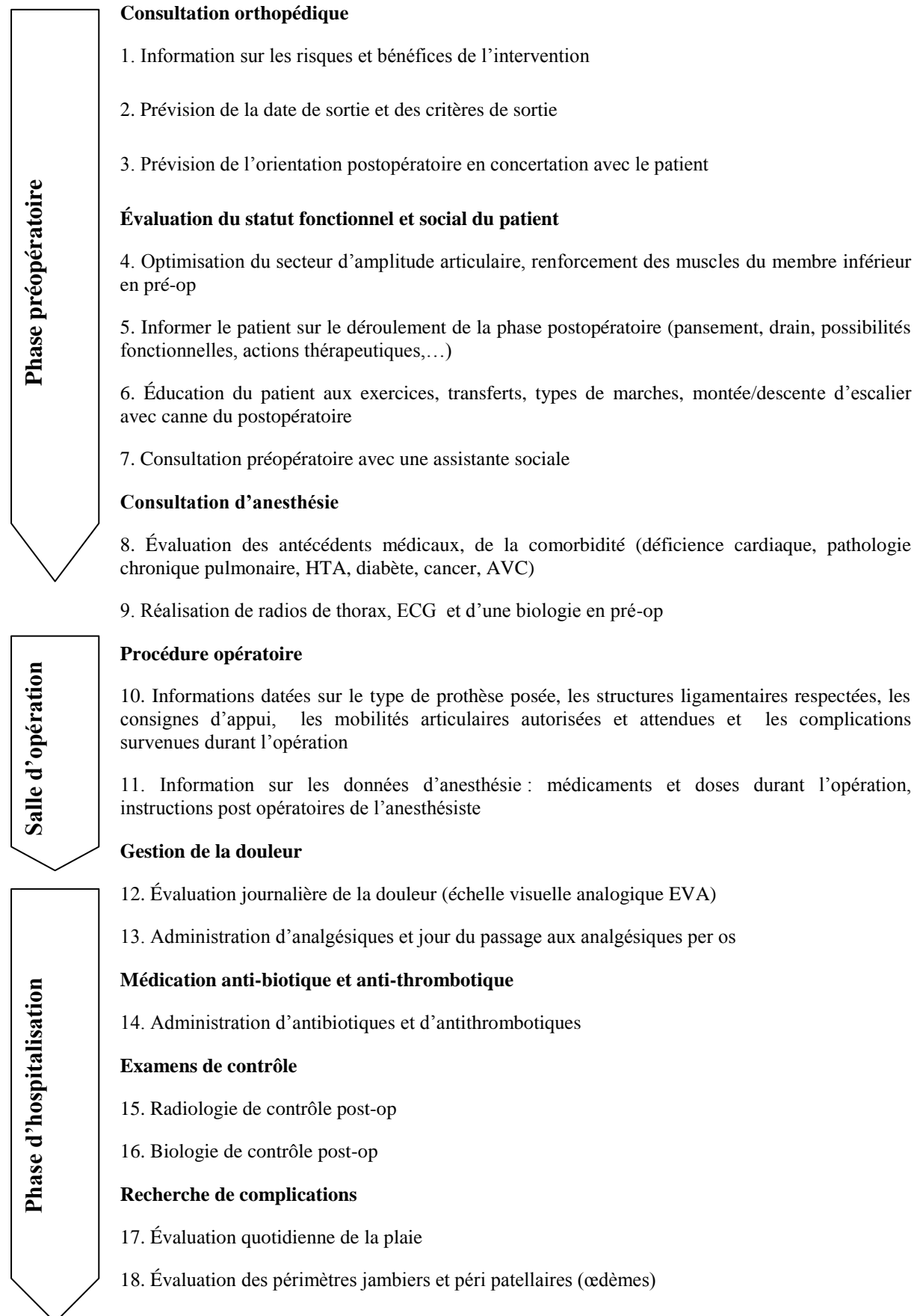
- **les informations de type organisationnelles.** Il s'agit de l'ensemble des informations nécessaires pour orienter le patient dans un processus de soins qui lui sera le plus adapté et le plus court possible (prévision de la date et de l'orientation à la sortie, prévision des critères de sortie,...). Ces informations agissent donc comme support afin d'aboutir à un processus de soins efficient. Elles peuvent agir en aval ou en amont du processus de soins.

Le rassemblement en catégories permettra une analyse groupée de certaines informations et de mettre en avant des tendances qui seraient moins visibles si l'on prenait chaque intervention clé séparément. La figure n° 2 illustre les trois catégories. Notons que nous avons préféré placer certaines interventions dans la catégorie médicale alors qu'on pourrait les placer dans la catégorie clinique et fonctionnelle (Ex. : Évaluation des antécédents de maladies cardiovasculaires). La raison est que ces informations sont antérieures au processus de soins. Généralement un traitement a été administré concernant « ces informations » avant que le patient ne rentre dans le processus de soins. Un traitement se compose d'un ensemble d'actes afin d'améliorer l'état du patient. Nous avons donc délibérément classé ces interventions clés dans les informations de type médical.

Figure n°2 : Différents types d'information



1.4.1 Interventions clés retenues pour la mise en place d'une prothèse totale de genou



Ré éducation

19. Technique de Kinésithérapie utilisée (massage, mobilisation passive/active, marche, cryothérapie, angulation articulaire, neurostimulation électrique transcutanée)
20. Évaluation des progrès du patient (capacité du patient de monter et descendre les escaliers, capacité du patient à marcher sur une distance, flexion du genou en postopératoire)

1.4.2 Rassemblement des interventions-clés en catégories pour la prothèse totale de genou

A. informations de type cliniques et fonctionnelles

- Réalisation de radios de thorax, ECG et d'une biologie en pré-op
- Évaluation journalière de la douleur (échelle visuelle analogique EVA)
- Radiologie de contrôle post-op
- Biologie de contrôle post-op
- Évaluation quotidienne de la plaie
- Évaluation des périmètres jambiers et péri patellaires (œdèmes)
- Évaluation des progrès du patient (capacité du patient de monter et descendre les escaliers, capacité du patient à marcher sur une distance, flexion du genou en postopératoire)

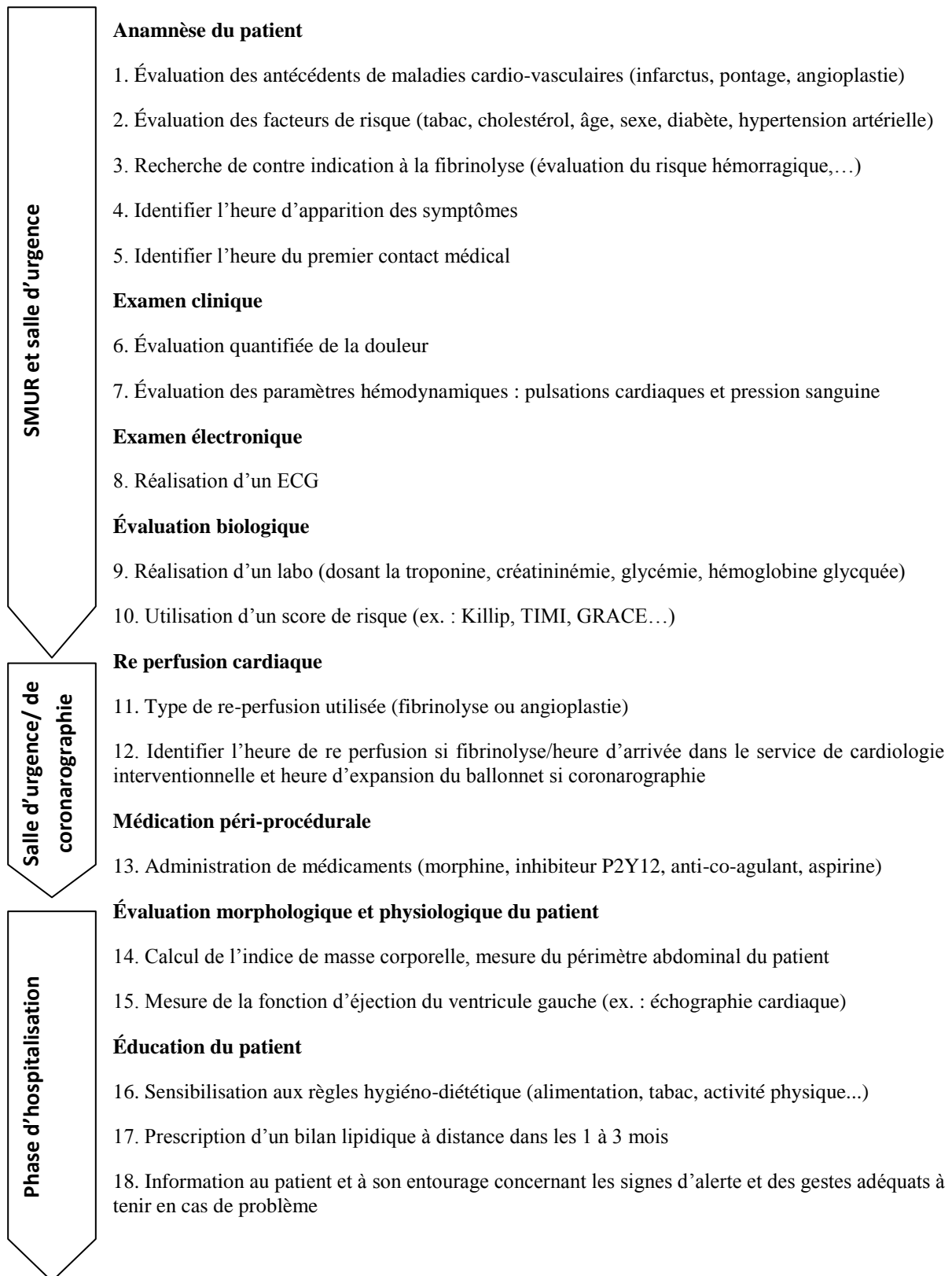
B. informations de type médicales

- Optimisation du secteur d'amplitude articulaire, renforcement des muscles du membre inférieur en pré-op
- Évaluation des antécédents médicaux, de la comorbidité (déficience cardiaque, pathologie chronique pulmonaire, HTA, diabète, cancer, AVC)
- Informations datées sur le type de prothèse posée, les structures ligamentaires respectées, les consignes d'appui, les mobilités articulaires autorisées et attendues et les complications survenues durant l'opération
- Information sur les données d'anesthésie : médicaments et doses durant l'opération, instructions post opératoires de l'anesthésiste
- Administration d'analgésiques et jour du passage aux analgésiques per os
- Administration d'antibiotiques et d'antithrombotiques
- Technique de Kinésithérapie utilisée (massage, mobilisation passive/active, marche, cryothérapie, angulation articulaire, neurostimulation électrique transcutanée)

C. informations de type organisationnelles

- Information sur les risques et bénéfices de l'intervention
- Prévision de la date de sortie et des critères de sortie
- Prévision de l'orientation postopératoire en concertation avec le patient
- Informer le patient sur le déroulement de la phase postopératoire (pansement, drain, possibilités fonctionnelles, actions thérapeutiques,...)
- Éducation du patient aux exercices, transferts, types de marches, montée/descente d'escalier avec canne du postopératoire
- Consultation préopératoire avec une assistante sociale

1.4.3 Interventions clés retenues pour la gestion du syndrome coronarien aigu



1.4.4 Rassemblement des interventions-clés en catégories pour le syndrome coronarien aigu

A. informations de type cliniques et fonctionnelles

- Évaluation quantifiée de la douleur
- Évaluation des paramètres hémodynamiques : pulsations cardiaques et pression sanguine
- Réalisation d'un ECG
- Réalisation d'un labo (dosant la troponine, créatininémie, glycémie, hémoglobine glyquée)
- Utilisation d'un score de risque (ex. : Killip, TIMI, GRACE...)
- Calcul de l'indice de masse corporelle, mesure du périmètre abdominal du patient
- Mesure de la fonction d'éjection du ventricule gauche (ex. : échographie cardiaque)
- Prescription d'un bilan lipidique à distance dans les 1 à 3 mois

B. informations de type médicales

- Évaluation des antécédents de maladies cardio-vasculaires (infarctus, pontage, angioplastie)
- Évaluation des facteurs de risque (tabac, cholestérol, âge, sexe, diabète, hypertension artérielle)
- Recherche de contre indication à la fibrinolyse (évaluation du risque hémorragique,...)
- Type de re-perfusion utilisée (fibrinolyse ou angioplastie)
- Administration de médicaments (morphine, inhibiteur P2Y12, anti-coagulant, aspirine)

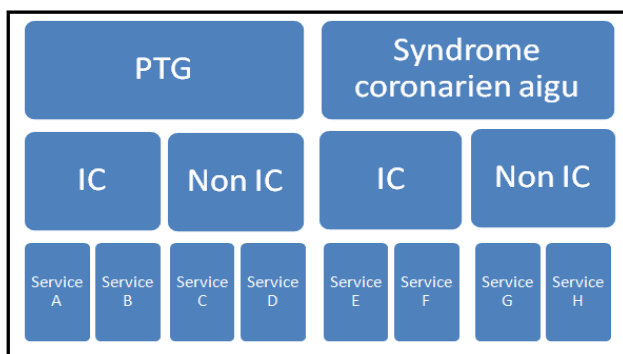
C. informations de type organisationnelles

- Identifier l'heure d'apparition des symptômes
- Identifier l'heure du premier contact médical
- Identifier l'heure de re perfusion si fibrinolyse/heure d'arrivée dans le service de cardiologie interventionnelle et heure d'expansion du ballonnet si coronarographie
- Sensibilisation aux règles hygiéno-diététique (alimentation, tabac, activité physique...)
- Information au patient et à son entourage concernant les signes d'alerte et des gestes adéquats à tenir en cas de problème

1.5 Construction de l'échantillon

La population de notre étude est représentée par les patients entrant dans les processus de soins respectifs de la mise en place d'une PTG et de la gestion du syndrome coronarien aigu. Les patients opérés dans le cadre d'une reprise de PTG ne font pas partie de notre étude. Notre objectif est de récolter des données dans 8 services répartis sur 4 hôpitaux. Chacune des institutions de soins dans lesquelles se déroule notre récolte de données fait partie du Réseau Itinéraire Clinique et développe donc au moins un IC. Afin de pouvoir accomplir notre partie pratique, nous avons contacté 6 hôpitaux. Parmi ceux-ci 4 d'entre eux ont répondu positivement à notre demande. Pour chaque hôpital, nous procédons à une récolte de données dans le service d'orthopédie et à une récolte de données dans le service des urgences et dans l'unité d'hospitalisation. La figure n°3 illustre notre échantillon. Pour chaque pathologie, nous récoltons des données dans deux services développant un IC et dans deux services n'en développant pas, ce qui permet une comparaison de données.

Figure n°3 : Représentation de l'échantillon



Dans cette figure, les services A et E appartiennent à l'hôpital 1 ; les services D et F appartiennent à l'hôpital 2 ; les services B et G appartiennent à l'hôpital 3 et les services C et H appartiennent à l'hôpital 4.

1.6 Déroulement pratique de la récolte de données

Nous avons commencé notre collecte de données après accord des différents comités hospitaliers. Nous nous sommes rendus au sein de chaque institution de soins pour réaliser notre récolte de données. Dans chacun des services rencontrés, nous avons récolté de manière rétrospective des données dans 20 dossiers de patient. Nous nous sommes fixé ce nombre pour limiter notre temps de recherche par service. Nous voulions consacrer maximum 20 minutes d'analyse par dossier, ce qui représente une durée totale d'observation des dossiers de 400 minutes par service. Traduit en heures, nous arrivons à plus de 6h30 d'observation par service. Les dossiers concernaient des patients entrés et sortis des processus de soins durant la période de mars 2013 à mars 2014. Nous avons choisi cette période, car nous avons réalisé notre récolte de données jusqu'au mois de mars 2014 et nous voulions les prises en charge les

plus récentes possible. Par conséquent, nous avons fixé notre intervalle de temps à un an maximum. Pour autant que les dossiers correspondent à la période demandée, le choix aléatoire de ceux-ci a été laissé à la personne de référence de chaque hôpital. Notons qu'afin d'éviter tout biais de sélection des dossiers, ces personnes n'avaient pas connaissance des grilles d'observation. Nous nous sommes basés sur les interventions-clés énumérées plus haut pour puiser les données utiles à notre étude.

Au sein des différents dossiers, nous indiquons pour chaque intervention-clé: la présence ou non d'une information relative cette intervention, les différentes formes sous lesquelles l'information a été retrouvée (Check-list, rapport médical, lettre d'hospitalisation, base de données du laboratoire,...), l'endroit dans le dossier patient où l'information a été retrouvée et le temps consacré à rechercher l'ensemble des formes d'informations relatives à cette intervention. Un pré test de notre outil d'analyse a été réalisé sur 2 dossiers du service A. Ceci nous a permis d'affiner les rubriques (formats) sous lesquelles il était probable que l'on retrouve l'information.

Afin d'être le plus efficaces dans nos observations, nous avons utilisé une stratégie de recherche. Nous avons donc prospecté chaque intervention successivement dans :

1. le dossier Itinéraire Clinique s'il existe. Par dossier IC, nous reprenons tout document élaboré par le service dans le but de soutenir l'IC.
2. le dossier médical. Celui-ci comprend les notes médicales, les rapports médicaux, les lettres de consultation et d'hospitalisation,...
3. le dossier infirmier. Celui-ci comprend l'anamnèse du patient, le planning infirmier, le document de gestion des plaies, le document de gestion de la douleur,...

Pour certaines interventions-clés, nous avons recherché l'information directement dans les bases de données du laboratoire (pour les résultats de biologie) ou dans le système d'archivage des images, appelé également PACS (pour les résultats d'imagerie médicale).

En plus d'analyser le contenu des dossiers patients, nous avons réalisé des entrevues avec 2 membres du personnel soignant de chacun des services. Cette deuxième étape nous a permis de comprendre les différents processus de soins. Ce fut l'occasion de vérifier que des services, considérés comme n'utilisant pas d'IC, n'aient pas développé un IC sans s'en rendre compte. Si c'était le cas, nos données seraient faussées. Ces entrevues ont également permis

d'apporter des nuances à des éléments non trouvés au sein des dossiers. Nous pensons par exemple à des informations qui n'auraient pas été trouvées, mais qui sont pourtant présentes à un autre endroit du dossier.

1.7 Méthode d'analyse

L'analyse rétrospective des dossiers a été réalisée dans 160 dossiers de patient. Nous avons mené des entrevues avec 8 personnes. Après avoir récolté nos données, nous avons obtenu pour chaque pathologie une base de données de 80 dossiers répartis sur 4 services. Ainsi, nous possédions des informations liées à une vingtaine d'interventions-clés pour chaque pathologie. La première étape de notre analyse consiste à décrire les résultats obtenus pour l'ensemble des interventions-clés retenues. Les résultats sont présentés sous forme de tableau dans lesquels chacun des services est représentés. Ceci permet de comparer des services développant un itinéraire clinique à des services n'en développant pas. La deuxième étape consiste en une réflexion sur les résultats obtenus, l'objectif étant de généraliser nos observations et d'en tirer des conclusions.

1.8 Forces et faiblesses de la méthode

Ce dernier point de notre méthodologie est consacré à la critique de notre méthode en tant que telle. En effet, bien que nous nous soyons efforcés de mener une recherche cohérente et de suivre une méthodologie rigoureuse, notre projet a dû faire face à un certain nombre de limites. Nous les avons recensées en trois catégories : les limites d'ordre technique, celles propres au chercheur et enfin celles propres à l'accessibilité des données.

Les limites d'ordre technique :

L'échantillon recueilli au sein de chaque service n'est constitué que de 20 dossiers. Notre échantillon total s'est donc restreint à 160 dossiers. Ce chiffre reste limité si on le compare à la population totale de patients entrant dans les processus de soins de ces 2 pathologies. Le nombre d'hôpitaux est également petit, ce qui rend difficile une généralisation des observations à l'ensemble des hôpitaux belges. Il est donc difficile de pouvoir assurer avec certitude que l'échantillon étudié soit représentatif de l'ensemble de la population. Il serait dès lors intéressant de pouvoir réaliser cette même étude à un plus grand nombre d'hôpitaux. Il nous aurait également fallu tenir compte des hôpitaux néerlandophones. Pour cette limite, c'est la barrière de la langue qui a restreint notre échantillon. Une autre limite concerne les différences de structures, de moyens et de grandeurs des services étudiés, ce qui rend la

comparaison plus difficile. Il aurait donc fallu des hôpitaux plus semblables sur ces points pour rendre plus de validité à nos données.

Certaines limites concernent nos interventions-clés. Ce travail s'est réalisé sur l'analyse de données de 2 pathologies distinctes. Étant donné le temps que prend l'élaboration d'une revue de littérature, nous nous sommes basés sur un nombre limité de documents traitant ces deux pathologies. Nos choix auraient donc peut-être dû se porter sur d'autres interventions-clés que celles retenues.

Les limites propres au chercheur

Le chercheur avait connaissance des services développant un IC des services n'en développant pas. Par conséquent, il y a un risque d'adopter un a priori plus favorable pour un service ayant un IC en place par rapport à un service n'en ayant pas. La facilité avec laquelle l'information est trouvée a donc peut-être été biaisée.

Ne travaillant dans aucun des deux types de service en question, le chercheur n'avait pas connaissance de la manière dont les dossiers patients étaient structurés. Par conséquent, celui-ci a ressenti une difficulté majeure dans la recherche de l'information, ce qui peut se traduire par des temps de recherche de l'information plus importants. Néanmoins, ce biais a été limité grâce au pré-test de l'outil de récolte de données réalisé sur 2 dossiers du service A.

Les limites propres à l'accessibilité des données

Ce travail a été marqué par des délais importants, ce qui en a ralenti son évolution. La cause principale est la difficulté d'obtenir les autorisations nécessaires pour consulter les dossiers médicaux.

Mis à part ces limites, notre méthodologie possède des forces. Premièrement, analyser les dossiers a l'avantage de distinguer l'information que les prestataires de soins « disent échanger » par rapport à l'information « réellement échangée ». Deuxièmement, les entrevues avec le personnel soignant ont permis de lutter contre toute sous estimation des informations trouvées.

1.9 Calendrier

La réalisation de ce mémoire a exigé de procéder par étapes. Afin de mieux visualiser les temps forts de notre projet, nous avons élaboré un calendrier. Celui-ci illustre le cheminement de notre réflexion et permet de mieux rendre compte du déroulement spatiotemporel de ce travail.

| Date : | Activité : |
|---------------------------------|---|
| <u>Février 2013</u> | Lecture d'articles traitant sur les Itinéraires Cliniques et sur l'intégration des dossiers des patients |
| <u>Mars 2013</u> | Rencontre avec la coordinatrice du RIC et les promoteurs de ce travail |
| <u>Avril à juillet 2013</u> | Elaboration de la question de recherche de ce travail |
| <u>Août à septembre 2013</u> | Rédaction du cadre théorique et réalisation de la phase exploratoire (rencontre avec 3 responsables IC d'hôpitaux appartenant au RIC) |
| <u>Octobre à novembre 2013</u> | Choix des processus de soins retenus pour la récolte de données et envoi des demandes d'autorisation aux hôpitaux |
| <u>Décembre 2013</u> | Elaboration des outils d'observation des dossiers patients |
| <u>Janvier 2014 à mars 2014</u> | Récolte des données |
| <u>Avril à mai 2014</u> | Analyse des données et rédaction de la partie pratique |
| <u>Juin 2014</u> | Présentation du mémoire |

Chapitre 2: Résultats

2.1 Présentation des données

Nous sommes conscients que présenter nos résultats d'observation pour chaque service et pour chaque intervention clé serait long et fastidieux à la lecture. En effet, cela concernerait environ 40 tableaux à lire consécutivement. Nous avons donc décidé de synthétiser nos données. Néanmoins, notre récolte de données complète est disponible en annexe de ce travail (dans la version électronique). Nous avons donc regroupé les informations relatives aux interventions-clés selon la structuration présentée au point « 1.4 » de la méthodologie de ce travail. Pour rappel, les informations étaient organisées en trois catégories. Ceci permet une analyse groupée des données et met en avant certaines tendances qui seraient moins visibles si l'on prenait chaque information séparément. Dès lors, nous utiliserons cette structure tout au long de la présentation des données. Pour chaque pathologie, les résultats obtenus ont donc été répertoriés en 3 tableaux. Ces tableaux correspondent aux 3 catégories d'information. Pour la rédaction des résultats et de la discussion, nous représentons chaque service par une lettre afin de garantir leur anonymat.

L'objectif de cette étude est de mettre en avant une éventuelle relation entre la présence d'un itinéraire clinique et la quantité et le type d'« informations patients » réellement enregistrées au sein du dossier patient. Pour chaque intervention, nous présentons donc les différentes formes sous lesquelles le personnel soignant peut renseigner l'information (représenté par oui/non dans le tableau). Pour chaque « forme », nous indiquons le nombre de fois où l'information est effectivement renseignée. Au sein de chaque tableau, le temps de recherche moyen correspond à la durée consacrée à rechercher l'ensemble des formes sous lesquelles se retrouve l'information.

Durant notre collecte de données, nous distinguons les enregistrements d'informations de « type structurées » des autres types d'enregistrement. Il s'agit d'une manière d'intégrer des informations relatives à un même patient et issues de différentes spécialités. Structurer équivaut à organiser les données au sein du dossier afin d'établir des liens entre les données et faciliter l'accès aux données. Le but est de permettre à chaque acteur de retrouver rapidement et au moment opportun l'information dont il a besoin pour planifier et dispenser des soins de qualité (exemple : check-list attestant la réalisation d'une action une fois celle-ci réalisée, document utilisé par plusieurs intervenants et regroupant une série de données relatives au processus de soins du patient). Pour la présentation des données, nous entendrons par

« document structuré » tout document reprenant des informations issues de différentes spécialités, utilisé par plusieurs intervenants et accessible à plusieurs catégories d'acteurs dans le cadre du processus de soins. Par conséquent, les documents reprenant des informations issues de différentes spécialités, mais dont l'accessibilité et l'utilisation ne se limitent qu'à une catégorie d'acteurs ne seront pas considérés comme des « documents structurés ». Pour plus de facilité pour le lecteur, nous marquerons d'un astérisque dans les différents tableaux les documents considérés comme « structurés ».

Au sein des différents tableaux, nous avons utilisé des abréviations :

- « Service IC » signifie service ayant développé un Itinéraire Clinique.
- « Service non IC » signifie service n'ayant pas développé d'Itinéraire Clinique.
- « N.R. » signifie données non représentatives, car la forme sous laquelle pourrait se trouver l'information n'existe pas au sein de ce service.
- « N.A. » signifie données non accessibles, car nous n'avons pas les droits d'accès pour lire l'information. Néanmoins l'information existe.

2.2 Synthèse des résultats pour la prothèse totale de genou

Tableau n°1 : Informations de type clinique et fonctionnel pour la PTG

| Intervention-clé | Services | À (IC) | | B (IC) | | C (Non IC) | | D (Non IC) | |
|--|---|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|
| | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | |
| <i>Réalisation de radios de thorax, ECG et d'une bio en pré-op</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 20 | Oui | 20 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Résultat, protocole d'examen (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Fiche de coordination des soins (dossier médical) | Non | N.R. | Non | N.R. | Oui | 20 | Non | N.R. |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |
| <i>Évaluation journalière de la douleur</i> | Check-list (dossier infirmier) | Oui | 20 | Oui | 20 | Non | N.R. | Oui | 16 |
| | Chiffrée (dossier infirmier) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 15 | Oui | 19 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |
| <i>Radiologie de contrôle post-op</i> | Check-list (planning infirmier) | Non | N.R. | Oui | 15 | Non | N.R. | Oui | 14 |
| | Protocole (dossier médical) | Oui | 19 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | « Feuille du tour » (dossier médical)* | Non | N.R. | Non | N.R. | Non | N.R. | Oui | 11 |
| | PACS | Oui | 19 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |
| <i>Biologie de contrôle post-op</i> | Résultats (base de données du labo) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | « Feuille du tour » (dossier médical)* | Non | N.R. | Non | N.R. | Non | N.R. | Oui | 20 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |
| <i>Évaluation quotidienne de la plaie</i> | Check-list (planning infirmier) | Oui | 19 | Oui | 18 | Oui | 12 | Oui | 10 |
| | « Feuille des plaies » (dossier infirmier) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |

Tableau n°1 (suite): Informations de type clinique et fonctionnel pour la PTG

| <i>Intervention-clé</i> | Services | À (IC) | | B (IC) | | C (Non IC) | | D (Non IC) | |
|--|--|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|----|
| | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | |
| <i>Évaluation des progrès du patient</i> | Annotation du kiné (Dossier médical) | Non | N.R. | Oui | 16 | Non | N.R. | Oui | 5 |
| | « Feuille du tour » (dossier médical)* | Non | N.R. | Non | N.R. | Non | N.R. | Oui | 17 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | > 5 min | | 1 min 30 | | > 5 min | | 1 min | |

Le tableau n°1 est consacré à l'analyse des informations cliniques et fonctionnelles des services A, B, C et D. Pour rappel, nous avons relevé 6 interventions-clés entrant dans cette catégorie d'information.

En additionnant les interventions clés enregistrées dans les dossiers patients, nous nous rendons compte que nous avons retrouvé ce type d'information dans 99 recherches/120 pour le service A, dans 116 recherches/120 pour le service B, dans 95 recherches/120 pour le service C et dans 116 recherches/120 pour le service D. Ces chiffres indiquent que nous avons identifié ce type d'information dans 82.5% du temps pour le service A, dans 96.7% du temps pour le service B, dans 79.2% du temps pour le service C et dans 96.7% du temps pour le service D. Ces chiffres ne permettent pas de dire qu'il y ait une différence d'enregistrement des informations entre des services IC et des services non IC.

Plusieurs services ont mis en place des documents enregistrant ces interventions-clés de manière structurée. Nous commençons par analyser les services IC. Pour les services A et B, les soignants ont la possibilité de noter l'information de manière structurée (dans le dossier IC) pour 1 intervention sur les 6 retenues. Le service C a mis en place une « feuille de coordination des soins ». Celle-ci est remplie par le coordinateur de soins. Le rôle du coordinateur est de vérifier que le patient est bien passé par toutes les étapes de préhospitalisation. Pour ce faire, il se base sur une analyse du dossier du patient. Il se charge donc de « fouiller » dans le dossier patient et de vérifier si les examens préopératoires ont bien été réalisés. Une fois ses recherches accomplies, il inscrit dans la « feuille de coordination

des soins » les dates et types d'interventions réalisées. Nous observons un taux de remplissage très bon. Néanmoins, nous n'avons pas qualifié ce document de « structuré ». La raison est que son utilisation est restreinte à une personne et n'est par conséquent pas connue des autres acteurs. Le service D a élaboré un document structuré appelé : « feuille de tour ». Ce document est accessible à tous les soignants du service. Il reprend 3 interventions sur les 6. Son taux de remplissage s'élève à 48/60 (80%).

Au sein des dossiers de ces 4 services, l'information est non seulement notée en terme « résultat », mais également en terme de « processus », c'est-à-dire que l'on renseigne la bonne réalisation de l'intervention-clé en cochant une check-list. Ainsi, dans le dossier infirmier, c'est le cas pour 2 interventions pour le service A, pour 3 interventions pour le service B, pour 1 intervention pour le service C et pour 3 interventions pour le service D. On constate un taux de remplissage des check-lists du planning infirmier de 39/40 (97.5%) pour le service A, de 53/60 (88.3%) pour le service B, de 12/20 (60%) pour le service C et de 40/60 (66.7%) pour le service D. On constate donc une légère différence concernant la quantité d'enregistrement d'information sous le format « processus » entre les services A et B d'une part et les services C et D d'autre part.

Nous avons également observé une différence entre les services IC et non IC en ce qui concerne le planning infirmier. En effet, les jours et heures auxquels l'infirmière doit relever cet indicateur clinique ont été standardisés et sont précochés au sein du planning infirmier. Ceci permet aux acteurs infirmiers de ne pas oublier de réaliser la tâche. Une fois la tâche réalisée, la case est cochée, indiquant ainsi sa bonne réalisation.

Au sein de ce tableau, l'information qui souffre le plus d'un manque de communication est « *l'évaluation des progrès du patient* ». Ainsi, selon l'infirmière en chef du service A : « *les kinés ne notent pas vraiment les progrès réalisés par le patient...le fait de mettre en place un IC nous a permis de plus dialoguer... on a de meilleures relations qu'avant...si un patient récupère plus lentement ou plus rapidement le kiné viendra me le dire et inversement si un patient a des complications cliniques j'irai le trouver... maintenant si on voulait vraiment connaître ce qui a été fait point de vue kiné, il suffirait d'aller dans le programme de tarification des actes kinés... mais le problème est que les infirmiers n'ont pas l'autorisation d'accès... l'accès est strictement réservé aux kinés et médecins* ». Selon un kiné du service C : « *on ne note pas les progrès quotidiens du patient... on essaye d'arriver à nos objectifs et si un patient est plus lent on en informe le médecin.* » Dans le service B, les progrès journaliers

sont notés sur des fiches, elles-mêmes glissées dans le dossier médical, ce qui permet au médecin de connaître l'évolution du patient. Notons que l'accès à cette information reste limité aux médecins et aux kinésithérapeutes. Enfin, dans le service D, l'information est notée sur « la feuille de tour ».

Tableau n°2 : Informations de type médical pour la PTG

| Intervention-clé | Services | À (IC) | | B (IC) | | C (Non IC) | | D (Non IC) | |
|---|--|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|
| | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | |
| <i>Évaluation des antécédents médicaux, de la comorbidité</i> | Check-list (dossier IC)* | Non | N.R. | Oui | 20 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | « Feuille de tour » (dossier médical)* | Non | N.R. | Non | N.R. | Non | N.R. | Oui | 20 |
| | Anamnèse infirmière (dossier infirmier) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Fiche de coordination des soins (dossier médical) | Non | N.R. | Non | N.R. | Oui | 20 | Non | N.R. |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min 30 | | 1 min | | 1 min 30 | | 1 min | |
| <i>Opération réalisée par l'orthopédiste</i> | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 15 | Oui | 18 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |
| <i>Anesthésie durant l'opération</i> | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 19 | Non | N.R. |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | > 5 min | |
| <i>Administration d'analgésiques</i> | Check-list (dossier infirmier) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |

Tableau n°2 (suite) : Informations de type médical pour la PTG

| Intervention-clé | Services | À (IC) | | B (IC) | | C (Non IC) | | D (Non IC) | |
|--|--|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|
| | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | |
| <i>Médication d'antibiotiques et d'antithrombotiques</i> | Check-list (dossier infirmier) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 18 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |
| <i>Technique de Kinésithérapie utilisée</i> | Prescription de kiné (dossier médical) | Oui | 12 | Non | N.R. | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 5 | Oui | 11 |
| | Annotation du kiné (Dossier médical) | Non | N.R. | Oui | 16 | Non | N.R. | Oui | 5 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 2 min | | 1 min 30 | | 2 min | | 1 min 30 | |

Dans le tableau n°2, nous observons la présence ou non d'informations médicales pour la prothèse totale de genoux. Nous avons retenu 6 interventions différentes. En additionnant les interventions clés enregistrées dans les dossiers patients, nous nous rendons compte que nous avons retrouvé ce type d'information dans 120 recherches/120 pour le service A, dans 120 recherches/120 pour le service B, dans 99 recherches/120 pour le service C et dans 89 recherches/120 pour le service D. Ces chiffres indiquent que nous avons identifié ce type d'information dans 100% du temps pour le service A, dans 100% du temps pour le service B, dans 82.5% du temps pour le service C et dans 74.2% du temps pour le service D. Ces pourcentages indiquent une légère différence concernant l'enregistrement de ce type d'information.

De manière générale, les différentes formes d'enregistrement de l'information sont communes aux 4 services. On remarque que la plupart de ces interventions sont indiquées dans un dossier spécifique à chaque profession (dossier médical et dossier infirmier) plutôt que dans un document commun et accessible à l'ensemble des soignants. Par conséquent, nous n'observons pas de différence notable concernant les « *temps de recherche moyens* ».

Les services IC se différencient néanmoins par une « préorganisation » de leur planning infirmier. En effet, nous avons retrouvé, dans le planning infirmier des services A et B, les heures, les doses et les moyens d'administration des médicaments pré remplis et cochés par le personnel soignant une fois celle-ci réalisée. Lors d'une rencontre avec une infirmière du service B, celle-ci nous a indiqué qu'en accord avec les médecins, un protocole de la douleur avait été établi. Cet usage permet de traiter de la même manière l'ensemble des patients en tenant compte de l'évaluation de la douleur. Les infirmières savent donc que les prescriptions de médicaments analgésiques seront identiques d'un médecin à l'autre du service, mis à part bien sûr, toute contre indication relative au patient. Nous avons ainsi trouvé dans l'ensemble des dossiers des services A et B, une feuille scannée reprenant les consignes post opératoires de l'anesthésiste et indiquant « *de suivre le protocole d'administration de médicaments antalgiques en fonction de l'échelle EVA* ». Dans les services C et D, les médicaments utilisés et le moment où ceux-ci sont administrés varient en fonction du médecin.

Ce tableau illustre également une différence importante concernant l'enregistrement de « *la technique de kinésithérapie utilisée* » entre les services IC et les services non IC.

Tableau n°3 : Informations de type organisationnel pour la PTG

| Intervention-clé | Services | À (IC) | | B (IC) | | C (Non IC) | | D (Non IC) | |
|--|--|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|
| | | Nombre de dossiers /20 | de | Nombre de dossiers /20 | de | Nombre de dossiers /20 | de | Nombre de dossiers /20 | de |
| <i>Information sur les risques et bénéfices de l'intervention</i> | Check-list (dossier IC)* | Non | N.R. | Oui | 20 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 4 | Non | N.R. |
| | Fiche de coordination des soins (dossier médical) | Non | N.R. | Non | N.R. | Oui | 20 | Non | N.R. |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 2 min | | > 5 min | |
| <i>Prévision de la date de sortie et des critères de sortie</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 20 | Oui | 20 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Fiche de coordination des soins (dossier médical) | Non | N.R. | Non | N.R. | Oui | 20 | Non | N.R. |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min 30 | | > 5 min | |
| <i>Prévision de l'orientation postopératoire en concertation avec le patient</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 20 | Oui | 20 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Fiche de coordination des soins (dossier médical) | Non | N.R. | Non | N.R. | Oui | 20 | Non | N.R. |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min 30 | | > 5 min | |
| <i>Informier le patient sur la phase postopératoire</i> | Check-list (dossier infirmier) | Oui | 16 | Oui | 20 | Oui | 5 | Non | N.R. |
| | Check-list (dossier IC)* | Non | N.R. | Oui | 20 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Fiche de coordination des soins (dossier médical) | Non | N.R. | Non | N.R. | Oui | 20 | Non | N.R. |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min 30 | | 1 min | | 2 min | | > 5 min | |

Tableau n°3 (suite): Informations de type organisationnel pour la PTG

| Intervention-clé | Services | À (IC) | | B (IC) | | C (Non IC) | | D (Non IC) | |
|---|---|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|
| | | Nombre de dossiers /20 | de | Nombre de dossiers /20 | de | Nombre de dossiers /20 | de | Nombre de dossiers /20 | de |
| <i>Éducation du patient aux exercices, etc.</i> | Check-list (dossier infirmier) | Oui | 16 | Oui | 20 | Oui | 5 | Non | N.R. |
| | Check-list (dossier IC)* | Non | N.R. | Oui | 20 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Fiche de coordination des soins (dossier médical) | Non | N.R. | Non | N.R. | Oui | 20 | Non | N.R. |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min 30 | | 1 min | | 2 min | | > 5 min | |
| <i>Consultation préopératoire avec une assistante sociale</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 20 | Oui | 20 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Check-list (dossier infirmier) | Oui | 18 | Non | N.R. | Non | N.R. | Oui | 10 |
| | Rapport (dossier médical) | Oui | N.A. | Oui | 20 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | > 5 min | | 1 min | |

Le tableau n°3 illustre l'enregistrement des informations organisationnelles. Nous constatons que nous avons retrouvé ce type d'information dans 112 recherches/120 pour le service A, dans 120 recherches/120 pour le service B, dans 100 recherches/120 pour le service C et dans 10 recherches/120 pour le service D. Ces chiffres indiquent que nous avons identifié ce type d'information dans 93.3% du temps pour le service A, dans 100% du temps pour le service B, dans 83.3% du temps pour le service C et dans 8.3 % du temps pour le service D. Nous remarquons donc une différence d'enregistrement importante entre les services IC et le service D. Pourtant, en réalisant nos entretiens, nous avons vérifié que les interventions-clés présentées dans ce tableau sont réalisées sur le terrain.

Pour le service A, les soignants ont la possibilité de noter l'information (dans le dossier IC) de manière structurée pour 3 interventions sur les 6 retenues. Cela concerne toutes les interventions retenues pour le service B. Le taux de remplissage du document IC s'élève pour ces deux services à 100 %, ce qui témoigne une forte utilisation de celui-ci.

Ce qui permet au service C d'avoir un enregistrement de l'information se rapprochant de celui des IC est la présence de l'infirmière coordinatrice des soins. C'est elle qui est chargée de réaliser les interventions : « *Information sur les risques et bénéfices de l'intervention* », « *Informé le patient sur la phase postopératoire* » et « *Éducation du patient aux exercices, etc.* » De plus l'infirmière coordinatrice est présente pour vérifier si certaines interventions clés ont bien été réalisées. Pour ce faire elle fouille le dossier du patient à la recherche d'informations qu'elle retranscrit dans la « *Fiche de coordination des soins* ». Néanmoins, rappelons que l'utilisation de ce document se restreint à une personne et est par conséquent inconnu des autres acteurs. Nous ne pouvons donc pas le considérer comme document « structuré ». De plus, le temps de recherche de cette fiche a été plus conséquent, car elle n'est jamais répertoriée au même endroit du dossier patient.

2.3 Synthèse des résultats pour le syndrome coronarien aigu

Tableau n°4 : Informations de type clinique et fonctionnel pour le SCA

| Intervention-clé | Services Formes (endroits) | E (IC) Nombre de dossiers /20 | | F (IC) Nombre de dossiers /20 | | G (Non IC) Nombre de dossiers /20 | | H (Non IC) Nombre de dossiers /20 | |
|---|--|---|----|---|------|---|------|---|------|
| | | | | | | | | | |
| <i>Évaluation quantifiée de la douleur</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 0 | Oui | 14 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 15 | Oui | 15 | Oui | 6 | Oui | 8 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |
| <i>Évaluation des paramètres hémodynamiques</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 0 | Non | N.R. | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |
| <i>Réalisation d'un ECG</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 0 | Oui | 16 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Protocole de radiologie (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |
| <i>Réalisation d'un labo</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 0 | Oui | 18 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Résultats (base de données du labo) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min 30 | | 1 min | |
| <i>Utilisation d'un score de risque</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 0 | Non | N.R. | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 5 | Non | N.R. | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | > 5 min | | > 5 min | | > 5 min | |
| <i>Calcul du BMI, périmètre abdominal</i> | Anamnèse infirmière | Oui | 20 | Oui | 19 | Oui | 20 | Oui | 15 |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 16 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min 30 | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |

Tableau n°4 (suite): Informations de type clinique et fonctionnel pour le SCA

| Intervention-clé | Services Formes (endroits) | E (IC) | | F (IC) | | G (Non IC) | | H (Non IC) | |
|---|--|------------------------|----|------------------------|------|------------------------|------|------------------------|------|
| | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | |
| <i>Mesure de la fonction d'éjection du ventricule gauche</i> | Planning infirmier (dossier infirmier) | Oui | 20 | Non | N.R. | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Protocole de radiologie (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 16 | Oui | 19 | Oui | 20 |
| | Imagerie médicale (PACS) | Oui | 20 | Oui | 16 | Oui | 19 | Oui | 20 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |
| <i>Prescription d'un bilan lipidique à distance dans les 1 à 3 mois</i> | Prescription de prise de sang (dossier médical) | Oui | 17 | Oui | 18 | Oui | 6 | Oui | 10 |
| | Résultats (base de données du Labo) | Oui | 17 | Oui | 12 | Oui | 6 | Oui | 9 |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |

À travers le tableau n°4, nous observons la présence ou non d'informations cliniques et fonctionnelles pour le syndrome coronarien aigu. Nous n'avons pas tenu compte de l'intervention clé « *Utilisation d'un score de risque* ». La raison est expliquée à la suite de l'analyse de ce tableau.

En additionnant les interventions clés enregistrées dans les dossiers patients, nous nous rendons compte que nous avons retrouvé ce type d'information dans 135 recherches/140 pour le service E, dans 131 recherches/140 pour le service F, dans 125 recherches/140 pour le service G et dans 124 recherches/140 pour le service H. Ces chiffres indiquent que nous avons identifié ce type d'information dans 96.4% du temps pour le service E, dans 93.6% du temps pour le service F, dans 89.3% du temps pour le service G et dans 88.6% du temps pour le service H. La différence de présence de ce type d'information reste donc minime entre les services développant un IC et les services n'en développant pas. Là où les services IC se distinguent, c'est dans l'élaboration de documents supplémentaires utilisés pour soutenir la coordination des soins entre prestataires. Nous pouvons lire dans le tableau ci-dessus que les

services IC ont tendance à multiplier les formes sous lesquelles ils enregistrent ce type d'information. Certains de leurs documents présentent ainsi des informations de manière structurée, ce qui permet de retrouver l'information plus rapidement. Pour le service E, les soignants ont la possibilité de noter l'information (dans le dossier IC) de manière structurée pour 4 interventions sur les 7 retenues. Cela ne concerne que 3 interventions clés sur les 7 pour le service F. Néanmoins, nous remarquons une réticence à l'utilisation de ce document supplémentaire. En effet, pour le service E, nous n'avons pas retrouvé une seule fois ce type d'information sur les 80 possibilités d'enregistrement offertes par le document IC. Par contre, pour le service F, nous avons retrouvé ce type d'information 48 fois sur les 60 possibilités. Le service F a donc un taux de 80% concernant l'enregistrement de ces informations dans son dossier IC (document structuré). L'explication de cette différence entre les deux services IC (les services E et F) réside dans l'intension de remplissage du document de la part du personnel soignant. Nous remarquons également que certaines interventions ont plus de mal à être renseignées dans les services G et H. C'est notamment le cas pour « *l'évaluation quantifiée de la douleur* » et « *l'utilisation d'un score de risque* ». Le personnel des services G (médecin) et H (infirmier) nuance le manque de présence de cette information en indiquant : « *parfois, dans le feu de l'action... on fait l'évaluation de la douleur, mais on oublie de la noter dans le dossier des urgences... c'est ce qui explique qu'on n'ait pas retrouvé l'information dans certains dossiers* ». En interrogeant les intervenants des services F, G et H, nous nous sommes rendu compte qu'à aucun moment un score de risque n'était utilisé dans leur processus. Par conséquent, il est normal que nous n'ayons pas retrouvé d'information à ce sujet pour les 3 services en question. Pour le service E, on nous a indiqué que lorsque le patient souffre d'un syndrome coronarien aigu avec élévation du segment ST (STEMI), aucun score de risque n'est utilisé. Le patient est alors tout de suite orienté vers la coronarographie. Un score de risque n'est utilisé que dans la situation où le patient souffre d'un syndrome coronarien aigu sans élévation du segment ST (non STEMI). C'est ce qui explique le peu de fois où l'information a été retrouvée pour le service E (5 fois sur 20). Pour ces raisons, nous ne tenons pas compte de cette intervention-clé pour comparer les services IC des services non IC.

Tableau n°5 : Informations de type médical pour le SCA

| Intervention-clé | Services Formes (endroits) | E (IC) Nombre de dossiers /20 | | F (IC) Nombre de dossiers /20 | | G (Non IC) Nombre de dossiers /20 | | H (Non IC) Nombre de dossiers /20 | |
|--|--|---|----|---|------|---|------|---|------|
| | | Oui | | Oui | | Oui | | Oui | |
| <i>Évaluation des antécédents de maladies cardio-vasculaires</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 0 | Non | N.R. | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |
| <i>Évaluation des facteurs de risque</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 0 | Non | N.R. | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 19 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |
| <i>Type de re-perfusion utilisée</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 0 | Oui | 10 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |
| <i>Administration de médicaments</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 0 | Oui | 12 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 | Oui | 20 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min 30 | |

À travers le tableau n°5, nous observons la présence ou non d'informations médicales pour le syndrome coronarien aigu. Nous remarquons que l'information a presque systématiquement été retrouvée dans le dossier médical du patient sous la forme de rapport de consultation, de rapport d'hospitalisation, de rapport d'opération ou encore de lettre adressée au médecin traitant du malade.

De prime abord, le taux important de présence de l'information semble être concluant. Pourtant, cette méthode d'enregistrement de l'information a des limites. En effet, les rapports et lettres ne sont réalisés que rétrospectivement par rapport au processus de soins en tant que tel. Durant le processus de soins, ces données restent la plupart du temps cantonnées dans le dossier médical sous la forme de « notes ». Ainsi, au cours du processus de soins, les intervenants n'ayant pas accès au dossier médical (infirmiers, Kiné,...) n'ont pas la possibilité de savoir si l'intervention a été réalisée. Nous concluons donc que ce type d'information reste peu accessible aux différents intervenants durant le processus de soins. Par la suite, ces données deviennent plus accessibles sous le format de lettre et de rapport d'hospitalisation, mais cela ne se fait que rétrospectivement.

Pour le service E, les soignants ont la possibilité de noter l'information de manière structurée (dans le dossier IC) pour l'ensemble des interventions clés retenues. Néanmoins nous n'avons jamais pu témoigner du remplissage de ces données au sein du dossier IC pour ce service. Le service F a lui la possibilité de le faire pour 2 interventions clés sur les 4. Parmi celles-ci, nous avons pu observer l'enregistrement d'informations de type médicales dans 22 cas sur 40, soit 55% du temps. On déplore donc un faible taux de remplissage de ce type d'information au sein des dossiers IC. Ce n'est pas satisfaisant, surtout quand on sait que l'information pourrait être retrouvée rapidement si elle était indiquée dans le dossier IC.

Nous avons eu connaissance par un infirmier du service E et un médecin du service F qu'un protocole des médicaments, de leurs dosages et de leurs voies d'administration avait été mis au point par consensus lors de l'élaboration de l'itinéraire clinique. Ils prétendent que ce type d'accord a pour avantage d'uniformiser les pratiques, ce qui est indirectement une manière de communiquer. En effet, chaque soignant sait savoir quels médicaments ont été administrés en fonction de l'avancée du patient dans le processus de soins.

Tableau n°6 : Informations de type organisationnel pour le SCA

| Intervention-clé | Services | E (IC) | | F (IC) | | G (Non IC) | | H (Non IC) | |
|---|--|------------------------|------|------------------------|----|------------------------|------|------------------------|------|
| | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | | Nombre de dossiers /20 | |
| <i>Identifier l'heure d'apparition des symptômes</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 0 | Oui | 16 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 17 | Oui | 18 | Oui | 2 | Oui | 3 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min 30 | | 1 min | |
| <i>Identifier l'heure du premier contact médical</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 0 | Oui | 17 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 14 | Oui | 17 | Oui | 3 | Oui | 1 |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | 1 min | | 1 min | |
| <i>Identifier l'heure de re perfusion /heure d'arrivée dans le service de cardiologie interventionnelle et heure d'expansion du ballonnet</i> | Check-list (dossier IC)* | Oui | 0 | Oui | 9 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Non | N.R. | Oui | 12 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 1 min | | 1 min | | > 5 min | | > 5 min | |
| <i>Sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques</i> | Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui | 11 | Oui | 15 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 2 min | | 2 min | | > 5 min | | > 5 min | |
| <i>Information au patient et à son entourage</i> | Check-list (dossier IC)* | Non | N.R. | Oui | 8 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Planning infirmier (dossier infirmier) | Oui | 20 | Oui | 18 | Non | N.R. | Non | N.R. |
| | Temps de recherche moyen (en minutes) | 2 min | | 1 min 30 | | > 5 min | | > 5 min | |

Le tableau n°6 illustre l'échange d'informations de type organisationnel pour le SCA.

En additionnant les interventions clés enregistrées dans les dossiers patients, nous nous rendons compte que nous avons retrouvé ce type d'information dans 62 recherches/100 pour le service E, dans 80 recherches/100 pour le service F, dans 5 recherches/100 pour le service G et dans 4 recherches/100 pour le service H. Ces chiffres indiquent que nous avons identifié ce type d'information dans 62% du temps pour le service E, dans 80% du temps pour le service F, dans 5% du temps pour le service G et dans 4% du temps pour le service H. Nous observons donc une différence de présence de ce type d'information relativement marquée entre d'une part les « services IC » et d'autre part les « services non IC ». Les informations de type organisationnelles ont pourtant une grande importance quand on sait qu'elles sont utiles à optimiser le processus de soin du patient afin de le rendre plus efficient.

Les soignants interrogés nuancent également l'enregistrement de ce type d'information. Quand celle-ci est indiquée dans des lettres ou des rapports d'hospitalisation, elle est la plupart du temps enregistrée en aval du processus patient. Durant le processus de soins, l'information est accessible sous la forme de « notes » réalisées par le médecin au sein du dossier médical. Ce mode d'enregistrement limite l'accès à l'information à une seule catégorie de soignants. Ceci a pour conséquence de ne pas indiquer l'information à tous les intervenants au moment même de la prise en charge du patient.

En plus d'enregistrer plus souvent ce type d'information dans les dossiers médicaux et infirmiers, les « services IC » ont mis en place « des documents IC structurés » permettant une vision rapide des interventions-clés réalisées au moment même du processus de soins. Il y a donc des redondances concernant l'archivage de l'information, mais ces enregistrements se retrouvent sous des formes différentes. Pour le service E, les soignants ont la possibilité de noter l'information de manière structurée pour 3 interventions sur les 5 retenues. Le service F a quant à lui la possibilité de le faire pour 4 interventions. Pourtant nous observons encore une fois un manque d'utilisation de ce document. En effet, le taux de remplissage du document IC s'élève pour le service F à 62.5%, correspondant aux 50 fois où ce type d'information a réellement été enregistré sur les 80 possibilités de le faire. Le document structuré du service E n'est quant à lui jamais rempli. En regardant les chiffres du tableau, on remarque pourtant que ces informations ont été relevées et par conséquent existent, mais elles se retrouvent à un autre endroit du dossier. C'est donc le facteur humain qui est en cause du non-remplissage des documents IC. Ce manque de remplissage est regrettable quand on voit la rapidité avec

laquelle l'information peut être retrouvée dans les documents structurés. Le manque a gagné est d'autant plus important quant on sait que dans ce processus de soins, il est important d'agir rapidement et donc de limiter les délais d'attente.

Nous n'avons jamais retrouvé d'informations de type organisationnelles pour 3 interventions-clés des services G et H. Afin de pouvoir prendre en compte ces données, nous devons nous assurer que ces interventions clés étaient réalisées au sein des « services non IC ». C'est ce que nous avons fait lors de nos rencontres avec le personnel de terrain. Les médecins des services G et H nuancent ainsi ce manque d'indication en expliquant que « *la sensibilisation aux règles hygiéno-diététiques* » et que « *l'Information au patient et à son entourage* » se font oralement par le personnel soignant lors d'une consultation ou durant l'hospitalisation. De plus, ceux-ci indiquent que « *l'heure de re perfusion, l'heure d'arrivée dans le service de cardiologie interventionnelle et l'heure d'expansion du ballonnet en cas de coronarographie* » ne sont notées nulle part.

2.4 Analyse des résultats

Sur base de notre collecte de données, nous pouvons critiquer notre hypothèse de recherche. Pour rappel, celle-ci était : « les Itinéraires Cliniques facilitent la communication des données patients (entre les différents intervenants) au sein du dossier patient ». Nous allons donc maintenant tenter d'identifier si la présence d'un Itinéraire Clinique a un impact sur la quantité et sur le type d'informations enregistrées dans le dossier du patient.

Quantité d'informations échangées

En reprenant les chiffres calculés à partir des tableaux précédents, nous pouvons comparer les services IC aux services non IC concernant les quantités d'information enregistrées. Le tableau n°7 synthétise nos données.

Tableau n°7 : Quantité d'information échangée par service

| | Services IC | | | | Services non IC | | | |
|---|-------------|------|------|------|-----------------|------|------|------|
| Service | A | B | E | F | C | D | G | H |
| Quantité d'information Enregistrée (en %) | 91.9 | 98.9 | 86.6 | 90.9 | 81.7 | 59.7 | 65.6 | 64.7 |

En confrontant les pourcentages, on a tendance à croire que l'information est plus souvent enregistrée en présence d'un itinéraire clinique. Cependant, la quantité d'enregistrement de l'information du service C semble se rapprocher des services IC. Nous émettons l'hypothèse que la présence d'un coordinateur de soins dans ce service doit jouer sur la quantité d'information enregistrée. En effet, les services D, G et H accusent des taux d'enregistrement inférieurs au service C alors qu'entre eux les taux d'enregistrement restent semblables.

Types d'informations échangées

Nous pouvons également répondre à la question de savoir si certaines informations sont plus facilement communiquées en présence d'un itinéraire clinique. En reprenant les chiffres de notre partie pratique, nous obtenons dans le tableau n°8 un comparatif des types de données échangées.

Tableau n°8 : Types d'informations échangées par service

| Service | Services IC | | | | Services non IC | | | |
|------------------------------------|-------------|------|------|------|-----------------|------|------|------|
| | A | B | E | F | C | D | G | H |
| Type d'information enregistrée : | | | | | | | | |
| - Clinique et fonctionnelle (en %) | 82.5 | 96.7 | 96.4 | 93.6 | 79.2 | 96.7 | 89.3 | 88.6 |
| - Médicale (en %) | 100 | 100 | 100 | 100 | 82.5 | 74.2 | 100 | 98.8 |
| - Organisationnelle (en %) | 93.3 | 100 | 62 | 80 | 83.3 | 8.3 | 5 | 4 |

Dans le tableau n°8, nous n'observons pas de différence notable concernant les données de type « cliniques et fonctionnelles ». Les informations de type « médicales » sont relativement bien enregistrées dans les services non IC. Nous remarquons également que celles-ci ont systématiquement été enregistrées dans les 4 services IC. De manière générale, l'information qui souffre le plus d'un manque de présence dans les dossiers patient est celle de type organisationnel. C'est là que nous mettons en évidence une différence entre les services IC et les services non IC. Nous avons par conséquent l'impression que la présence d'un IC jouerait sur l'enregistrement de ce type d'information.

Possibilités d'enregistrement structuré

Nous allons maintenant un cran plus loin dans notre analyse. Nous voulons comparer la quantité d'interventions clés pouvant être enregistrées de manière structurée dans chacun des services rencontrés. En effet, l'objectif de cette étude est de mettre en évidence une relation entre la présence d'un itinéraire clinique et la quantité d'information échangée par les acteurs du processus de soins. Nous nous intéressons donc ici aux méthodes d'enregistrement permettant une communication aisée des données entre les différents professionnels : « les documents structurés ». Dans le tableau n°9, nous nous intéressons donc uniquement aux documents reprenant des informations issues de différentes spécialités, utilisés par plusieurs intervenants et accessibles à plusieurs catégories d'acteurs dans le cadre du processus de soins. Pour rappel, il s'agit des documents marqués d'un astérisque dans les tableaux de notre récolte de données. En d'autres termes, les documents utilisés par une seule catégorie de soignant (ex. : check-list du planning infirmier, feuille de la coordinatrice de soins, ...) n'ont pas été relevés.

Tableau n°9 : Possibilités d'enregistrement structuré de l'information par service

| Service | Services IC | | | | Services non IC | | | |
|--|-------------|------|-------|------|-----------------|------|------|------|
| | A | B | E | F | C | D | G | H |
| Possibilité d'enregistrement structuré : | | | | | | | | |
| - Information clinique et fonctionnelle (sur le nombre d'interventions clés retenues) | 1/6 | 1/6 | 4/7 | 3/7 | 0/6 | 3/6 | 0/7 | 0/7 |
| - Information médicale (sur le nombre d'interventions clés retenues) | 0/6 | 1/6 | 4/4 | 2/4 | 0/6 | 1/6 | 0/4 | 0/4 |
| - Information organisationnelle (sur le nombre d'interventions clés retenues) | 3/6 | 6/6 | 3/5 | 4/5 | 0/6 | 0/6 | 0/5 | 0/5 |
| Total d'information (sur le nombre d'interventions clés retenues) | 4/18 | 8/18 | 11/16 | 9/16 | 0/18 | 4/18 | 0/16 | 0/16 |

Le tableau n°9 met en évidence plusieurs tendances. De manière générale, il semblerait que les services IC mettent plus souvent en place des documents enregistrant l'information de manière structurée. A ce titre, nous avons plus souvent l'opportunité d'enregistrer de manière structurée « les informations de type organisationnel » dans les services IC. Nous pouvons également remarquer une légère différence au sein des services IC. En effet, il semblerait que les services développant l'IC « syndrome coronarien aigu » aient repris plus souvent les « informations médicales » et « cliniques et fonctionnelles » sous forme structurée que les services développant l'IC « PTG ». Pour les services IC « PTG », l'information pour laquelle on a le plus souvent la possibilité d'enregistrer les données de manière structurée est celle de « type organisationnel ».

Enregistrements structurés effectifs

Néanmoins, il ne suffit pas d'avoir la possibilité de pouvoir enregistrer les données de manière structurée, encore faut-il le faire sur le terrain. Nous allons donc nuancer le tableau précédent en illustrant les taux d'enregistrement effectifs de ces informations structurées. Le taux d'enregistrement effectif représente le nombre de fois où l'information a réellement été enregistrée par rapport aux nombres de possibilités de le faire. Nous avons donc calculé ces taux et les avons ensuite exprimés en pour cent (tableau n°10).

Tableau n°10 : Taux d'enregistrement structurés effectifs par service

| Service | Services IC | | | | Services non IC | | | |
|--|-----------------|-------------------|---------------|--------------------|-----------------|-----------------|------|------|
| | A | B | E | F | C | D | G | H |
| Taux d'enregistrement effectif sous forme structurée : | | | | | | | | |
| - Information clinique et fonctionnelle (en %) | 20/20 (100%) | 20/20 (100%) | 0/80 (0%) | 48/60 (80%) | N.R. | 48/60 (80%) | N.R. | N.R. |
| - Information médicale (en %) | N.R. | 20/20 (100%) | 0/80 (0%) | 22/40 (55%) | N.R. | 20/20 (100%) | N.R. | N.R. |
| - Information organisationnelle (en %) | 60/60 (100%) | 120/120 (100%) | 0/60 (0%) | 50/80 (62.5%) | N.R. | N.R. | N.R. | N.R. |
| Taux de remplissage total des documents structurés | 80/80 (100%) | 160/160 (100%) | 0/220 (0%) | 120/180 (66.7%) | N.R. | 68/80 (85%) | N.R. | N.R. |

Que ce soit pour les services IC ou les services non IC, on observe un taux de remplissage des documents structurés correct. Néanmoins, le service E, qui fait pourtant partie des services offrant le plus de possibilités d'enregistrer de manière structurée l'information, est celui qui a un taux de remplissage effectif le plus bas (0%). Les membres du personnel soignant justifient ce taux nul en expliquant qu'ils utiliseront ce document lorsque celui-ci sera informatisé dans leur dossier électronique. La version électronique n'étant pas disponible au moment de la réalisation de ce travail, nous n'avons pas eu l'opportunité de vérifier le taux d'enregistrement effectif une fois la version informatisée installée.

Au sein des services IC, on remarque que les « services IC syndrome coronarien aigu » sont les services utilisant le moins leurs documents structurés. Or, c'est pourtant ces services qui avaient mis en place le plus de possibilités d'enregistrements structurés. A ce titre, rappelons-nous que ces informations avaient été relevées sous une autre forme dans le dossier patient et par conséquent existaient. C'est donc le facteur humain qui est en cause du non-remplissage des documents IC. De plus, certains soignants voient ces documents comme des outils permettant de réaliser rétrospectivement des statistiques. Pour eux, ce document se limite à évaluer si les objectifs fixés lors de la mise en place de l'itinéraire clinique ont bien été réalisés. Ils ne voient donc pas ce document comme un support à la communication. Au regard de nos entretiens, nous pensons également que le facteur « d'urgence » doit jouer sur le taux de remplissage. Dans l'urgence, les soignants préféreraient se limiter à un seul document support, à savoir celui « spécifique » à leur profession.

Chapitre 3: Discussion

Nous commencerons ce chapitre par critiquer notre récolte de données et le choix de nos interventions-clés. Ensuite nous discuterons de nos résultats et nous terminerons par émettre des pistes d'amélioration concernant la communication de l'information entre professionnels.

Discussion de la récolte de données

Concernant la vingtaine d'interventions-clés retenues pour chaque pathologie, certaines d'entre elles n'étaient réalisées dans aucun des services rencontrés. Cela concerne 1 intervention pour le syndrome coronarien aigu et 2 interventions pour la prothèse totale de genou. Dès lors, il est normal que nous n'ayons pas trouvé d'enregistrement d'information à ce sujet. Nous n'avons donc pas pris compte ces interventions pour l'analyse des données. Par conséquent, nous n'avons pas réussi à obtenir l'ensemble des caractéristiques désirées lors de l'élaboration de nos 2 outils. En effet, une des caractéristiques était d'obtenir une probabilité égale de trouver l'ensemble des interventions-clés. Celle-ci n'a pas été remplie. Nous pouvons nous demander si le choix des interventions-clés était adéquat. Notons que nous aurions peut-être obtenu des résultats différents si nous avions choisi d'autres interventions-clés. Pour rappel, notre critère de choix était la pertinence. L'objectif principal était de balayer l'ensemble du processus de soins et de pouvoir regrouper les interventions en 3 catégories. Relevons également le caractère subjectif de l'attribution des catégories. En effet, une organisation différente de nos résultats aurait peut-être fait ressortir différemment les données.

Enfin, concernant la récolte de données, la recherche de l'information a parfois dépassé les 20 minutes que nous nous étions fixées. Les temps moyens consacrés à la recherche de l'information font ressortir la différence de temps nécessaire pour trouver une donnée existante (peu de temps) par rapport à une donnée absente (beaucoup de temps). L'objectif du temps de recherche établi lors du développement de nos outils n'a donc pas toujours été atteint.

Discussion des résultats

À travers notre récolte de données, nous avons pu relever plusieurs tendances. Premièrement, nous avons l'impression que la présence d'un itinéraire clinique a un impact concernant la quantité d'information enregistrée dans le dossier patient. Deuxièmement, il semblerait que les itinéraires cliniques utilisent plus souvent des documents enregistrant l'information de manière structurée. Ceci est une manière d'intégrer des informations relatives à un même

patient et issues de différentes spécialités. Ce type de document permet de lutter contre le cloisonnement de l'information. En effet, nous remarquons que certaines informations des « services non IC » sont enregistrées exclusivement dans le dossier médical du patient sous la forme de rapport de consultation, de rapport d'hospitalisation, de rapport d'opération ou de lettre adressée au médecin traitant du malade. Cette méthode d'enregistrement de l'information a des limites, car elle n'est disponible que rétrospectivement par rapport au processus de soins. De plus, au cours du processus de soins, les intervenants n'ayant pas accès au dossier médical (infirmiers, Kiné,...) n'ont pas la possibilité de savoir si l'intervention a bien été réalisée. Ainsi, l'information est enregistrée, mais reste difficilement accessible à l'ensemble des acteurs concernés.

Parmi les types d'informations, il apparaît que l'enregistrement des informations de « type organisationnel » est majoré en présence d'un itinéraire clinique. En effet, nous avons observé un écart important entre les services IC et les services non IC concernant l'enregistrement de ce type d'information.

Les effets de la présence d'un itinéraire clinique sur l'enregistrement des données patients semblent donc positifs. Cependant, nous devons nous limiter à des impressions, car notre partie pratique se rapproche plus d'études de cas que d'une étude cas-témoins. Par conséquent, bien que nous ayons envie de le soutenir, nous ne pouvons pas dire avec certitude que la présence d'un itinéraire clinique augmente la quantité d'informations enregistrées. De même, nous ne pouvons pas dire avec certitude que la présence d'un IC influence le type d'information échangée. En d'autres termes, nous ne pouvons pas établir de lien de causalité entre d'une part la présence d'un itinéraire clinique et d'autre part la quantité et le type d'information enregistrée dans le dossier du patient.

Notre partie pratique nous a également permis de mettre en évidence plusieurs éléments qui répondent à notre partie théorique et donc la complète. C'est ce que nous décrivons dans la suite de cette discussion.

Nous exprimons dans la partie théorique de ce travail que la réussite de la mise en œuvre d'un itinéraire clinique est déterminée par quatre facteurs, dont la participation de la base opérationnelle. Cela vaut également pour le système d'information accompagnant le processus de soins. En effet, on se rend compte de l'importance de l'adhérence du personnel soignant sur la communication des informations. Nous disions que les services IC mettent souvent en place des documents présentant l'information de manière structurée. Cependant,

certaines services IC émettent des résistances à l'utilisation de ces documents. Nous pouvons ainsi classer les services IC en 3 catégories en fonction des possibilités d'enregistrement de l'information et de l'utilisation effective des différentes formes disponibles. Nous distinguons ainsi les services avec document structuré, mais non utilisé (ex : le service E), les services avec document structuré utilisé, mais restreint à une optique unique de réaliser rétrospectivement des statistiques (ex : le service F) et enfin les services avec document structuré utilisé et soutenant l'intégration de l'information (ex : les services A et B).

Néanmoins, la création de documents spécifiques à un IC pourrait être remise en question. En effet, nous évoquons dans la partie théorique de ce mémoire qu'il fallait lutter contre la création de dossiers patients spécifiques à chaque spécialité. Cela avait pour conséquence de mener à des redondances d'information ainsi qu'à des processus de soins pas toujours efficaces. Créer de nouveaux documents, spécifiques à une pathologie, risque donc de renforcer le mécanisme de multiplication des dossiers patients. C'est peut-être la raison pour laquelle l'un des services IC (le service E) n'utilise pas le document élaboré pour l'IC et préfère attendre que celui-ci soit informatisé et donc plus intégré. En effet, nous avons vu dans la partie théorique que l'informatique pourrait être une solution pour obtenir un dossier patient intégré. L'avantage principal d'un dossier informatisé est de pouvoir retrouver l'information sous différentes formes alors qu'on l'enregistre seulement une fois. Il n'y a donc pas de redondance d'enregistrement de l'information. A ce sujet, nous avons remarqué de manière générale pas mal de redondance concernant l'enregistrement de l'information. En effet, la plupart des interventions-clés sont enregistrées sous plusieurs formats.

Dans cette discussion, nous voulons également insister sur le caractère financier de l'enregistrement des informations. Nous avons en effet remarqué que certains types d'informations étaient parfois moins enregistrés. Il s'agit des informations organisationnelles. Nous émettons donc une hypothèse : « la raison principale de ce manque d'enregistrement est que ce type d'information n'intervient pas dans l'élaboration du Résumé Hospitalier Minimum (RHM) et donc du financement hospitalier ».

Mais l'amélioration de la communication en présence d'itinéraires cliniques ne se limite pas à une simple augmentation de la quantité d'informations enregistrées. En effet, nous avançons dans la première partie de ce travail que les IC contribuaient à la facilitation de la communication entre les différents professionnels. De fait, lors de notre collecte de données, nous avons à plusieurs reprises identifié des mécanismes de communication alternatifs au

dossier patient. Ceux-ci sont issus de l'élaboration de consensus permettant une standardisation des pratiques pour la prise en charge du patient. Nous avons ainsi relevé la mise en place de protocoles médicamenteux, de protocoles de gestion de la douleur ou encore de protocoles de rééducation. Certains services développant un IC ont même opéré à une « préorganisation » de leur planning infirmier. L'ensemble des interventions clés à réaliser est ainsi pré coché. Une fois l'intervention réalisée, le soignant coche la case. Ceci a d'une part une fonction de rappel des interventions clés à réaliser et d'autre part une fonction d'indication des interventions qui ont été réalisées.

De plus, nous constatons via nos entretiens que les services IC ont tendance à orienter leur communication dans une logique de « client-fournisseur ». Cette logique trouve son origine dans la construction en tant que telle des itinéraires cliniques : l'élaboration de consensus. En élaborant des consensus entre catégories de professionnels, chacun sait ce qu'il a à faire, ce dont il a besoin et ce que les autres attendent de lui. Tout intervenant de l'IC est donc à la fois client et fournisseur. En tant que client il explique ses besoins et en tant que fournisseur il propose ce qui lui est possible d'apporter aux autres. Tant que tout le monde se tient à cette logique, la communication est indirectement améliorée. En effet, chacun sait qu'un patient arrivé à un certain stade du processus aura reçu précédemment une série d'interventions bien définies. Ce mode de communication fonctionne donc sur la confiance entre les différentes catégories de soignant. Cette méthode fonctionne d'autant mieux si les acteurs se responsabilisent et préviennent leurs « clients » en cas de variance par rapport au processus de soins prévu.

Pistes de réflexion pour les recherches à venir

A ce stade de la recherche, nous constatons que la communication ne se fait pas uniquement via l'enregistrement de données dans le dossier du patient. Ceci nous permet de citer des pistes de réflexion intéressantes qui pourraient être abordées dans les recherches futures :

- Une première piste consisterait à identifier les ressentis des soignants concernant la communication des données des patients depuis la mise en place d'un itinéraire clinique.
- L'avenir des dossiers patients les conduisant vers l'informatisation, il serait utile de réfléchir à l'implantation des documents IC au sein d'un dossier patient informatisé. Dès lors, les recherches futures devraient avoir pour objectif de contribuer à minimiser les redondances d'enregistrement de l'information tout en facilitant l'accès à l'information sous forme

structurée. A ce sujet, un des services rencontrés (service E) attendait l'informatisation de son document structuré IC avant de l'utiliser. Malheureusement, au moment de notre récolte de données, celui-ci n'était pas encore informatisé.

- Ce travail se limitant à un nombre restreint d'hôpitaux et à deux pathologies, il serait intéressant de réaliser cette même recherche à un plus grand nombre d'institutions et à des itinéraires cliniques différents. Ceci permettrait d'appuyer ou au contraire de critiquer nos résultats.

- Enfin, et en continuité à ce travail, il serait judicieux d'identifier les besoins d'information des différentes catégories de soignants des 8 services rencontrés. La comparaison de ces besoins avec nos observations permettrait de savoir si actuellement il est nécessaire d'améliorer les types, les manières et les quantités d'enregistrement de l'information ou au contraire, de savoir si ceux-ci se suffisent à eux-mêmes.

Conclusions générales

La littérature nous a permis de justifier la nécessité d'une réorganisation plus transversale de l'activité des soins en fonction des besoins du patient. Selon l'« Institute for Healthcare Improvement » (IHI), l'intégration clinique n'est possible qu'en jouant simultanément sur 4 éléments : l'équipe de soins, la participation du patient dans les soins, le leadership et le système d'information clinique. La partie théorique de ce travail permet de justifier que les itinéraires cliniques font intervenir les 3 premiers éléments de ce modèle. Par contre, bien que la philosophie des IC prône une facilitation de la communication entre les différents professionnels de la santé, il y a encore peu d'évidence concernant l'impact d'un IC sur le « système d'information clinique » d'un hôpital.

L'enjeu principal de ce travail était donc d'identifier si la présence d'un itinéraire clinique avait une influence sur l'enregistrement des « données patients » relatives à un processus de soins. Nous avons testé notre hypothèse en analysant rétrospectivement des dossiers patients. L'analyse a été réalisée à l'aide de grilles d'observation que nous avons spécialement élaborées pour l'occasion. Notre récolte de données s'est déroulée dans des services développant un itinéraire clinique et dans des services n'en développant pas. Nos conclusions reposent sur des données issues de 2 pathologies. Analyser des processus de soins différents nous a permis de mettre plus facilement en évidence des tendances propres aux IC. Notre recherche a révélé une différence concernant la quantité d'informations enregistrées dans les « services IC » par rapport aux « services non IC ». Cette différence permet de rejoindre l'idée reçue par Rotter (2010). Celui-ci avait conclu que les IC amélioraient la communication clinique, se traduisant par la transcription plus fréquente des objectifs thérapeutiques, d'événements spécifiques et des résultats d'évaluation.

Dans notre discussion, nous observons que l'analyse individuelle de l'enregistrement des interventions clés apporte difficilement des données exploitables. Néanmoins, en les associant nous apportons une conclusion supplémentaire à ce travail. En effet, il semblerait que l'information de « type organisationnel » soit plus souvent enregistrée dans le dossier du patient en présence d'un itinéraire clinique. De plus, il apparaît que les services développant un itinéraire clinique ont plus souvent tendance à enregistrer l'information de manière structurée que les autres services.

Ces résultats permettent de penser que les IC répondent aux 4 exigences du modèle « Concept Design for Planned Care » proposé par « l'IHI ». Toutefois, nous tenons à rappeler qu'il convient de rester prudent quant aux conclusions que nous tirons de notre recherche empirique. Bien que nous ayons envie de confirmer que nos résultats sont représentatifs pour n'importe quel IC, nous ne pouvons pas certifier un lien de causalité entre la présence d'un itinéraire clinique et la quantité et le type d'information enregistrée dans le dossier du patient. Cette étude comporte en effet plusieurs limites dont il faut tenir compte. Il serait ainsi judicieux de considérer un plus grand nombre de dossiers patient, un plus grand nombre d'hôpitaux et d'y inclure les hôpitaux néerlandophones. D'autant plus que nous observerions peut-être des différences des deux côtés de la frontière linguistique. Dans cette recherche, nous nous sommes cantonnés à étudier la communication écrite. Néanmoins, nous avons remarqué qu'il était illusoire de penser que l'on puisse mettre par écrit toutes les informations relatives à un patient. Ceci a été confirmé lors de nos rencontres avec les différents acteurs de terrain. Nous avons ainsi constaté une complémentarité entre la communication écrite et la communication orale. La communication informelle occupe donc également une place importante dans les institutions de soins.

Cette étude de type exploratoire met ainsi l'accent sur la difficulté d'appréhender la problématique de l'intégration des données du dossier patient. Toutefois, au vu des enjeux auxquels notre système de soins de santé devra faire face à moyen et long terme, il semble indispensable de poursuivre les recherches dans cette direction. Ceci a pour objectif d'aboutir à des solutions améliorant la qualité des soins tout en optimisant les ressources disponibles. A ce titre, il serait intéressant d'analyser les possibilités offertes par les technologies de l'information et de la communication pour favoriser un dossier patient plus intégré. Nous pensons qu'il est primordial de mener plus d'enquêtes sur le terrain. Le but est de mieux cerner les besoins des acteurs hospitaliers et d'éviter la mise en place de moyens de communication qui ne correspondent pas à leurs attentes. Enfin, les hôpitaux sont caractérisés par la cohabitation de plusieurs mondes qui ne communiquent pas toujours efficacement entre eux. Il importe donc de prendre connaissance des opinions des différents groupes d'acteur.

Bibliographie

- AMERICAN COLLEGE OF CARDIOLOGIE, AMERICAN HEART ASSOCIATION (2013). Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction: Executive Summary. *Journal of the American college of cardiology*, 61 (4), 485-510
- BARBIERI A., VANHAECHT K., VAN HERCK P., SERMEUS W., FAGGIANO F., MARCHISION S., *et al.* (2009) Effects of clinical pathways in the joint replacement: a meta-analysis. *BMC medicine*. 7 (32), 11p.
- BASSAND J-P, BERTRAND M., VAHANIAN A., FARAH B. (2007). Les syndromes coronaires aigus (SCA). *Haute autorité de santé*. Disponible sur le site de la haute autorité de santé : www.has-sante.fr, consulté le 15 décembre 2013
- BOINET J-P., PIERRU F. (2010). Plaidoyer pour la médecine interne. Regards croisés d'un sociologue et d'un interniste sur l'avenir de la médecine interne. *La Revue de médecine interne*, 31(11), 788-791
- BRINGAY S., BARRY C., CHARLET J. (2004). Les documents et les annotations du dossier patient hospitalier. *Information-Interaction-Intelligence*, 4 (1), 191- 211
- BRUNN M., CHEVREUL K. (2013). Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, concepts, évaluations et enseignements internationaux. *S.F.S.P. Santé Publique*, 25 (1), 87-94.
- BUREAU FEDERAL DU PLAN ET DIRECTION GENERALE STATISTIQUE ET INFORMATION ECONOMIQUE (2013). Perspectives de population 2012-2060. *Série Perspectives*. Disponible sur le site Web du bureau fédéral du plan : <http://www.plan.be>, consulté le 10 novembre 2013
- CHU S., CESNIK B. (1997). Improving clinical pathway design : lessons learned from a computerised prototype. *International Journal of Medical Informatics*, 51 (1), 1-11
- COMMISSION DES COMMUNATES EUROPEENNES (2009), Gérer l'incidence d'une population vieillissante dans l'UE (rapport 2009 sur le vieillissement), *communication de la commission au parlement européen, au conseil, au comité économique et au comité des régions*. Disponible à l'adresse : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>, consulté le 25 octobre 2013
- CONTANDRIOPOULOS A.-P., DENIS J.-L., TOUATI N., RODRIGUEZ R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8 (2), 38-52.
- DEBANDE B., ROSSLER J., BEGUIN C., DE CLERCQ E. (2012), *Gestion de l'information UCL*, WESP 2264, 2012-2013
- DAUE F., CRAINICH D. (2008). *L'avenir des soins de santé: oser le diagnostic et les thérapies*. Bruxelles : Academic and Scientific Publisher. 297 p.
- DANEL V. (2012). Petite histoire de la médecine occidentale. *UE7- santé société humanité Université Joseph Fourier de Grenoble*. France. 2011-2012.
- DEBANDE B. (2011). Le dossier patient intégré : tellement indispensable et si difficile à mettre en œuvre. *Swiss medical informatics*, 28 (73), 14-18
- DEN HERTOOG A., GLIESCHE K., TIMM J., MÜHLBAUER B., ZEBROWSKI S. (2012). Pathway-controlled fast-track rehabilitation after total knee arthroplasty: a randomized prospective clinical study evaluating the recovery pattern, drug consumption, and length of stay. *Arch orthop trauma surg*, 132 (8), 1153-1163
- DESIDERIO P. (1954). Histoire des antibiotiques. *Revue d'histoire des sciences et de leurs applications*, 7 (2), 124-138.
- DIERCKX DE CASTERLE R., KARAM M. (2013). Tour des hôpitaux du réseau itinéraires cliniques en 2012. Bruxelles : Université Catholique de Louvain, Faculté de santé publique. 75 p.
- DOOCEY A., REDDY W. (2010) Integrated care pathways-the touchstone of an integrated service delivery model for Ireland. *International Journal of Care Pathways*, 14 (1), 27-29.
- DURANT G., (2011). *Le financement des hôpitaux en Belgique, situation au 1^{er} septembre 2011* (édition 2011). Waterloo : Kluwer. 177p.
- EL DEEB M., AL-RIYAMI A., SULAIMAN K, AL-RIYAMI A., AL-MUKHAINI M., AL-RAWAHI N., *et al.* (2014) Clinical Pathways for Non-ST Elevation Acute Coronary Syndrome in Oman: An Oman Heart Association Protocol for Hospital Quality Improvement Initiative. *Oman medical journal*, 29(1), 8-11

- FIESCHI M. (2003). Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins. *Rapport au ministre de la santé de la famille et des personnes handicapées*. Faculté de médecine de Marseille. France, 65 p.
- GLASGOW M., BARRETT D., CALDER D., DODD CH., NOBLE J., WILTON T., *et al.* (1998) Knee replacement: a guide to good practice. *British association for surgery of the knee*. Disponible sur le site BAO: www.boa.ac.uk, consulté le 10 décembre 2013
- GOOCH Ph., ROUDSARI A. (2011). Computerization of workflows, guidelines, and care pathways: a review of implementation challenges for process-oriented health information systems. *J Am Med Inform Assoc*. 18, 738-748
- GRIESSER A.-C., WASSERFALLEN J.-B., PEYTREMANN BRIDEVAUX I. (2010). Les itinéraires cliniques sont ils efficaces ? *Revue médicale suisse*, 6, 2104
- GROSJEAN S., BONNEVILLE L. (2007). Logique d'implantation des TIC dans le secteur de la santé. *Revue française de gestion*. 3 (172), 145-157
- HALLER G., LAROCHE T., CLERGUE F. (2011). Evènements indésirables et problèmes de communication en périopératoire. *Annales française d'anesthésie et de réanimation*, 30(12), 923-929
- HARRIS M., JAYASINGHE U., TAGGART J., CHRISTI B., PROUDFOOT J., CROOKES P., *et al.* (2011). Multidisciplinary Team Care Arrangement in the management of patients with chronic disease in Australian general practice. *MJA*, 194(5), 236-239.
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (2008). Critères de suivi en rééducation et d'orientation en ambulatoire ou en SSR après arthroplastie totale du genou, recommandations. Disponible sur le site Web de la haute autorité de santé : www.has-sante.fr, consulté le 10 décembre 2013
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (2008). Orientation en rééducation après prothèse totale de genou : série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. Disponible sur le site Web de la haute autorité de santé : www.has-sante.fr, consulté le 10 décembre 2013
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (2007). Recommandations professionnelles : prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie. *Haute autorité de santé*. Disponible sur le site : www.has-sante.fr, consulté le 15 décembre 2013
- HAUTE AUTORITE DE SANTE (2007). Syndromes coronariens aigus, infarctus du myocarde : modalités de prise en charge. *Haute autorité de santé*. Disponible sur le site de la haute autorité de santé : www.has-sante.fr, consulté le 15 décembre 2013
- IBRAHIM M., KHAN M., NIZAM I., HADDAD F. (2013). Peri-operative interventions producing better functional outcomes and enhanced recovery following total hip and knee arthroplasty: an evidence-based review. *BMC Health Services Research*, 11(37)
- INSTITUTE OF MEDECINE (2001). Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century. *Shapping the future for health*. Disponible à l'adresse <http://www.nap.edu/books/0309072808/html/>, consulté le 25 octobre 2013
- INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (2008). IHI global trigger tool for measuring adverse events (UK version). *Institute for Healthcare Improvement*, 12 p. Disponible sur le site de l'IHI : www.ihl.org, consulté le 25 octobre 2013
- KABCENELL A., LANGLEY J., HUPKE C. (2006), Innovations in planned care. Innovation Series. *Institute for healthcare improvement*. Disponible sur le site Web de l'Institute of Healthcare Improvement : www.IHI.org, consulté le 25 octobre 2013
- KIM S., LOSINA E., SOLOMON D., WRIGHT J., KATZ J. (2003). Effectiveness of Clinical Pathways for Total Knee and Total Hip Arthroplasty. *The journal of Arthroplasty*, 18 (1), 69-74.
- KUMAR A., CANNON CH. (2009) Acute Coronary Syndromes: Diagnosis and Management, symposium on cardiovascular diseases. *Mayo Clinic Proceeding*, . 84(10), 917-938
- LAMOTHE L. (1999). La reconfiguration des hôpitaux : un défi d'ordre professionnel. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 6 (2), 132-148.

- LARSEN K., HVASS K., HANSEN T., THOMSEN B., SOBALLE K. (2008). Effectiveness of accelerated perioperative care and rehabilitation intervention compared to current intervention after hip and knee arthroplasty. A before-after trial of 247 patients with a 3-month follow-up. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9 (59)
- LEE T., MONGE J. (2007). Définition universelle de l'infarctus du myocarde. *Cardiologie, conférences scientifiques*, 12 (10). Disponible sur le site www.cardiologieconferences.ca, consulté le 15 octobre 2013
- LEHOUX P., SICOTTE C., DENIS J-L, RAYMOND D., LAFRANCE A. (1998). L'informatisation du dossier médical et ses (détr)acteurs. *Sciences sociales et santé*, 16(1), 81-121
- LEONARD M., GRAHAM S., BONACUM D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Qual Saf Health Care*, 13(1), 85-90
- LENZ R., BLASER R., BEYER M., HEGER O., BIBER C., BÄUMLEIN M., *et al.* (2007) IT support for clinical pathways: lessons learned. *International journal of medical informatics*. 76 (3), 397-402
- LISHA L. (2011). Groupe de travail sur le travail d'équipe et les communications. Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé : Une analyse documentaire. *Institut canadien pour la sécurité des patients*. 78 p. Disponible sur le site : www.securitedespatients.ca, consulté le 25 novembre 2013
- LOVIS CH. (2009). Systèmes d'informations cliniques : au cœur des informatiques hospitalières. *Informatique et Santé*, 17, 35-44
- MORGAN D., FISHER N., AHMAD A., ALAM F. (2009). Improving operation notes to meet british orthopaedic association guidelines. *Ann royal college of surgeons of England*, 91, 217-219
- NIZET J., PICHAULT F. (2007). Introduction à la théorie des configurations, du « one best way » à la diversité organisationnelle. Bruxelles : De Boeck Université. 195 p.
- OMNES L. (2010). TIC et hôpital : investir plus dans la toile et moins dans le béton. *Gestion hospitalière*, 4 (495), 245-249
- PINELL P. (2005). Champ médical et processus de spécialisation. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1 (156-157), 4-36
- PREMIER, INC., AND INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (2013). Integrated Care Pathway for Total Joint Arthroplasty. *Charlotte, NC: Premier, Inc. and Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement*. Disponible à l'adresse www.premierinc.com ou www.ihl.org, consulté le 12 octobre 2013
- ROSNECK J., HIGUERA C., TADROSS N., KREBS V., BARSOUM W. (2007) Managing knee osteoarthritis before and after arthroplasty. *Cleveland clinic journal of medicine*, 74 (9), 663-671
- ROTTER T., KUGLER J., KOCH R., GOTHE H., TWORK S., VAN OOSTRUM J., *et al.*(2008). A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes. *BMC Health Services Research*, 8 (265) 15 p.
- ROTTER T., KINSMAN L., JAMES EL., MACHOTTA A., GOTHE H., WILLIS J., *et al.*(2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. 163 p..
- RUTTY Ch., BARRETO L., VAN EXAN R., GILCHRIST S. (2005), Pour invalider la polio, le Canada et l'éradication de la polio. *Revue association canadienne de santé publique*. 24 p.
- SCHAER R., PETIGNAT P-A., GNAEGI A. (2011). Implémentation d'un itinéraire clinique dans le système d'information clinique de l'hôpital du valais. *Swiss medical informatics*, 28 (72), 23-26
- SCHALLER P., GASPOZ J-M. (2008). Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique. *Revue médicale suisse* 4 (172), 2034- 2039
- SEEHUSEN A. (2010). Clinical Pathways : effects on practices, outcomes, and costs. *American Academy of Family Physicians*, 82 (11), 1338-1340
- SERMEUS W., AERTGEERTS B., DEMEULEMEESTER E., RAMAEKERS D., DE BLESER L., VLAYEN J. (2005). Recherche pour le soutien de la politique fédérale itinéraires cliniques 2003-2005, synthèse et recommandations. *Centrum voor ziekenhuis en verplegingswetenschap*, étude réalisée pour le SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement. 25p.

- SERMEUS W., VANHAECHT K. (2002). Que sont les itinéraires cliniques ? Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, K.U. Leuven *acta hospitalia*, 3, 5-11
- SPF ECONOMIE P.M.E., CLASSES MOYENNES ET ENERGIE (2012). 2012, chiffres clés, aperçu statistique de la Belgique. Disponible sur le site Web du SPF économie, PME, classes moyennes et énergie: <http://www.statbel.fgov.be>, consulté le 11 septembre 2013
- STEG G., JAMES S., ATAR D., BADANO L., LUNDQVIST C., BORGER M., *et al.* (2012). ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *European Heart Journal*, 33(15). Disponible à l'adresse www.escardio.org/guidelines, consulté le 15 décembre 2013
- STORDEUR S., DARRAS E., LORANT V., D'HOORE W.(2010), *Introduction à la recherche scientifique dans le domaine médico-social et hospitalier UCL*, ESP 1011, 2010-2011
- TROUSSIER B., REY S., FRAPPAT D. (2006). Suites opératoires en rééducation après arthroplastie du genou : étude rétrospective à propos de 90 patients. *Annales de réadaptation et de médecine physique*, 49 (9), 640–646
- TSCHOPP M., DESPOND M., GRAUSER D., STAUB J-CH., LOVIS Ch. (2009). Prescription informatisée: de l'ordre à l'itinéraire Clinique. *Informatique et Sante*, 17, 185-190
- VANHAECHT K. (2007) *The impact of clinical pathways on the organisation of care processes*. Thèse de doctorat en sciences de la santé publique. Facultéit Geneeskunde, School voor Maatschappelijke Gezondheidszorg. Katholieke Universiteit Leuven, Leuven, 170 p.
- VANHAECHT K., AEYELS D., VAN VUGHT S., SERMEUS W., FOULON V., DENECKERE S., *et al.* (2013). A content analysis of care pathway documents for STEMI patients. *Belgian Dutch Clinical Pathway Network*, KU Leuven, Leuven, 1-17
- VANHAECHT K., PANELLA M., VAN ZELM R., SERMEUS W. (2010), An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways*, 14 (3), 117-123
- VANHAECHT K., PANELLA M., VAN ZELM R., SERMEUS W. (s. d.) *Care of dying: what about care pathways?* Disponible sur le site du nkp : www.nkp.be, consulté le 10 février 2013
- VANHAECHT K., SERMEUS W. (2002) Scénario pour l'élaboration d'un itinéraire clinique, sa mise en oeuvre et son évaluation. Plan en 30 étapes du « Réseau Itinéraires Clinique ». *Acta hospitalia*, 2, 13-27
- VANHAECHT K., SERMEUS W., TUERLINCKX G., WITTERS I., VANDENNEUCKER H., BELLEMANS J. (2005). Development of a clinical pathway for total knee arthroplasty and the effect on length of stay and in-hospital functional outcome. *Acta orthopaedica belgica*, 71 (4), 439-444
- VANHAECHT K., VAN GERVEN E., DENECKERE S., LODEWIJCKX C., PANELLA M., VLEUGELS A., *et al.*(2011) Le modèle en 7 phases pour le développement, l'implémentation, l'évaluation et le suivi continu des itinéraires cliniques. *Tijdschrift voor de geneeskunde*, 67 (10), 473-781
- WEISZ G. (2005). Naissance de la spécialisation médicale dans le monde germanophone. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 1 (156-157), 37-51.
- WESTBY M., BACKMAN C. (2010). Patient and health professional views on rehabilitation practices and outcomes following total hip and knee arthroplasty for osteoarthritis: a focus group study. *BMC Health Services Research*, 10(119). Disponible à l'adresse <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/119>, consulté le 15 octobre 2013
- ZANDER K. (2002). Integrated care pathways : eleven international trends. *Journal of intergrated care pathways*, 6, 101-107

Annexes

ANNEXE 1 : Questions posées lors de la phase exploratoire du mémoire

A. Quels types d'IC développez-vous au sein de votre institution ?

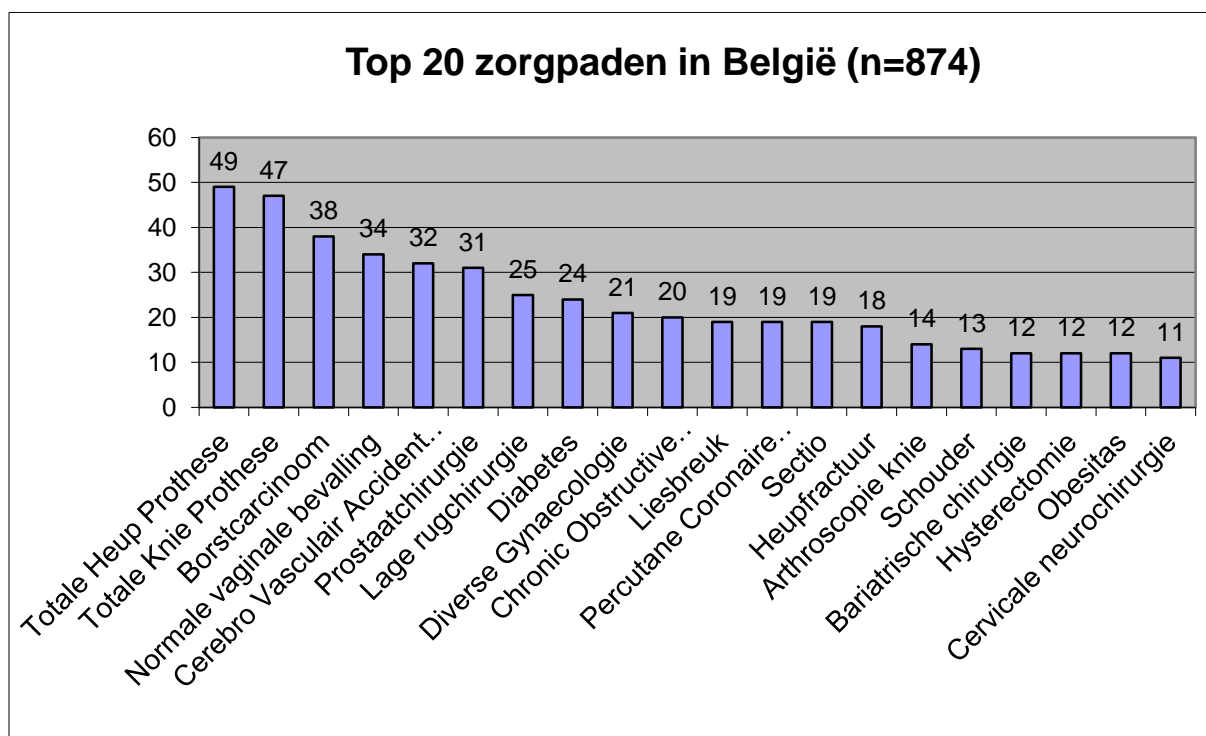
B. Quels types de dossiers existe-t-il au sein de votre institution ? (dossier médical, infirmier,... informatisé ou non, partiellement ou totalement.)

C. Qu'est-ce qui a été mis en place au sein de votre institution pour soutenir le ou les IC?

D. Selon vous, quels sont les signes qui permettraient de prouver que la communication entre les différents acteurs a été améliorée ou au contraire ne l'a pas été suite à la mise en place d'IC?

Remarque : Durant chaque entretien, les éléments de réponse ont été enregistrés sous forme de prise de note et retranscrits sous format électronique par la suite. De plus, tout document qui pourrait être utile pour la suite de ce travail (logigramme, exemple de dossier patient, check-list,...) m'a été transmis par mail.

ANNEXE 2 : Top 20 des Itinéraires Cliniques développés au sein du réseau itinéraire clinique en 2013.



| Classement | Intitulé de l'IC | Nombre d'IC en Belgique |
|------------|--------------------------|-------------------------|
| 2ème | Prothèse totale de genou | 47 |
| 50ème | Syndrome coronarien aigu | 3 |

Source : Netwerk klinische Paden, «het aantal zorgpaden per medische discipline in België » (2013)

ANNEXE 3 : Lettre de prise de contact avec les institutions de soins

DUMONT Brieuc
Chemin de Wannebecq 17
7861 Papignies
b.dumont@student.uclouvain.be
0498/292073

Papignies, le [...]

Objet : Demande d'accès à des dossiers patients pour un mémoire

Madame/Monsieur [...],

Suite à notre entretien téléphonique de ce [...], je me permets de vous écrire afin d'introduire une demande un peu particulière au sein de votre institution.

Étudiant à la Faculté de Santé Publique de l'UCL en 2e année de Master option gestion des institutions de soins, je réalise cette année un mémoire sur la communication « des données patients » entre professionnels de la santé et plus particulièrement sur l'impact qu'aurait la mise en place des Itinéraires Cliniques sur la communication au sein du dossier patient.

Madame Viseur, coordinatrice du Réseau Itinéraire Clinique de l'UCL m'a renseignée sur le fait que votre hôpital avait développé et utilisait toujours activement l'itinéraire Clinique **[de l'infarctus du myocarde (syndrome coronarien aigu)/ de la prothèse totale de genou]**. Ce serait donc une chance pour moi de pouvoir réaliser ma récolte de données dans votre hôpital.

Ma récolte de données serait de nature qualitative et consisterait dans un premier temps en l'analyse de 20 dossiers issus de patients entrant dans votre itinéraire clinique dans le but d'en déduire ce qui s'y trouve, ce qui ne s'y trouve pas et d'identifier les manières dont les dossiers sont remplis. Dans un deuxième temps, j'aimerais m'entretenir avec 2 personnes faisant fonctionner cet itinéraire clinique (médecin, infirmier...), ceci permettant de nuancer des informations que je n'aurais peut-être pas trouvées au sein des dossiers.

Je réalise mon mémoire dans le contexte de 2 pathologies (la prothèse totale de genoux et le syndrome coronarien aigu) afin de pouvoir apporter une généralisation à mes observations. Aussi je me permets de vous demander d'avoir également accès à votre service **[d'orthopédie/des urgences]** et à 20 dossiers de celui-ci, qui lui ne développe pas d'itinéraires cliniques. Le but serait de réaliser une récolte de données identique à celle réalisée pour **[le syndrome coronarien aigu/ la prothèse totale de genou]** et de pouvoir ainsi le comparer à un service, qui lui, développe l'itinéraire clinique **[« prothèse totale de genou »/ « syndrome coronarien aigu »]**.

Le but final de ce mémoire serait de saisir s'il existe une réelle différence concernant l'intégration des données patients entre un service développant un itinéraire clinique et un service n'en développant pas. L'ensemble de ma récolte de donnée se réalisera uniquement dans des hôpitaux appartenant au Réseau Itinéraire Clinique. Je compte également donner un Feed-back de ce travail aux hôpitaux participant.

Sachez que ce mémoire n'a ni pour but de relever des données des patients, ni pour but de comparer des hôpitaux. L'unique objectif de ce travail est de déterminer si les itinéraires cliniques ont un impact sur la communication des données patients. Je garantis donc l'anonymat des données. Je reste à votre entière disposition pour de plus amples informations

Dans l'attente de votre réponse et dans l'espoir que celle-ci soit positive, je vous prie d'agréer, madame, l'expression de mes sentiments distingués.

DUMONT B.

ANNEXE 4 : Etat d'informatisation des hôpitaux de notre récolte de données

| Hôpital | Dossier Médical | Dossier Infirmier |
|---------|--------------------|--------------------|
| 1 | Format informatisé | Format informatisé |
| 2 | Format informatisé | Format papier |
| 3 | Format informatisé | Format papier |
| 4 | Format informatisé | Format papier |

ANNEXE 5 : Exemple d'outil de récolte de données utilisé pour analyser les dossiers patient

| | | | |
|---|----------------------|---------------------------|--|
| Hôpital | Service | Dossier n° : | |
| Intervention clé 1 : Information sur les risques et bénéfices de l'intervention | | | |
| Forme (endroit) | Possibilité | Indication | Temps moyen de recherche (en min) |
| Check-list (dossier IC) | Oui/non | Oui/non | |
| Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui/non | Oui/non | |
| Fiche de coordination des soins (dossier médical) | Oui/non | Oui/non | |
| Autre : | Oui/non | Oui/non | |
| Intervention clé 2 : Prévion de la date de sortie et des critères de sortie | | | |
| Forme (endroit) | Possibilité | Indication | Temps moyen de recherche (en min) |
| Check-list (dossier IC) | Oui/non | Oui/non | |
| Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui/non | Oui/non | |
| Fiche de coordination des soins (dossier médical) | Oui/non | Oui/non | |
| Autre : | Oui/non | Oui/non | |
| Intervention clé 3 : Prévion de l'orientation postopératoire en concertation avec le patient | | | |
| Forme (endroit) | Possibilité | Indication | Temps moyen de recherche (en min) |
| Check-list (dossier IC) | Oui/non | Oui/non | |
| Rapport d'hospitalisation/ rapport de consultation (dossier médical) | Oui/non | Oui/non | |
| Fiche de coordination des soins (dossier médical) | Oui/non | Oui/non | |
| Autre : | Oui/non | Oui/non | |
| Intervention clé 4 : | | | |
| Forme (endroit) | Possibilité | Indication | Temps moyen de recherche (en min) |
| | Oui/non | Oui/non | |

ANNEXE 6 : Recherche des interventions clés pour la PTG et le SCA

Dans la partie empirique de ce travail, nous étudions la communication entre professionnels de la santé à travers le dossier du patient. A ce sujet, nous avons été amenés à identifier des interventions clés pour les prises en charge du syndrome coronarien aigu et de la prothèse totale de genou. C'est sur ces règles de bonne pratique (EBM) que nous nous sommes basés pour construire nos outils de récolte de données.

Afin d'identifier les EBM, les bases de données Medline (via l'interface Pubmed) et Science Direct ainsi que le moteur de recherche google Scholar ont été utilisés. Nous avons également visité les sites de plusieurs organisations nationales et internationales : www.aaos.org (American Academy of orthopaedic surgeon), www.boa.ac.uk (British orthopaedic academy), www.ejbs.org (the journal of bone and joint surgery), www.escardio.org (european society of cardiology), www.has-sante.fr, www.content.onlinejacc.org (journal of american college of cardiology), www.heart.org (american heart association), www.mapofmedecine.com.

Lors de nos recherches, nous avons utilisé les termes : *medical guidelines, knee replacement, knee arthroplasty, key intervention, key element, key milestone, clinical pathway, acute myocardial infarction, ischaemic heart disease, acute coronary syndrome, reperfusion therapy*. Nos équations de recherche étaient:

- Pour la PTG; [Medical guidelines OR key intervention OR key element OR key milestone OR clinical pathway] AND [knee replacement OR knee arthroplasty]

- Pour le SCA; [medical guidelines OR key intervention OR key element OR key milestone OR clinical pathway] AND [acute myocardial infarction OR ischaemic heart disease OR acute coronary syndrome OR reperfusion therapy]

Pour les études, nous avons autant que possible privilégié les revues systématiques et les méta-analyses. Nous n'avons gardé que les articles disponibles dans leur version intégrale : « full text available ». Nous avons parfois obtenu des redondances de mêmes articles issus de différentes sources d'information. Ces articles n'ont donc été comptés qu'une fois dans le nombre final d'articles retenus. Les articles sans rapport direct avec l'identification des EBM ainsi que les articles payants et non accessibles via l'identifiant de l'Université Catholique de Louvain n'ont pas été retenus. Les schémas n°1 et 2 illustrent notre méthodologie.

Schéma n°1 : Identification des articles retenus pour la PTG

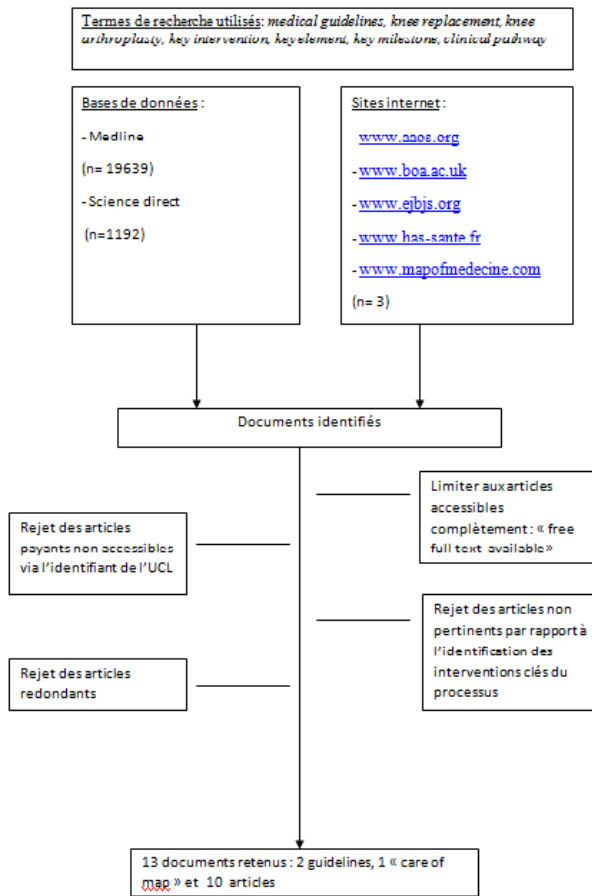


Schéma n°2 : Identification des articles retenus pour le SCA

