



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Chemin clinique

Une méthode d'amélioration de la qualité

Juin 2004

La Haute Autorité de santé diffuse un document réalisé
par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
au titre de son programme de travail de 2004

Service évaluation des pratiques

Dans la collection Évaluation en établissements de santé :

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – Dossier du patient : Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu – Réglementation et recommandations – juin 2003

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Prise en charge de première intention : chirurgie des lésions mammaires – octobre 2002

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – Les pneumonies aiguës communautaires – décembre 2001

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – Évaluation de la qualité de l'utilisation et de la surveillance des chambres à cathéter implantables – décembre 2000

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Préparation de la sortie du patient hospitalisé novembre 2000

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - L'antibioprophylaxie en chirurgie propre : application à la prothèse totale de hanche – octobre 2000

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Limiter les risques de contention physique de la personne âgée – octobre 2000

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme – janvier 2000

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des sondes urinaires – décembre 1999

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité – Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français - avril 1999

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Évaluation de la prescription et de la réalisation des examens paracliniques préopératoires - novembre 1998

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Évaluation de la prévention des escarres - juin 1998

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Évaluation de la qualité de la pose et de la surveillance des cathéters veineux courts - juin 1998

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie - juin 1998

La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé - revue de la littérature - septembre 1996

Références médicales applicables à l'hôpital - avril 1995

Évaluation de la tenue du dossier du malade - juin 1994

Dans la collection Guides méthodologiques :

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé – Réussir un audit clinique et son plan d'amélioration – juin 2003

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Démarches qualité des établissements de santé : principes de recours à un prestataire – juin 2001

Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé - juillet 2000

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - L'audit clinique – Bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles – janvier 1999

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé : principes méthodologiques - octobre 1996

L'évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - L'audit clinique - juin 1994

Pour recevoir la liste des publications de l'Anaes, vous pouvez consulter son site Internet www.anaes.fr ou envoyer vos coordonnées à l'adresse ci-dessous.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit du présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'Anaes est illicite et constitue une contrefaçon. Conformément aux dispositions du Code de la propriété intellectuelle, seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées.

Ce document a été réalisé en juin 2004. Il peut être commandé (frais de port compris) auprès de :

Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé)

Service communication

2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX – Tél. : 01 55 93 70 00 – Fax : 01 55 93 74 00

© 2004. Anaes

Avant-propos

Les conditions pour qu'une démarche d'évaluation des pratiques ou d'amélioration de la qualité puisse s'organiser pour un grand nombre de professionnels sont :

- tout d'abord assurer l'acceptabilité par les professionnels : c'est un point politique clé qu'il faut traiter de manière préalable ;
- partir des données de la science pour élaborer un accord entre les professionnels et les tutelles autour d'objectifs de qualité des pratiques et de changements organisationnels ;
- disposer de méthodes d'évaluation dont la précision soit bien adaptée à la contrainte pour les professionnels : en d'autres termes, plus les résultats de l'évaluation seront utilisés par les payeurs ou les organismes professionnels pour définir ou financer l'offre de soins, et plus la précision de la méthode devra être grande sous peine d'invalider toute la démarche.

Les démarches d'évaluation et d'amélioration ont pour objectif d'améliorer la qualité de prise en charge des patients en recherchant la meilleure adéquation entre la pratique réelle et la pratique de référence. Celle-ci étant définie, à chaque fois que possible, à partir des données de la science, en l'absence de ces données à partir d'un accord professionnel.

L'utilisation pratique des recommandations pour améliorer la pratique professionnelle nécessite l'utilisation de méthodes, qui permettent de les décliner à un niveau opérationnel et de mesurer leur mise en œuvre. Le choix de la méthode est fonction de l'activité, de l'organisation, de l'expérience, de la culture d'évaluation développée dans l'équipe ou l'établissement ainsi que de l'état de la science et des outils disponibles.

Le rôle de l'Anaes est d'aider les professionnels à s'engager dans ces démarches en élaborant des guides didactiques qui facilitent l'appropriation de différentes méthodes par les professionnels, notamment en proposant des méthodes qui s'intéressent à l'efficacité de la prise en charge des patients par les établissements de santé.

Sommaire

Avant-propos.....	3
Sommaire.....	4
Introduction.....	5
Qu'est-ce que le chemin clinique ?	6
Quels acteurs doit-on impliquer et comment ?.....	8
I. Le commanditaire.....	8
II. Le chef de projet.....	8
III. L'équipe projet.....	9
IV. Les autres partenaires.....	10
Quelles sont les étapes d'élaboration du chemin clinique ?.....	11
I. Planifier.....	12
II. Mettre en œuvre.....	15
III. Mesurer.....	22
IV. Ajuster.....	25
Conclusion.....	27
Remerciements.....	28
Méthode générale.....	30
I. Méthode de travail.....	30
II. Stratégie de recherche documentaire.....	30
Annexe 1.....	32
Annexe 2.....	36
Bibliographie.....	44

Introduction

Depuis plusieurs années, les établissements de santé se sont engagés dans des démarches d'amélioration continue de la qualité. Ces démarches, pour être efficaces et reconnues, doivent être structurées et faire appel à des méthodes et des outils validés. En 2000, l'Anaes a publié un guide décrivant plusieurs méthodes et outils structurant les démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé.

Le chemin clinique présenté dans ce document est une méthode très utilisée en Amérique du Nord et en Australie. Les bénéfices majeurs obtenus pour les patients et pour les professionnels font des chemins cliniques une méthode de choix qui doit être privilégiée en France désormais. Sur le plan technique, elle incite à la modification progressive du mode de gestion des prises en charge et du dossier du patient. Lorsque cette méthode est maîtrisée, de nombreuses publications montrent que les bénéfices pour les patients et les professionnels sont réels.

Centré autour du patient, le chemin clinique a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient au sein de l'institution. C'est une méthode faisant appel à l'analyse des processus, la planification des soins et l'élaboration de procédures de soins et protocoles thérapeutiques.

Elle permet d'améliorer la coordination des multiples acteurs engagés dans la prise en charge des patients. Les résultats attendus sont :

- la simplification des prises en charge pour les professionnels ;
- l'amélioration de l'efficacité des soins ;
- la clarification et la simplification de l'information donnée aux patients ;
- l'optimisation des ressources humaines et matérielles.

La logique de traçabilité de la prise en charge des patients en suivant leur parcours et les contributions des uns et des autres, et non par métiers, modifie sensiblement l'approche d'informatisation du dossier. Elle tend à provoquer la mise en place de moyens de gestion de production combinant la définition d'objectifs de prise en charge, le pilotage des ressources et le déclenchement d'alertes. De ce fait, elle engage dans la démarche d'amélioration continue de la qualité.

Elle peut être utilisée dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral coordonné.

Afin d'aider les professionnels de santé, l'Anaes propose un guide méthodologique décrivant les principes et les conditions d'application de cette méthode, son utilisation intuitive et non structurée est encore trop fréquente.

Ce guide a été élaboré avec des professionnels de santé exerçant en établissement de santé.

Qu'est-ce que le chemin clinique ?

Le chemin clinique est une méthode d'amélioration de la qualité des soins. Elle vise la performance de la prise en charge pluridisciplinaire des patients présentant la même pathologie ou la même situation de dépendance. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente* à partir des règles de bonnes pratiques en faisant appel à l'analyse des processus. Elle a pour objectifs de planifier, organiser et assurer la prise en charge des patients de façon consensuelle au sein d'une équipe.

Cette méthode contribue à :

- s'approprier les recommandations professionnelles ;
- améliorer la délivrance et la continuité de soins de qualité aux patients ;
- développer la coordination et la communication entre les acteurs de cette prise en charge ;
- réduire la variabilité non justifiée de la prise en charge, assurée par les différents acteurs ;
- améliorer la rationalisation des soins et des ressources.

L'élaboration du chemin clinique nécessite de :

- définir a priori, pour une pathologie, les différentes étapes de la prise en charge ;
- identifier, pour chacune des étapes, les recommandations professionnelles, le cadre réglementaire et la documentation qualité élaborée au niveau de chaque établissement ;
- décrire la planification de l'ensemble des soins, traitements, examens complémentaires, consultations, surveillance, actions de prévention, information et éducation du patient ;
- définir les résultats attendus à la fin de chaque séquence de soins (une journée de soin, une consultation, une période de prise en charge).

Le chemin clinique se définit au minimum comme une liste des actes à réaliser (cf. exemple) permettant de guider la prise en charge d'un patient ou comme un document à intégrer au dossier en ayant vocation à remplacer certains éléments du dossier, afin d'éviter des retranscriptions ou des doublons.

Dans sa forme la plus aboutie, le chemin clinique se présente sous forme d'un dossier papier ou informatisé où chaque étape de la prise en charge est décrite en présentant tous les actes à réaliser pour la pathologie concernée. Ce dossier est documenté au fur et à mesure de la prise en charge de chaque patient. Tous les actes contribuant à la prise en charge étant définis à l'avance, il s'agit en général de cases à cocher ou de planification horaire à proposer. Chaque acte doit être signé par la personne qui l'a réalisé, permettant ainsi d'assurer la traçabilité.

* Dans le cadre de la démarche qualité, l'efficacité est le rapport entre le résultat obtenu et les ressources utilisées. En santé, c'est l'évaluation des résultats d'une procédure médicale eu égard aux moyens utilisés (agent, ressource et temps). Rapport entre le coût et les résultats atteints. Rapport entre le coût et les avantages pour la population concernée.

Le chemin clinique, de par sa structure, peut servir de base à l'élaboration du dossier unique dans un établissement de santé.

Intérêt de réaliser un chemin clinique

- Planifier le parcours du patient durant sa prise en charge.
- Identifier les étapes clés des processus de prise en charge.
- Coordonner les activités des différents professionnels intervenant dans la prise en charge.
- Redéfinir les rôles des différents intervenants.
- Déterminer les résultats attendus des différentes composantes de la prise en charge.
- Réduire la variabilité des durées de séjour et des modalités de prise en charge.
- Optimiser l'utilisation des ressources.
- Éviter les répétitions inutiles et les oublis.
- Diminuer les risques d'erreurs.
- Alléger la charge des professionnels en l'utilisant comme fiche de recueil des données du dossier du patient pour cette prise en charge.
- Disposer d'outils de communication avec le patient.
-

Éléments de choix de la pathologie

- Pathologie ou situation de dépendance :
 - fréquente dans le service, ou la pratique ambulatoire ;
 - clairement définie et permettant une prise en charge homogène ;
 - présentant une criticité importante pour le patient ;
 - présentant un coût élevé pour l'établissement.
- Variabilité non expliquée de la prise en charge.
- Prise en charge pluridisciplinaire.
- Existence de recommandations professionnelles.
- Obtention possible d'un consensus professionnel au sein de l'établissement.
- Motivation des professionnels pour travailler sur la pathologie.

Quels acteurs doit-on impliquer et comment ?

Comme pour toute démarche d'amélioration de la qualité, il faut impliquer dans le projet toutes les personnes qui auront à conduire le changement. Leur niveau d'implication dépend de leur rôle dans la conduite du projet et la mise en œuvre des actions.

I. Le commanditaire

C'est la personne qui décide de l'opportunité de réaliser un chemin clinique. Il assure la promotion et la communication du projet au sein de l'établissement. Au niveau institutionnel, ce peut être un professionnel de santé ayant des responsabilités institutionnelles, au niveau d'un service, ce peut être le chef de service.

Mission

Piloter et coordonner le projet en collaboration avec le chef de projet. Il définit un calendrier de mise en œuvre du projet et veille à son suivi. Il s'assure que les moyens nécessaires à la conduite du projet sont mobilisés lorsque cela est nécessaire.

II. Le chef de projet

II.1. Choix du chef de projet

Le chef de projet doit être considéré comme légitime pour conduire cette action (médecin, cadre de santé, etc.), il est mandaté par le chef de service et/ou le commanditaire.

Un binôme médecin-cadre de santé peut être choisi pour piloter le projet. Cela représente une contrainte en termes de coordination, mais aussi des avantages liés à la répartition de la charge de travail sur deux personnes, une complémentarité des rôles et une diversité des compétences.

II.2. Mission

- Animer et accompagner l'équipe projet. Il est garant de la rigueur de la méthode utilisée qui permettra au projet d'aboutir. S'il n'a pas lui-même la compétence méthodologique, il doit s'assurer du soutien d'une personne ou se former à la méthode.
- Faire valider le document par les professionnels qui auront à le mettre en œuvre et qui ne sont pas impliqués dans le groupe de travail et particulièrement par les médecins.
- Communiquer sur le projet : il définit le plan et les supports de communication.

III. L'équipe projet

III.1. Constitution

L'équipe projet est constituée d'un représentant de chaque profession intervenant directement dans le processus de prise en charge du patient (médecin, infirmier, kinésithérapeute, diététicienne, assistante sociale, psychologue, aide soignant, secrétaire, etc.). L'équipe ne devrait pas excéder 10 personnes.

L'implication des médecins dans l'élaboration du chemin clinique est indispensable pour définir et planifier les examens, les traitements, les soins, etc.

Ils sont recrutés sur la base du volontariat en accord avec le chef de service et le cadre de santé.

Le chef de projet choisit des personnes ayant bénéficié de formations à des outils ou méthodes qualité, ou ayant participé à un groupe d'auto-évaluation de l'accréditation.

III.2. Mission

- Décrire le processus de prise en charge, ou valider le processus s'il a déjà été décrit dans l'établissement ou le réseau (recommandations de pratiques professionnelles, conférences de consensus, chemins cliniques réalisés sur la même pathologie, etc.).
- Rechercher et analyser la littérature.
- Définir, pour chacune des étapes du processus, la prise en charge optimale en termes de soins, de prescriptions médicamenteuses ou d'examens complémentaires, d'actions de prévention ou d'information, de rééducation, etc. et les planifier dans le temps en s'assurant d'un consensus professionnel au sein du service ou de l'établissement (en fonction du champ d'application).
- Construire le chemin clinique comme un outil de planification des actions à réaliser chaque jour ou pour chaque séquence de soins.
- Apporter les améliorations nécessaires au document afin de favoriser son acceptabilité dans le respect des recommandations professionnelles.

IV. Les autres partenaires

Dans les établissements de santé :

Le conseil de service, lorsqu'il existe, doit valider le chemin clinique. L'implication de tous les acteurs de la prise en charge dans sa validation est déterminante pour sa mise en œuvre et son suivi dans les services de soins.

La structure qualité de l'établissement doit être au minimum informée. Elle peut apporter son soutien à la démarche et arbitrer en cas de nécessité. Le chemin clinique est une méthode qui s'intègre dans la démarche qualité, il est donc nécessaire qu'elle soit reconnue comme telle au sein de l'établissement.

La structure qualité peut apporter une aide méthodologique et être un relais au sein de l'établissement.

Les instances (commission médicale d'établissement (CME), commission des soins infirmiers (CSI), structure de coordination des vigilances, comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), etc.) seront informées de la conduite de la démarche et impliquées en fonction des besoins du projet.

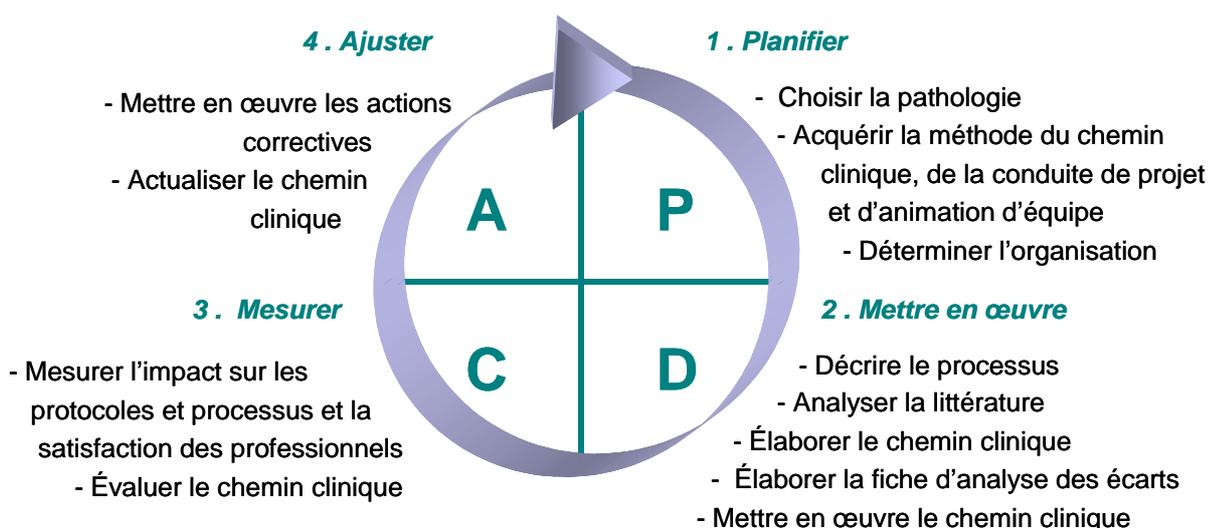
Les autres partenaires de soins (pharmacie, laboratoire, imagerie, etc) seront associés à la démarche et pourront intervenir dans le groupe de travail comme membre ou comme expert lorsqu'ils sont directement impliqués dans certaines étapes du processus.

En ambulatoire ou dans un réseau de soins, les autres partenaires (établissements de santé, pharmaciens d'officine,...) peuvent être informés ou sollicités pour avis.

Quelles sont les étapes d'élaboration du chemin clinique ?

Une étape préliminaire à la mise en œuvre du chemin clinique est de s'assurer que l'on a choisi la bonne méthode et que l'on pourra conduire le projet jusqu'à son terme. Il faut s'interroger sur le contexte et la pertinence de la demande : pourquoi on s'engage dans cette démarche, qui est le demandeur et quels sont ses objectifs. Il est important également de savoir quels moyens seront alloués au projet. Lorsque l'on a répondu à ces questions on peut engager la démarche.

La réalisation et la mise en œuvre d'un chemin clinique se font en quatre étapes qui s'inscrivent dans le cycle de l'amélioration continue de la qualité, *Plan Do Check Act* (PDCA) également appelé roue de Deming.



I. Planifier

Choisir la pathologie pour laquelle le chemin clinique sera développé

Le choix de la pathologie se fait au sein de chaque service par l'ensemble de l'équipe soignante. Il est fondamental de s'assurer de l'adhésion des médecins du service au choix qui sera fait.

Objectif	Identifier les pathologies ou les situations de dépendance pouvant faire l'objet d'un chemin clinique
Action	Collecter les données en termes de volume, fréquence, risques, variabilité des pratiques, coût élevé
Acteur(s)	Commanditaire et/ou chef de projet
Ressources	Réaliser des revues de dossiers ou des enquêtes auprès des professionnels Consulter les données du PMSI (www.le-pmsi.fr)

Objectif	Sélectionner les pathologies ou les situations de dépendance prioritaires
Actions	Identifier : <ul style="list-style-type: none">- les pathologies pour lesquelles la prise en charge est assez homogène dans l'établissement ou en ambulatoire- les pathologies pour lesquelles le risque pour le patient est important
Acteur(s)	Commanditaire et/ou chef de projet
Ressources	Utiliser les méthodes de l'amélioration continue de la qualité : revue de mortalité morbidité* ou les outils : matrice multicritère*, vote simple* ou pondéré.

Objectif	Choisir une pathologie ou une situation de dépendance
Action	Sélectionner la pathologie obtenant le plus grand consensus au sein de l'équipe
Acteurs	Chef de projet Équipe soignante
Ressources	Utiliser les outils de la qualité : matrice multicritère*, vote simple* ou pondéré*, enquêtes, sondages

*Voir le guide Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé - juillet 2000

Acquérir une bonne connaissance de la méthode et disposer de compétences en conduite de projet et en animation d'équipe

La réalisation d'un chemin clinique nécessite que le chef de projet soit formé à la méthode et qu'il ait des compétences en animation de groupe. Il peut se faire accompagner par une personne ayant ces compétences et qui assurera le soutien méthodologique au projet.

Objectif	Déterminer les besoins en formation
Action	Définir les besoins en termes de formation à des méthodes ou à des outils : méthode chemin clinique, méthode de conduite de projet, techniques d'animation de groupes outils de la qualité
Acteur	Chef de projet
Ressources	La description de la méthode permet de définir des besoins spécifiques à la conduite du projet La structure qualité peut aider à définir les besoins en formation

Objectif	Déterminer les besoins en accompagnement
Action	Définir les besoins de soutien méthodologique
Acteur	Chef de projet
Ressources	La structure qualité peut apporter une aide méthodologique. Le service des ressources humaines peut apporter une aide sur les aspects formation

Déterminer l'organisation à mettre en place pour élaborer le chemin clinique

La mise en œuvre d'un chemin clinique est un projet d'amélioration de la qualité et doit, à ce titre, bénéficier d'une gestion de projet adaptée.

Objectif	Constituer le groupe de travail
Action	Solliciter un représentant de chaque profession intervenant dans le processus de prise en charge
Acteur	Chef de projet
Ressources	Reconstituer, succinctement, le parcours du patient lors de sa prise en charge pour identifier tous les intervenants

Objectif	Déterminer les moyens nécessaires à la conduite du projet
Actions	Définir approximativement le temps de travail de l'équipe projet Définir les besoins en temps de secrétariat Évaluer approximativement les moyens nécessaires à la mise en œuvre des actions : éléments à intégrer dans le dossier du patient, etc.
Acteurs	Chef de projet et équipe projet
Ressources	La description de la méthode permet de définir des besoins spécifiques à la conduite du projet La structure qualité peut aider à définir les besoins en terme de conduite de projet

Objectif	Obtenir les moyens de la mise en œuvre
Action	Solliciter le commanditaire pour obtenir des moyens en temps de personnel, remplacement ou temps de récupération pour assister aux réunions ; temps de secrétariat dédié au projet ; disponibilité d'une salle de réunion
Acteur	Chef de projet
Ressources	La structure qualité peut parfois apporter un soutien logistique

Objectif	Définir le calendrier de mise en œuvre
Action	Segmenter le projet en étapes, définir pour chaque étape le temps nécessaire à sa réalisation
Acteurs	Chef de projet et équipe projet
Ressources	Utiliser les outils de la qualité : diagramme de PERT et diagramme de GANTT

II. Mettre en œuvre

Décrire le processus de prise en charge

Le processus représente l'enchaînement des actions réalisées par les professionnels au cours de la prise en charge du patient.

Objectif	Définir l'entrée dans le processus
Actions	Déterminer avec précision la population concernée par le chemin clinique en présentant les critères d'inclusion et d'exclusion Sont exclus du chemin clinique les patients dont les pathologies associées modifient notablement la prise en charge dans le cadre de la pathologie ciblée
Acteurs	Chef de projet et équipe projet

Objectif	Décrire toutes les étapes du processus : segments principaux et dans chaque segment les tâches
Actions	Segmenter la prise en charge en tâches élémentaires. Il s'agit de toutes les actions à réaliser pour un patient ayant un diagnostic précis et pris en charge dans l'établissement en termes de : <i>consultations, soins, examens, etc.</i> Représenter de façon schématique l'enchaînement des tâches en suivant le parcours du patient et l'organisation de sa prise en charge. Cela permet de mettre en évidence les interfaces organisationnelles entre deux tâches successives
Acteurs	Chef de projet et équipe projet
Ressources	Utiliser les méthodes de la qualité Les outils : logigramme

Objectif	Définir la sortie du processus
Action	Déterminer avec précision le résultat attendu pour la population prise en charge et le moment précis où l'on souhaite arrêter la prise en charge
Acteurs	Chef de projet et équipe projet

Rechercher et analyser la littérature pour chacune des étapes du processus

La réalisation d'un chemin clinique nécessite de définir les bonnes pratiques pour les différentes étapes de la prise en charge d'une pathologie. Il est donc nécessaire de rechercher les documents de références permettant de faire le point sur la meilleure pratique au regard de la science.

Objectif	Rechercher la littérature
Actions	<p>Identifier les recommandations professionnelles (recommandations de pratiques professionnelles, conférences de consensus) existantes :</p> <ol style="list-style-type: none">1) françaises(en priorité)2) internationales dans le cas où :<ul style="list-style-type: none">- il n'en n'existe pas en France- les françaises existantes sont obsolètes- les recommandations professionnelles françaises sont de mauvaise qualité méthodologique <p>Rechercher la réglementation ayant un impact sur cette prise en charge, ainsi que les chemins cliniques déjà construits sur le thème traité</p>
Acteur	Équipe projet
Ressources	<p>Revue de littérature de la Cochrane Library http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/mainindex.htm</p> <p>Réglementation (www.legifrance.gouv.fr)</p> <p>Recommandations de pratiques professionnelles ou conférences de consensus http://bfes.has-sante.fr/HTML/indexBFES_HAS.html www.chu-rouen.fr www.bmlweb.org/consensus_lien.html www.guideline.gov</p> <p>Sites Internet des sociétés savantes pertinentes sur le thème traité</p> <p>Revue de dossiers</p> <p>Chemins cliniques existants sur le même thème : recherche par un moteur de recherche « <i>clinical pathway</i> » ET mots qui caractérisent le thème</p>

Objectif	Rassembler tous les documents existants sur cette prise en charge dans l'établissement, dans le réseau ou en pratique libérale
Actions	<p>Recenser les travaux engagés dans l'établissement, dans le réseau ou en pratique libérale</p> <p>Contacter les autres services de l'établissement, les autres réseaux, les structures de soins à domicile, qui prennent en charge également cette pathologie</p> <p>S'assurer que pour chaque étape de la prise en charge, tous les documents ont été envisagés</p>
Acteurs	Équipe projet avec le responsable qualité
Ressources	<p>Processus décrits</p> <p>Protocoles thérapeutiques et procédures de soins</p> <p>Documents d'information destinés aux patients, etc.</p>

Objectif	Analyser la littérature
Actions	<p>Recommandations professionnelles françaises : s'assurer de disposer de données actualisées. Les recommandations recensées sur la BFES* sont cotées sur la grille AGREE** ce qui permet de connaître leur qualité d'élaboration</p> <p>Recommandations professionnelles étrangères : s'assurer de leur applicabilité dans le contexte français</p> <p>Sélectionner dans la littérature les recommandations applicables à la population sélectionnée pour déterminer les bonnes pratiques</p>
Acteurs	Les membres du groupe de travail peuvent se partager la littérature à analyser
Ressources	Grille de lecture

Objectif	Définir la bonne pratique de prise en charge pour toutes les étapes du processus
Actions	<p>À partir de l'analyse de la littérature, définir la prise en charge optimale en termes de soins, de prescriptions médicamenteuses ou d'exams complémentaires, d'actions de prévention ou d'information, de rééducation, etc.</p> <p>Lorsque l'on ne retrouve pas de référence bibliographique pour certaines étapes on définit la bonne pratique par consensus professionnel</p> <p>En face de chaque étape du processus présenter toutes les actions qui doivent être réalisées pour optimiser la prise en charge. Le groupe doit obtenir un consensus sur toutes ces actions afin de s'assurer que le chemin clinique sera respecté</p>
Acteur	Groupe de travail

* BFES : Base Française d'Évaluation en Santé

** AGREE: *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation*

Elaborer le chemin clinique.

Le chemin clinique se présente sous forme d'un tableau (cf exemples en annexes). Il doit pouvoir être utilisé comme outil d'organisation et de planification et assurer la traçabilité de toutes les actions réalisées auprès du patient pour sa prise en charge. Il devient ainsi partie intégrante du dossier du patient.

Les critères d'inclusion et d'exclusion des patients dans le chemin clinique doivent être précisément définis.

Objectif	Déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion.
Actions	Les critères d'inclusion sont : tous les patients présentant la pathologie sélectionnée Les critères d'exclusion sont : les patients ayant une ou des pathologies associées qui modifient réellement la prise en charge type et nécessitant donc une prise en charge spécifique
Acteurs	Équipe projet
Ressources	Le chemin clinique doit concerner un maximum de patients, dans les expériences décrites dans la littérature, 80% environ des patients relevant de la pathologie sont pris en charge dans le cadre du chemin clinique

Objectif	Planifier les actions pour chacune des étapes
Actions	Déterminer la planification journalière, voir horaire des actions, ou dans le cas de situation de dépendance prise en charge par un réseau ou en ambulatoire, la planification peut être mensuelle ou hebdomadaire. S'assurer d'un consensus professionnel au sein de l'établissement, du réseau ou des professionnels ambulatoires
Acteurs	Équipe projet
Ressources	S'appuyer sur l'analyse de la littérature réalisée préalablement

Objectif	Construire le tableau
Actions	Les lignes correspondent aux différentes catégories d'activités identifiées. Le contenu des cases décrit les actions à accomplir et les résultats recherchés pour chacune d'elles. Les colonnes représentent la planification horaire ou journalière des actions. Pour chaque séquence de soins faisant l'objet d'une fiche spécifique, déterminer les objectifs cliniques, les objectifs patients et les résultats attendus en fin de séquence
Acteurs	Équipe projet
Ressources	Des chemins cliniques ont déjà été réalisés sur de nombreuses pathologies à l'étranger, ils se présentent sous différentes formes

Objectif	Valider le chemin clinique
Actions	Il est soumis pour validation à toutes les personnes qui auront à le mettre en œuvre. Des modifications argumentées peuvent être proposées. Elles sont apportées afin de favoriser son appropriation par un maximum de personnes. La version modifiée est communiquée aux professionnels
Acteurs	Tous les membres de l'équipe multidisciplinaire
Ressources	Un document écrit expliquant l'utilisation du chemin clinique est joint Une date de retour pour accord est déterminée

Objectif	Tester le chemin clinique
Actions	Un test du chemin clinique est réalisé afin de mesurer son applicabilité. Il doit porter sur environ 5 patients Le chemin clinique peut être modifié suite à ce test
Acteurs	Tous les membres de l'équipe multidisciplinaire

Objectif	Approuver le chemin clinique
Actions	Il est soumis à l'approbation des responsables institutionnels
Acteurs	CME, DSI
Ressources	Un document écrit peut formaliser l'accord de chaque personne

Développer le système d'analyse des écarts

Au cours de sa prise en charge, l'état du patient peut présenter un écart (*variance* en anglais) par rapport aux résultats attendus, nécessitant un réajustement de la prise en charge. Les résultats attendus sont l'évolution prévisible attendue d'un patient pour chaque épisode de soins. Ils sont définis *a priori* pour chaque séquence de soins, journée d'hospitalisation, consultation.

Cet écart peut être considéré comme « positif », c'est-à-dire que l'état de santé du patient s'est plus rapidement amélioré que le résultat attendu, ou considéré comme « négatif », c'est-à-dire que l'état de santé du patient ne s'est pas amélioré aussi rapidement que ce qui était attendu. Dans les deux cas, la planification des soins prédéfinis par le chemin clinique peut être modifiée.

Il est nécessaire d'identifier ce besoin d'ajustement et de l'analyser pour délivrer au patient les soins appropriés à son état. Lorsque, après ajustement, l'état clinique du patient ne justifie plus des soins différents de ceux préalablement définis, la planification du chemin clinique est à nouveau utilisable.

Au cours de son hospitalisation un patient peut nécessiter une prise en charge spécifique qui l'exclut de la prise en charge type, soit parce qu'il présente des complications, soit parce que ses pathologies associées auraient dû le faire exclure d'emblée du chemin clinique.

Ces écarts doivent être enregistrés et documentés dans le dossier du patient. Ils seront ensuite analysés.

Lorsque de nombreux écarts sont enregistrés il est nécessaire d'évaluer la pertinence du chemin clinique et de s'interroger sur les critères d'inclusion des patients.

Objectif	Mettre en place un système d'analyse des écarts
Actions	Anticiper les écarts possibles, dès le développement du chemin clinique Tout écart doit être documenté dans le dossier du patient
Acteurs	Équipe projet
Ressources	Une fiche d'enregistrement, présentant des rubriques à documenter (type fiche de relevé des données), peut être intégrée au document chemin clinique

Mettre en œuvre le chemin clinique

La personne qui décide d'inclure le patient dans le chemin clinique est le médecin responsable du patient. Le chemin clinique remplaçant des feuilles de recueil des données intégrées au dossier, il est nécessaire de prendre la décision dès le début de la prise en charge.

Objectif	Mettre en place le chemin clinique
Actions	Fournir la version validée à tout le personnel concerné. S'il s'agit d'un document papier, il est nécessaire de disposer d'un nombre suffisant d'exemplaires afin d'en avoir un pour chaque patient concerné. S'il s'agit d'un dossier informatisé il doit être facilement accessible
Acteurs	Chef de projet et équipe projet
Ressources	Des protocoles peuvent être associés Des fiches d'enregistrement des écarts doivent être disponibles

Objectif	Former le personnel
Actions	Toutes les personnes qui auront à utiliser le chemin clinique doivent être formées à : <ul style="list-style-type: none">• identifier les patients pouvant bénéficier du chemin clinique• utiliser le document• identifier les écarts• documenter les écarts
Acteurs	Chef de projet et équipe projet
Ressources	L'objectif de la formation est que les professionnels s'approprient le chemin clinique. Un test du chemin clinique sur quelques patients par chaque personne peut le permettre

Objectif	Nommer un responsable du chemin clinique au niveau de chaque service qui prend en charge des patients concernés
Actions	Pendant 3 à 6 mois une personne est responsable de la mise en œuvre du chemin clinique Elle s'assure que les besoins de formation sont couverts, que les professionnels respectent les critères d'inclusion des patients et que les patients qui peuvent en bénéficier sont bien intégrés
Acteurs	Chef de service ou cadre de santé du service
Ressources	Le responsable du chemin clinique est un professionnel disposant de la légitimité pour inciter les autres professionnels concernés à l'utiliser

III. Mesurer

Impact sur les protocoles ou processus

Lors de l'élaboration du chemin clinique il peut paraître utile de revoir ou d'élaborer certains protocoles. Parfois des processus organisationnels ayant un impact sur la prise en charge des patients pour lesquels on aura réalisé un chemin clinique doivent être étudiés ou révisés.

Objectif	Réviser ou élaborer des protocoles
Actions	Etablir un calendrier pour les différents protocoles concernés Suivre la méthode habituelle d'élaboration des protocoles au sein de l'établissement
Acteurs	Les professionnels concernés et la structure qualité
Ressources	Règles d'élaboration ou de révision des protocoles Rechercher les protocoles déjà élaborés sur le thème par les autres services ou établissements

Objectif	Réviser des processus organisationnels connexes au chemin clinique
Actions	Cette révision doit être envisagée dans le cadre du programme qualité de la structure. Il s'agit d'un projet à part entière, différent de l'élaboration du chemin clinique
Acteurs	Les acteurs directs du processus avec la structure qualité
Ressources	Logigramme ou schéma du processus Utilisation des méthodes et des outils de la qualité adaptés au thème et à l'approche

Évaluer le chemin clinique

La mise en œuvre du chemin clinique permet de standardiser un nombre important de prises en charge pour une même pathologie. L'évaluation du chemin clinique porte sur :

- le pourcentage de patients pris en charge dans le cadre du chemin clinique, pour la pathologie ciblée ;
- les écarts, leurs causes et leurs conséquences.

Si des recommandations professionnelles ont été élaborées sur le thème, après la réalisation du chemin clinique, il est nécessaire de le réviser au regard de ces recommandations.

La première évaluation devrait être réalisée après une première utilisation de 1 à 3 mois. Cela permet d'identifier rapidement les problèmes rencontrés et de mettre en œuvre les actions d'ajustement ou les mesures correctives.

Objectif	Déterminer le pourcentage de patients ayant bénéficié d'un chemin clinique
Actions	Comptabiliser le nombre de patients ayant été pris en charge pour la pathologie ciblée et comptabiliser parmi ces patients ceux qui ont bénéficié d'un chemin clinique
Acteurs	Responsable du chemin clinique ou chef de projet, ou équipe projet et médecin DIM
Ressources	Le chemin clinique devrait permettre de standardiser la prise en charge d'un pourcentage important de patients dans la pathologie ciblée (environ 80 % dans la littérature). Si ce n'est pas le cas, il est nécessaire d'identifier les raisons de la non-mise en œuvre du chemin clinique

Objectif	Analyser les écarts
Actions	Tous les écarts doivent être analysés. On en recherche les causes L'analyse doit être faite avec une périodicité définie à l'avance La recherche des causes d'écarts permet de mesurer la fréquence de chaque cause. Les écarts sont regroupés par causes
Acteurs	Équipe projet
Ressources	Utiliser les outils de la qualité : QQQCP, diagramme causes effet, arbre des causes L'informatique peut être utilisée pour visualiser l'importance des causes d'écart

Objectif	Mesurer les écarts
Actions	Deux types d'écarts sont mesurés et analysés : <ul style="list-style-type: none"> - les patients qui sont entrés dans le chemin clinique, par rapport aux patients pris en charge pour cette pathologie - les patients sortis du chemin clinique à un moment de la prise en charge
Acteurs	Chef de projet et équipe projet
Ressources	Développer un relevé automatisé des données si possible Utiliser les outils de la qualité : feuille de relevé de données

Objectif	Présenter les écarts
Actions	L'analyse des écarts, de leurs causes et de leurs conséquences est présentée. La fréquence de chaque cause est présentée à l'équipe multidisciplinaire en faisant apparaître les causes les plus fréquentes
Acteurs	Responsable du chemin clinique ou chef de projet et équipe projet
Ressources	Utiliser les outils de la qualité : diagramme de Pareto

IV. Ajuster

Mettre en œuvre les actions correctives

Les actions à mettre en œuvre dépendent des causes de non-utilisation du chemin clinique. Il peut s'agir d'un défaut d'appropriation par les professionnels qui nécessite de reprendre la démarche en amont de l'étape de validation ou de refaire la formation. Il peut s'agir d'un problème de cible, la population ciblée n'est pas celle qui est la plus couramment prise en charge, l'évolution prévisible des patients n'a pas été bien identifiée, etc. L'analyse des écarts doit permettre d'identifier le problème.

Objectif	Développer des plans d'action pour les écarts les plus fréquents
Actions	Certains écarts ne nécessitent pas la révision du chemin clinique mais pour les plus fréquemment enregistrés, s'ils concernent un volume suffisant de patients, on peut mettre en place des plans d'action permettant de standardiser la prise en charge
Acteurs	Chef de service ou cadre de santé du service avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire
Ressources	Revoir la littérature qui a été étudiée initialement et compléter la recherche si nécessaire (cf. : recherche et analyse de la littérature)

Actualiser le chemin clinique

Le chemin clinique doit faire l'objet d'une démarche d'actualisation et nécessite une veille documentaire permettant de se tenir informé des évolutions de pratiques professionnelles nécessitant une modification du chemin clinique.

Objectif	Réviser le chemin clinique
Actions	En fonction des variations enregistrées, il peut être nécessaire de revoir les critères d'inclusion de la population ou de revoir la prise en charge type
Acteurs	Chef de service ou cadre de santé du service avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire
Ressources	Revoir la littérature qui a été étudiée initialement et compléter la recherche si nécessaire (cf. : recherche et analyse de la littérature)

Objectif	Réviser le chemin clinique au moins annuellement
Actions	Le chemin clinique doit être révisé dès la parution de nouvelles recommandations ou lorsque des études proposent une modification des pratiques dont le bénéfice est scientifiquement prouvé pour les patients. Si aucune publication ne le remet en cause, le chemin clinique est revu au moins annuellement pour s'assurer qu'il est toujours pertinent
Acteurs	Chef de service ou cadre de santé du service avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire
Ressources	Consulter les revues professionnelles pertinentes sur le thème et actualiser la recherche documentaire déjà effectuée

Conclusion

Le chemin clinique est une méthode d'amélioration de la qualité de soins. C'est une méthode très structurante qui permet de guider toute la prise en charge des patients pour une pathologie donnée ou une situation de dépendance précise et d'éviter ainsi des oublis et/ou des répétitions inutiles d'actes.

Cette méthode peut être utilisée seule ou associée à d'autres méthodes d'amélioration de la qualité.

Toutes les situations présentant une variabilité importante et non expliquée de la prise en charge pour une pathologie peuvent conduire à la mise en place de chemins cliniques.

Cette méthode permet d'améliorer la qualité de prise en charge de tous les patients dans une pathologie donnée. En les faisant bénéficier d'une prise en charge conforme aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles elle devrait induire des bénéfices directs pour les patients.

Sur le plan du management, le chemin clinique permet une communication très fiable entre les professionnels au sein des services. Les étapes de la prise en charge étant prédéfinies, les transmissions entre professionnels sont simplifiées, chacun sachant à chaque étape les soins nécessaires à dispenser au patient.

Les chemins cliniques constituent une méthode qui a largement prouvé son exceptionnelle efficacité, dans les pays anglo-saxons. Elle permet de mettre en conformité les pratiques aux schémas cliniques considérés comme idéaux par les cliniciens et, plus généralement, l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge des patients. Leur réussite effective requiert cependant un fort leadership des directions médicales et de soins, et un management de haut niveau capable d'impliquer les médecins dans la conception et la mise en œuvre sur le terrain.

L'informatisation du dossier du patient facilite l'utilisation et la diffusion des chemins cliniques dans les établissements de santé. La logique de traçabilité de la prise en charge des patients en suivant leur parcours pourrait servir de guide pour l'informatisation du dossier.

Remerciements

Ce document a été réalisé par Marie ERBAULT et Marie-José RAVINEAU, chefs de projet à l'Anaes, sous la responsabilité du D^r Nikita de VERNEJOUL, adjointe du service évaluation des pratiques et du P^r Isabelle DURAND-ZALESKI, chef de service.

La recherche documentaire a été effectuée par Emmanuelle BLONDET avec l'aide de M^{elle} Renée CARDOSO, assistante documentaliste, sous la direction de Rabia BAZI, responsable du service documentation.

Le secrétariat a été assuré par Corinne CAMIER.

Groupe de travail

D^r François-Xavier CHAINE, médecin qualificateur, Amiens ;

M^{me} Rose DERENNE, chef de projet Anaes ;

D^r Jean-François DÜRR, médecin DIM, Freyming-Merlebach ;

M^{me} Joëlle JOUNEAU, pharmacienne, Bordeaux ;

D^r Claudie LOCQUET, chef de projet Anaes ;
D^r Catherine MAYAULT, chef de projet Anaes ;

M^{me} Catherine RUMEAU PICHON, chef de service Anaes ;

D^r Florence SAILLOURS GLENISSON, médecin de santé publique, Bordeaux.

Groupe de lecture

D^r Bruno BALLY, chef de projet Anaes ;

M^{me} Marie-Antoinette BANOS, cadre supérieur de santé, Lons le Perlic ;

M^{me} Catherine BERTEVAS, sage-femme, Brest ;

M^{me} Nicole BERTINI, cadre de santé, Bourgen-Bresse ;

D^r Marie-Jeanne BISMUTH, médecin de santé publique, Dijon ;

D^r Roland BOUET, pédopsychiatre, Poitiers ;

D^r Dominique BOURDERONT, médecin de santé publique, Mulhouse ;

D^r Catherine BOUTE, médecin de santé publique, Laval ;

M^{me} Geneviève BRUNO, cadre de santé, Pointe-à-Pitre ;

M^{me} Catherine BUSSY, cadre de santé, Villejuif ;

M^{me} Marie-José DARMON, cadre de santé anesthésiste, Nice ;

M^{me} Josette DELEMARRE, cadre supérieur de santé, Argenteuil ;

D^r Armelle DESPLANQUES-LEPERRE, chef de projet Anaes ;

P^r Patrice FRANCOIS, médecin de santé publique, Grenoble ;

D^r Jean-Michel FRASIE, gastro-entérologue, Illkirch-Graffenstaden ;

M^{me} Chantal GABA-LEROY, cadre de santé, Clichy ;

P^r Gilles GUY, neurochirurgien, Angers ;

M. Bernard IDOUX, cadre supérieur de santé, Saales ;

D^r Gérard LAIRY, cardiologue, Corbeil-Essonnes ;

D^r Monique LATHELIZE, anesthésiste-réanimateur, Limoges ;

M^{me} Dominique MARTIN, cadre supérieur de santé, Reims ;

M. René PAPON, , cadre de santé, Tours ;

D^r François PIGNAL, gastro-entérologue,
Toulouse ;

P^r Gilles POTEL, médecin des urgences,
Nantes ;

M^{me} Madeleine PULTIER, cadre supérieur de
santé, Marseille ;

D^r Nathalie RIOLACCI-DHOYEN, chef de
projet Anaes ;

M^{me} Isabelle ROBINEAU, responsable
qualité, Neuilly-sur-Marne ;

M^{me} Annette SALCZYNSKI, cadre de santé,
Denain ;

D^r Claude SOUTIF, néphrologue DIM,
Avignon ;

D^r Pierre SQUARA, cardiologue réanimateur,
Neuilly ;

D^r Paul STROUMZA, néphrologue,
Marseille ;

M^{me} Roselyne THIERY-BAJOLET, cadre de
santé, Saint-Brice-Courcelles ;

M^{me} Anne VANHEE-GALOIS, responsable
qualité, Lille.

Méthode générale

Ce document a été élaboré par le service évaluation des pratiques de l'Anaes avec un groupe de travail pluriprofessionnel et pluridisciplinaire.

I. Méthode de travail

L'analyse de la littérature a été réalisée par le chef de projet qui a élaboré un premier document décrivant la méthode. Ce document a été soumis au groupe de travail qui s'est réuni une fois. Les remarques de ses membres ont permis d'élaborer un document méthodologique.

Un groupe de lecture a été constitué, il était composé de professionnels de santé exerçant en établissement de santé. Ils ont été consultés par courrier et ont donné un avis sur le fond et sur la forme du document. Les commentaires du groupe ont été analysés et pris en compte.

Le document a été discuté par le Conseil Scientifique, section évaluation, de l'Anaes et finalisé par le chef de projet.

II. Stratégie de recherche documentaire

Bases de données bibliographiques automatisées :

- Medline (*National library of medicine*, États-Unis)
- Embase (Elsevier, Pays-Bas)
- CINAHL (*database for nursing and allied health literature*)
- Les mots clés utilisés ont été: (*Clinical Pathway** OU *Critical pathway**) ET *Hospital** (texte libre) sans limite de date et de langue

Afin d'obtenir des exemples d'élaboration de chemins cliniques spécifiques à différentes pathologies une recherche a été effectuée sur Internet à partir du moteur de recherche www.google.fr à partir des mots clés cités ci-dessus. Les sites les plus pertinents ont été retenus :

Oncology Nursing Society

www.ons.org

Protocols & Care Pathways - Site Map

<http://libraries.nelh.nhs.uk/pathways/siteMap.asp>

Pediatric Critical Care Medicine Website on Clinical Pathways.

<http://pedscm.wustl.edu/CLINICAL/Pathways.html#intro>

List of Integrated Care Pathways NHS

<http://www.nelh.shef.ac.uk/nelh/kit/cps/paths.nsf/FO1?open>

The American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation website on Clinical Pathways.

<http://www.ug.edu.au/cgpmh/gp-paths/gp-00intro.htm>

Small Bowel Obstruction

<http://www.cis.upenn.edu/~jclarke/pathway.html>

.

Critical and Clinical Pathways for Patients with Acute Coronary Syndromes

<http://clinical.chestpaincenters.org/chestpain/clinicalpath.html>

Thoracotomy Clinical Pathway.

[http://www.aacn.org/Chapters/wisconsn.nsf/\(articles\)/79AD122C3D90D2E888256A96007B8C89](http://www.aacn.org/Chapters/wisconsn.nsf/(articles)/79AD122C3D90D2E888256A96007B8C89)

Commonwealth Department of Veteran's health

<http://www.dva.gov.au/health/provider/community%20nursing/pathways/pathways.pdf>

Annexe 1

Identification patiente

Nom du chirurgien : _ _ _ _ _

N° de dossier : _ _ _ _ _

Demande de rendez-vous	Date :
Informations demandées : - RDV pris par : patiente , médecin, autre (entourer) - Médecin adressant la patiente : _ _ _ _ _ - Motif de l'appel (notion d'urgence) : _ _ _ _ _	Informations transmises : - Amener documents administratifs <input type="checkbox"/> - Amener documents médicaux <input type="checkbox"/> - Amener lettre du médecin traitant <input type="checkbox"/> - Se présenter 15 min avant le RDV <input type="checkbox"/> - Informations générales (orientation dans la ville, dans l'établissement, bus, métro, possibilités de parking) <input type="checkbox"/>
Résultats attendus pour la patiente : La patiente a un rendez-vous avec le chirurgien et elle sait ce qu'elle doit apporter	

Première consultation chirurgicale	Date :																
Objectifs cliniques : Déterminer la nécessité d'une intervention chirurgicale, la nécessité d'investigations complémentaires et les modalités de l'intervention																	
Objectifs patiente : Information sur le diagnostic, la nécessité d'un bilan complémentaire et le projet thérapeutique																	
Anamnèse : Motif de la consultation <input type="checkbox"/> Lettre du médecin <input type="checkbox"/> Personne accompagnante <input type="checkbox"/> Situation familiale <input type="checkbox"/> Profession <input type="checkbox"/> Date de début des symptômes <input type="checkbox"/> Modification des symptômes <input type="checkbox"/> Antécédents familiaux : 1. Gynéco-obstétricaux <input type="checkbox"/> 2. Mammaires <input type="checkbox"/> 3. Médicaux <input type="checkbox"/> 3. Chirurgicaux <input type="checkbox"/>	Examen clinique : Description : 1. Côté <input type="checkbox"/> 2. Taille <input type="checkbox"/> 3. Poids <input type="checkbox"/> 4. Volume sein <input type="checkbox"/> 5. Contours, consistance, modification peau <input type="checkbox"/> 6. Signes d'extension ganglionnaire <input type="checkbox"/> 7. Signes de multifocalités <input type="checkbox"/> 8. Signes de bilatéralité <input type="checkbox"/> 9. Dessin de la lésion <input type="checkbox"/>																
Examens complémentaires <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 50%;">Disponibles</th> <th style="width: 50%;">Demandés</th> </tr> <tr> <td>Mammographie <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Échographie <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Scanner <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>IRM <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Anapath : cytologie <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> microbiopsie <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td> mammotome <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Disponibles	Demandés	Mammographie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Échographie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scanner <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IRM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anapath : cytologie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	microbiopsie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	mammotome <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultats d'imagerie Local : Mammographie : masse <input type="checkbox"/> microcalcification <input type="checkbox"/> surdensité focale <input type="checkbox"/> rupture architecture <input type="checkbox"/> Birads : _ _ - I - II - III - IV Échographie : nodule hyperéchogène <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Scanner <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/>
Disponibles	Demandés																
Mammographie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
Échographie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
Scanner <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
IRM <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
Anapath : cytologie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
microbiopsie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
mammotome <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
Conclusions 1^{re} consultation : Pas de suivi <input type="checkbox"/> Surveillance rapprochée <input type="checkbox"/> Suivi standard <input type="checkbox"/> - Nécessité examens complémentaires <input type="checkbox"/> - Nécessité consultation spécialisée <input type="checkbox"/> - Dossier à discuter en UCP <input type="checkbox"/> Accord patiente <input type="checkbox"/> - RDV 2 ^{me} consultation <input type="checkbox"/>	- Décision chirurgicale d'emblée <input type="checkbox"/> Classification TNM <input type="checkbox"/> Date prévue intervention <input type="checkbox"/> Date prévue consultation anesthésie <input type="checkbox"/> Acte chirurgical prévu : _ _ _ _ _																

Concertation pluridisciplinaire	Date :
Objectifs cliniques : Déterminer le projet thérapeutique	
Composition : Chirurgien <input type="checkbox"/> Oncologue <input type="checkbox"/> Radiologue <input type="checkbox"/> Radiothérapeute <input type="checkbox"/> Anatomocytopathologiste <input type="checkbox"/> Chirurgien plasticien <input type="checkbox"/>	Conclusions :

Deuxième consultation	Date :
Objectifs cliniques : Donner le résultat des examens complémentaires et les commenter. Déterminer le projet thérapeutique avec la patiente	
Objectifs patiente : Information sur le diagnostic et le projet thérapeutique	
Résultat des demandes : Résultat synthétique examens complémentaires : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Examens anatomocytopathologiques : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Cytologie <input type="checkbox"/> Microbiopsie <input type="checkbox"/> Mammotome <input type="checkbox"/>	Conclusions : - Décision chirurgicale <input type="checkbox"/> Classification TNM <input type="checkbox"/> Date prévue intervention <input type="checkbox"/> Date prévue consultation anesthésie <input type="checkbox"/> Acte chirurgical prévu : _ _ _ _ _

1^{re} ou 2^{me} consultation	
Éducation/Information : - Information synthèse diagnostic <input type="checkbox"/> - Justification examens préopératoires <input type="checkbox"/> - Présentations modalités chirurgicales <input type="checkbox"/> - Information et prescription examens complémentaires <input type="checkbox"/> - Lettre aux médecins correspondants (accord de la patiente) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - Information, justification examens complémentaires et prescriptions <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Proposition ≠ options thérapeutiques <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Proposition soutien psychosocial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - Recueil du consentement de la patiente pour le choix thérapeutique <input type="checkbox"/>
Résultats attendus pour la patiente : Patiente informée du diagnostic, éventuellement de la nécessité de réaliser des examens complémentaires et du projet thérapeutique. Elle a compris le projet thérapeutique et donné son accord pour sa mise en œuvre. Les rendez-vous sont fixés. Son médecin est informé si elle le désire.	

Consultation anesthésique préopératoire		Date :
Objectifs cliniques : Préparation de l'anesthésie en vue de l'intervention chir. Préparation pour la prise en charge de la douleur		
Objectifs patiente : Information sur l'acte chir. pour l'anesthésie Information sur la prise en charge de la douleur postopératoire		
Conclusions de la consultation : Classe ASA : _ _ _ _ _ Allergies : _ _ _ _ _ Précautions particulières : _ _ _ _ _		Éducation/Information - Information sur le protocole de prise en charge de la douleur post-opératoire <input type="checkbox"/> - Information sur le risque anesthésique <input type="checkbox"/>
Résultats attendus pour la patiente : Patiente préparée pour l'anesthésie en vue de l'intervention chirurgicale Patiente informée des modalités de prise en charge de la douleur		

Repérage radiologique		Date :
Objectifs cliniques : Placer un repère métallique pour faciliter l'ablation d'une lésion infraclinique		
Objectifs patiente : Information de la patiente sur la pose du repère métallique Compréhension de l'intérêt de sa mise en place Réassurance et bonne tolérance de l'acte		
Dossier : Suffisant pour réaliser l'acte OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI 1. Dossier clinique <input type="checkbox"/> 2. Mammographie récente <input type="checkbox"/> Face et profil strict <input type="checkbox"/> 3. Microcalcifications <input type="checkbox"/> Agrandissements <input type="checkbox"/> 4. Masse <input type="checkbox"/> Échographie <input type="checkbox"/> NON Compléments réalisés : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Matériel mis en place et mode de guidage : Matériel : Repère métallique : _ _ _ _ _ Repérage à la peau OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Mode de guidage : Stéréométrie <input type="checkbox"/> Stéréotaxie <input type="checkbox"/> Échoguidage <input type="checkbox"/>
Résultats du repérage : Nombre de repères placés : _ _ _ _ _ - Distance par rapport à l'image : _ _ _ _ _ Schéma :		



	J - 1	J 0 Préop.	J 0 Postop.	J 1	J ...	J ...	J Sortie
Objectifs cliniques	Préparation de la patiente pour intervention chirurgicale Confort physique de la patiente		Contrôle de la douleur Absence de complication postopératoire Confort physique et psychique Patiente informée				Absence de complication postopératoire
Objectifs patiente	Information Compréhension projet thérapeutique Prise en compte de l'anxiété		Compréhension des informations	Compréhension des informations Reprise de l'autonomie Patiente préparée pour la sortie			Compréhension des informations Données au cours de l'hospitalisat° Patiente préparée pour la sortie
Consultations / Visites	- Visite pré-anesthésique			- Sociale - Groupe de parole - Soutien psychologique - Visite du chirurgien	En fonction des besoins - Visite du chirurgien - Visite du chirurgien		- Visite du chirurgien - Préparation des ordonnances de sortie
Examens complémentaires	- RAI - Cf. prescript°						
Traitements médicamenteux	- TTT personnel - Cf.. prescript°	- Prémédicat°	- Perfusions (cf.. prescriptions) - Antalgiques (cf. protocole)	- Antalgiques (cf.. protocole) - TTT personnel	- Antalgiques (cf. protocole) - TTT personnel	- Antalgiques (cf. protocole) - TTT personnel	- Antalgiques (cf. protocole) - TTT personnel
Soins	- Douche - Dépilation	- Vérification absence : . prothèses . vernis à ongles . bijoux . lingerie	- Soins de nursing - Soins de confort	- Soins de nursing - Pansement (cf. protocole) - Arrêt des perfusions	- Soins de nursing - Pansement (cf. protocole) - Ablation des drains (cf. prescription)	- Soins de nursing - Pansement (cf. protocole) - Ablation des drains (cf. prescription)	- Pansement (cf. protocole) - Ablation des drains (cf. prescription)
Surveillance	- Paramètres II, TA, θ° - Évaluation anxiété	- Paramètres II, TA, θ° - Évaluation anxiété	- Paramètres II, TA, θ° - Drains - Pansement/cicatrice - Douleur - Nausées - État général - État psychologique	- Paramètres II, TA, θ° - Drains - Pansement/cicatrice - Douleur - État psychologique - Complications postop.	- Paramètres II, TA, θ° - Drains - Pansement/cicatrice - Douleur - État psychologique - Complications postop - Vérification de la zone opérée par le chirurgien	- Paramètres II, TA, θ° - Drains - Pansement/cicatrice - Douleur - État psychologique - Complications postop - Vérification de la zone opérée par le chirurgien	- Vérification de la zone opérée par le chirurgien
Alimentation	À jeun suivant l'heure de l'intervention	À jeun strict	Boissons Léger	Normale/habituelle	Normale/habituelle	Normale/habituelle	Normale/habituelle
Activité	- Normale	- Pas de lever après prémédicat°	- Lever accompagné - Mobilisation modérée du bras	- Lever indépendant - Mobilisation modérée du bras - Kiné - Kiné - Kiné			- Kiné
Recueil d'information Dossier	- Entretien d'accueil infirmier - Vérification du dossier	- Vérification du dossier					
Éducation/information	S'assurer de la bonne compréhension du projet thérapeutique	S'assurer de la bonne compréhension du projet chirurgical	- Confirmation de l'acte réalisé - Annonce de la date probable de sortie	- Organisation de la sortie - Explication des recommandations et précautions à prendre (cf. document d'information remis à la patiente) - Information sur les prothèses et remise d'une liste de fournisseurs - Information sur les associations			- Date de RDV J15 - Remise et explication des prescriptions - Remise fiche de liaison et courrier de sortie - Remise documents administratifs - Remise prothèse provisoire - Vérification compréhension des infos données - Remise des documents d'information - Coordonnées téléphoniques des personnes à joindre en cas de problème
Résultats attendus pour la patiente	Patiente préparée pour l'intervention chirurgicale	Patiente préparée pour l'intervention chirurgicale et transférée au bloc opératoire	Patient opérée ayant été analgésiée et ayant reçu une information adaptée à son état	Patiente sans complication et ayant bénéficié d'un information adaptée			Patiente sortant avec l'ensemble des documents dont elle a besoin et ayant compris les informations qui lui sont données

Bilan d'extension

Objectifs cliniques : Placer un repère métallique pour faciliter l'ablation d'une lésion infraclinique	
Objectifs patiente : Information de la patiente sur la pose du repère métallique Compréhension de l'intérêt de sa mise en place. Réassurance et bonne tolérance de l'acte.	
Histologie :	
Infiltrant : - Canalaire <input type="checkbox"/> - Lobulaire <input type="checkbox"/> - Mixte <input type="checkbox"/> - SBR : I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> - Taille : _____ - Berges : _____ - % <i>in situ</i> : _____ - RO = _____ - RP = _____ - pT : _____	CGIS <input type="checkbox"/> - Taille : _____ - Berges : _____ Limites : - CLIS <input type="checkbox"/> - Cicatrice radiaire <input type="checkbox"/> - Hyperplasie atypique <input type="checkbox"/> Bénin : - Fibrome <input type="checkbox"/> - Dystrophie <input type="checkbox"/> - Autre <input type="checkbox"/> Autre : _____
Ganglion	
GS : _____ Classification pN : _____	
CA : _____	
Métastase	
- Radio pulmonaire <input type="checkbox"/> - Biologie <input type="checkbox"/>	- Échographie du foie <input type="checkbox"/> - CA 15-3 <input type="checkbox"/> - Scintigraphie osseuse <input type="checkbox"/> - ACE <input type="checkbox"/> - Autres <input type="checkbox"/>

Consultation postopératoire

Date : _____

Objectifs cliniques : Absence de complication à moyen terme Organisation de la stratégie adjuvante	
Objectifs patiente : Information sur les résultats anatomopathologiques Transmission des résultats de l'unité de concertation pluridisciplinaire Information sur les modalités du traitement adjuvant Information sur une réintervention possible	
Clinique : Résultats de l'examen clinique locorégional : _____ _____ Traitement d'une complication éventuelle : . Complication _____ _____ . Traitement réalisé : _____ _____	Traitement : Protocole thérapeutique Après décision UCP OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ Examens complémentaires : _____ _____ _____
Consultations : . Sociale <input type="checkbox"/> . Soutien psychologique <input type="checkbox"/> . Groupe de parole <input type="checkbox"/> . Anesthésiste (si réintervent*) <input type="checkbox"/> . Oncologue <input type="checkbox"/> . Radiothérapeute <input type="checkbox"/> _____ _____	Éducation/Information : - RDV remis à la patiente <input type="checkbox"/> - RDV pris par la patiente <input type="checkbox"/> Examens complémentaires <input type="checkbox"/> Consultations <input type="checkbox"/> - Pièces remises à la patiente <input type="checkbox"/> - Adressées aux médecins correspondants <input type="checkbox"/> CR opératoire <input type="checkbox"/> CR anatomopathologique <input type="checkbox"/> Autres pièces : _____ _____ Vérification bonne compréhension des complications pouvant survenir à distance <input type="checkbox"/> Vérification bonne compréhension précautions à prendre <input type="checkbox"/>
Activité : Kinésithérapie <input type="checkbox"/>	
Résultats attendus pour la patiente : La prise en charge complémentaire et la surveillance à long terme sont organisées.	

Traitements complémentaires

Traitements médicamenteux : Nom oncologue : _____ Chimiothérapie Type protocole prévu : _____ Nombre de cycles effectués : _____ Date début : _____ Date fin : _____	Hormonothérapie Type protocole prévu : _____ Nombre de cycles effectués : _____ Date début : _____ Date fin : _____ Traitements associés : _____ _____
--	---

Annexe 2

CHEMIN CLINIQUE : Chirurgie mammaire

Intervention :

Ablation d'une lésion mammaire
Chirurgie en première intention

Population :

Toute patiente ayant une pathologie mammaire demandant un rendez-vous pour une première consultation avec le chirurgien qui la prendra en charge.

Début du processus :

Demande de 1^{er} rendez-vous avec le chirurgien

- par la patiente
- par un médecin pour une patiente : généraliste, radiologue, gynécologue, oncologue, etc.

Identification de la patiente

Date :
 RDV donné par :
 Fonction :

Appel reçu par : Standard Secrétaire
 Médecin Autre (précisez)

Demande de rendez-vous	
Objectifs patient	Obtenir un rendez-vous avec un chirurgien
Informations demandées	Personne qui appelle : <input type="checkbox"/> Patiente <input type="checkbox"/> Médecin traitant <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> précisez : - Nom du médecin qui adresse la patiente - Motif de l'appel (notion d'urgence) - Date et heure du rendez-vous
Informations transmises à l'appelant	<input type="checkbox"/> Amener les documents administratifs <input type="checkbox"/> Se présenter 15 minutes avant l'heure de la consultation pour réaliser les formalités administratives <input type="checkbox"/> Amener les documents médicaux (radiologiques, échographiques, anatomopathologiques, biologiques...) et les documents de référence <input type="checkbox"/> Amener la lettre du médecin <input type="checkbox"/> Confirmation par lettre du rendez-vous <input type="checkbox"/> Informations générales relatives à la géographie des lieux (dans la ville, dans l'établissement, possibilités de parking, de bus, de métro) La patiente a un rendez-vous avec le chirurgien et elle sait ce qu'elle doit amener.
Résultats attendus pour le patient	

Identification de la patiente

Date :
 Nom du chirurgien :

Première consultation chirurgicale	
Objectifs cliniques	Déterminer la nécessité d'une intervention chirurgicale Déterminer la nécessité d'investigations complémentaires Déterminer les modalités de l'intervention
Objectifs patient	Information sur le diagnostic, la nécessité d'un bilan complémentaire et le projet thérapeutique
Anamnèse	- Motif de la consultation : - Lettre du médecin : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - Personne accompagnante : - Situation familiale : - Profession : - Date de début des symptômes : - Modification des symptômes : - Antécédents familiaux : 1. Cancers mammaires (Préciser : degré de parenté, âge de survenue, évolution) : 2. Autres cancers (Préciser : localisation, degré de parenté, âge de survenue, évolution) : - Antécédents personnels : 1. Gynéco obstétricaux : m <input type="checkbox"/> y <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 2. Mammaires : 3. Médicaux : 4. Chirurgicaux :

Examen clinique	<p>- Description</p> <p>1. Coté : D 6 2. Taille : 3. Poids :</p> <p>4. Volume sein :</p> <p>5. Contours, consistance, modification de la peau ... :</p> <p>6. Signes cliniques d'extension ganglionnaire : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>7. Signes de multifocalité : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>8. Signes de bilatéralité : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>9. Dessin de la lésion</p>
------------------------	--

Examens complémentaires 1^{ère} consultation	<p>DISPONIBLES</p> <p>- Mammographie <input type="checkbox"/> Date :</p> <p>- Echographie <input type="checkbox"/> Date :</p> <p>- Scanner <input type="checkbox"/> Date :</p> <p>- IRM <input type="checkbox"/> Date :</p> <p>- Autres (préciser) :</p> <p>- Anapath : - Cytologie <input type="checkbox"/> Date :</p> <p>- microbiopsie <input type="checkbox"/> Date :</p> <p>- macrobiopsie (mammotome) <input type="checkbox"/> Date :</p> <p>DEMANDES</p> <p>- Aucun <input type="checkbox"/></p> <p>- Mammographie <input type="checkbox"/> - Echographie <input type="checkbox"/></p> <p>- Scanner <input type="checkbox"/> - IRM <input type="checkbox"/></p> <p>- Autres :</p> <p>- Anapath : - Cytologie <input type="checkbox"/></p> <p>- microbiopsie <input type="checkbox"/></p> <p>- macrobiopsie (mammotome) <input type="checkbox"/></p> <p>Rendez-vous pris : - Lors de la consultation <input type="checkbox"/></p> <p>- Par la patiente elle-même <input type="checkbox"/></p>
---	---

Résultats d'imagerie LOCAL	<p>- Mammographie Date :</p> <p>- Masse <input type="checkbox"/> - Microcalcification <input type="checkbox"/></p> <p>- Sursensibilité focale <input type="checkbox"/> - Rupture d'architecture <input type="checkbox"/></p> <p>(Plusieurs items peuvent être cochés)</p> <p>- Birads :</p> <p>- ACR : 0 - I - II - III - IV - V</p> <p>- Echographie <input type="checkbox"/> Date :</p> <p>Nodule hypoéchogène Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>- Scanner <input type="checkbox"/> Date :</p> <p>- IRM <input type="checkbox"/> Date :</p>
Résultats d'imagerie BILAN Conclusions de la première consultation	<p align="center">Remplir la feuille Bilan Complet de couleur</p> <p>1. Pas d'indication chirurgicale : Pas de suivi <input type="checkbox"/> Surveillance rapprochée <input type="checkbox"/> Suivi standard <input type="checkbox"/></p> <p>2. Nécessité d'examen complémentaires <input type="checkbox"/></p> <p>3. Nécessité de consultation spécialisée <input type="checkbox"/></p> <p>4. Dossier à discuter en comité : Accord de la patiente : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Date du comité :</p> <p>Rendez-vous deuxième consultation : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Date prévue : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>5. Décision chirurgicale d'emblée : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>- Classification TNM :</p> <p>- Date prévue d'intervention :</p> <p>- Date prévue de consultation d'anesthésie :</p> <p>- Acte chirurgical prévu :</p>

Education Information	<p>- Commentaires :</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Information sur la synthèse diagnostique <input type="checkbox"/> - Information, justification des examens complémentaires et prescriptions <input type="checkbox"/> - Justification des examens préopératoires (repérage, injection d'isotopes, microbiopsie complémentaire) <input type="checkbox"/> - Proposition des différentes options thérapeutiques <input type="checkbox"/> - Présentations des modalités chirurgicales <input type="checkbox"/> - Proposition de soutien psychosociale <input type="checkbox"/> - Information et prescription d'examen complémentaires <input type="checkbox"/> - Recueil du consentement de la patiente pour le choix thérapeutique (S'assurer de la compréhension) <input type="checkbox"/> - Lettre aux médecins correspondants (accord de la patiente) <input type="checkbox"/>
Résultats attendus pour la patiente	<p>La patiente est informée du diagnostic, éventuellement de la nécessité de réaliser des examens complémentaires et du projet thérapeutique. Elle a compris le projet thérapeutique et donné son accord pour sa mise en œuvre. Les rendez-vous sont fixés. Son (ses) médecin(s) est (sont) informé(s) si la patiente le souhaite.</p>

Identification de la patiente

Date :
Nom du chirurgien suivant la patiente :

Concertation pluridisciplinaire	
Objectifs cliniques	Déterminer le projet thérapeutique de la patiente.
Composition Noms des participants	Nom du chirurgien suivant la patiente : Nom des participants
Objectifs de la concertation	
Classification	T N M pT PN M
Critères pris en compte	Capacité de vie (OMS) : Pathologie tumorale : Co-morbidités :
Proposition	

Identification de la patiente

Date :
Nom du chirurgien :

Deuxième consultation chirurgicale	
Objectifs cliniques	Donner les résultats des examens complémentaires et les commenter. Déterminer le projet thérapeutique avec la patiente.
Objectifs patient	Information sur le diagnostic et le projet thérapeutique
Résultats des demandes	- Résultat synthétique des examens complémentaires demandés lors de la première consultation : - Examens anatomocytopathologiques : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Cytologie <input type="checkbox"/> Microbiopsie <input type="checkbox"/> Mammotome <input type="checkbox"/> Résultats : Remplir la feuille de Bilan Complet de couleur ...
Conclusions de la consultation	- Chirurgie : - TNM : - Proposition chirurgicale : - Autres : - Commentaires :

Education Information	<input type="checkbox"/> Information sur la synthèse diagnostique <input type="checkbox"/> Justification des examens préopératoires (repérage, injection d'isotopes, microbiopsie complémentaire) <input type="checkbox"/> Proposition des différentes options thérapeutiques <input type="checkbox"/> Présentations des modalités chirurgicales <input type="checkbox"/> Proposition de soutien psychosociale <input type="checkbox"/> Information et prescription d'examen complémentaires <input type="checkbox"/> Recueil du consentement de la patiente pour le choix thérapeutique (Sassurer de la compréhension) <input type="checkbox"/> Lettre aux médecins correspondants (<i>accord de la patiente</i>)
Résultats attendus pour la patiente	<p>La patiente est informée du diagnostic, des résultats du bilan et du projet thérapeutique. Elle a compris le projet thérapeutique et donné son accord pour sa mise en œuvre.</p> <p>Son (ses) médecin(s) est (sont) informé(s) si la patiente le souhaite.</p>

Identification de la patiente

Date :

Nom de l'anesthésiste :

Patiente suivie par :

Consultation anesthésique pré opératoire	
Objectifs cliniques	Préparation de l'anesthésie en vue de l'intervention chirurgicale Préparation pour la prise en charge de la douleur
Objectifs patient	Information de la patiente sur l'acte chirurgical pour l'anesthésie Information sur la prise en charge de la douleur post opératoire
Conclusions de la consultation	Classe ASA : Allergies : Précautions particulières :
Education / Information	- Information sur le protocole de prise en charge de la douleur post opératoire - Information sur le risque anesthésique
Résultats attendus pour la patiente	Patiente préparée pour l'anesthésie en vue de l'intervention chirurgicale. Patiente informée des modalités de prise en charge de la douleur.

Identification de la patiente

Lieu :
 Date et heure :
 Nom du radiologue :
 Patiente suivie par :

Repérage radiologique	
Objectifs cliniques	Placer un repère métallique pour faciliter l'ablation d'une lésion infraclinique
Objectifs patient	Information de la patiente sur la pose du repère métallique (Compréhension de l'intérêt de sa mise en place Réassurance et bonne tolérance de l'acte
Dossier	Dossier suffisant pour réaliser l'acte <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 1. Dossier clinique <input type="checkbox"/> 2. Mammographie récente <input type="checkbox"/> 3. Microcalcifications <input type="checkbox"/> 4. Masse <input type="checkbox"/> Face et profil strict <input type="checkbox"/> Agrandissements <input type="checkbox"/> Echographie <input type="checkbox"/> Dossier suffisant pour réaliser l'acte <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Compléments réalisés : - - Opérateur : Opérateur :
Matériel mis en place et mode de guidage	Matériel : - Repère métallique : Repérage à la peau <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Mode de guidage : Stéréométrie <input type="checkbox"/> Stéréotaxie <input type="checkbox"/> Echoguidage <input type="checkbox"/>
Résultats du repérage	Nombre de repères placés : Distance par rapport à l'image : Schéma :

Clichés orthogonaux réalisés	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
COMPLICATIONS : Saignements <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Lipothymie <input type="checkbox"/> Déplacement du repère <input type="checkbox"/>		
Résultats attendus par le radiologue	Le repère est mis en place à moins de 1 cm de l'image dans tous les plans, il n'y a pas de complication.	
Résultats attendus pour la patiente	Repère métallique correctement posé, dans de bonnes conditions de tolérance. L'information est reçue et comprise.	

Identification de la patiente

Date de réalisation du CR :

Nom de l'anesthésiste :

Patiente suivie par :

Compte rendu opératoire type Données indispensables	
Le côté ou la bilatéralité L'existence ou non d'un examen histologique extemporané	
Pour la glande mammaire	En cas de mastectomie partielle <ul style="list-style-type: none"> Le siège de l'incision par rapport aux quadrants Le type de l'incision : curviligne, radiaire, transaréolaire L'exérèse cutanée ou non Le type d'exérèse : tumorectomie, quadrantectomie..... Les limites de l'exérèse en particulier en profondeur et en superficie La réalisation d'une plastie ou non et son type Le mode de repérage de la pièce pour l'histologie La radiographie de la pièce ou non Le mode de repérage en cas de T0 : marquage cutané, hameçon Le drainage et le Type En cas de mastectomie totale <ul style="list-style-type: none"> Le type d'incision Le type de mastectomie L'importance de l'exérèse cutanée Le drainage et le type
Pour le creux axillaire	En cas de GS <ul style="list-style-type: none"> Le mode de repérage Le nombre de GS La localisation du ou des GS Le résultat de l'extemporané En cas de curage axillaire <ul style="list-style-type: none"> Le niveau de dissection L'état : <ul style="list-style-type: none"> Du pédicule des pectoraux Du pédicule scapulaire inférieur Du nerf grand dorsal Du nerf grand dentelé Du nerf intercosto-brachial De la veine mammaire externe La technique d'hémostase Le drainage et le type

Bibliographie

Care pathways. London: Kings Fund Information Library Service; 2003.

Clinical pathways: different perspectives. In: The National Council on Quality Improvement in Health Care. National strategy on quality improvement in health care. Common goals and action plan 2002-2006. Trojka: National Board of Health; 2002. p.10-1

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Méthodes et outils des démarches qualité pour les établissements de santé. Paris: Anaes ; 2000.

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Mise en place d'un programme d'amélioration de la qualité dans un établissement de santé. Principes méthodologiques. Paris: Anaes ; 1996.

Department of Veterans Affairs. Policy on clinical practice guidelines and pathways. New York: Department of Veterans Affairs; 1998.

Cheah J. Clinical pathways: an evaluation of its impact on the quality of care in an acute care general hospital in Singapore. Singapore Med J 2000;41(7):335-46.

Cheah TS. The impact of clinical guidelines and clinical pathways on medical practice: effectiveness and medico-legal aspects. Ann Acad Med 1998;27(4):533-9.

Chu S. Computerised clinical pathway as process quality improvement tool. MedInfo 2001;10(Pt 2):1135-9.

Commonwealth Department of Veteran's Affairs. Clinical pathways manual 2000. <<http://www.dva.gov.au/health/provider/community%20nursing/pathways/pathways.pdf>> [consulté le 21-5-2004].

Crummer MB, Carter V. Clinical pathways: the pivotal tool. J Cardiovasc Nurs 1993;7(4):30-7.

Fiddes K, Addicott R, Daly S, Wall R. Clinical pathways in the Australian health care system. Victoria: Victorian Centre for Ambulatory Care Innovation; 2000.

Forkner J. Clinical pathways: benefits and liabilities. Nurs Manage 1996;27(11):35-8.

Gibson T, Heartfield M. Clinical pathways: a critical analysis. Int J Nurs Pract 1996;2(4):189-93.

Guinane CS. Clinical care pathways: tools and methods for designing, implementing and analyzing efficient care practice. New York: McGraw-Hill; 1997.

Ham J. Clinical care pathways in rural health settings. Bendigo: Department of Human Services; 1999.

Kitchiner D, Bundred P. Integrated care pathways increase use of guidelines. BMJ 1998;317:147-8.

March A. The business case for clinical pathways and outcomes management: a case study of children's hospital and health center of San Diego 2003.

<http://www.cmwf.org/programs/quality/march_bcs_physicianorderentry_609.pdf> [consulté le 21-5-2004].

Marrie TJ, Lau CY, Wheeler SL, Wong CJ, Vandervoort MK, Feagan BG. A controlled trial of a clinical pathway for treatment of community-acquired pneumonia. JAMA 2000;283(6):749-55.

Pearson SD, Goulart-Fisher D, Lee TH. Clinical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. Ann Intern Med 1995;123(12):941-8.

Rudisill PT, Phillips M, Payne CM. Clinical paths for cardiac surgery patients: a multidisciplinary approach to quality improvement outcomes. J Nurs Care Qual 1994;8(3):27-33.

Scott JC. Clinical pathways in Australia: current issues and future challenges. Contemp Nurs 1997, 6(1):2-4.

Trowbridge R, Weingarten S. Clinical pathways. In: Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM, ed. Making health care safer. critical analysis of patient safety practices. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality; 2004.