



MODÈLE

En complément de la méthodologie simplifiée d'élaboration d'un chemin clinique, nous vous proposons une trame de rédaction

Préambule

Le chemin clinique (CC) décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge constituant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle de patients présentant un problème de santé comparable afin de réaliser une prise en charge optimale et efficiente respectant les règles de bonnes pratiques.¹

Il 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.

Nous avons opté pour une version rédigée et non pour un tableau car nous trouvons que cette approche :

- permet une appropriation plus aisée par les professionnels, notamment les nouveaux arrivants ;
- nécessite peu de modifications pour éventuellement la transformer en programme à remettre au patient.

¹ Définition HAS

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT
Motif de prise en charge²
HDJ

1. Objectif thérapeutique

Maintenir la continuité de la rééducation (restauration de la mobilité) pour des patients en capacité de sortir d'hospitalisation complète et ainsi réduire leur durée d'hospitalisation et maintenir leur autonomie.

Évaluation de l'état général du patient (nutritionnel, musculaire, psychologique, et identification des comorbidités) en vue de sa chirurgie

Exemples volontairement très généralistes, à adapter en fonction du motif de prise en charge du patient : l'objectif final ne sera pas nécessairement le même selon que le patient a eu une PTH / PTG ou était hospitalisé suite à un AVC, ou qu'il vient pour une évaluation pré-opératoire pour une prothèse ou une chirurgie onco

2. Adresseurs

Médecins de l'établissement ou autre établissement HC SMR, médecin traitant, EHPAD,... à préciser en fonction des filières déjà en places notamment et de la stratégie de l'établissement

3. Estimation de la file active

À définir en fonction du nombre de CC déployés et du nombre de places par jour d'ouverture.

4. Critères de recrutement

L'idée ici est d'identifier les critères les plus discriminants et non de faire un inventaire complet des motifs justifiant une admission ou un refus. Pour de l'HDJ, il est obligatoire de remplir certains critères et d'autres seront forcément rédhibitoires. Quelques exemples :

Critères d'inclusion :

- Nécessite une PEC de rééducation pluridisciplinaire soutenue (kiné, ergo,...) ne relevant pas d'une prise en charge en ville
- Présente un score de dépendance physique/cognitive inférieur à...

² Exemple : post-AVC, évaluation pré-op, PTH,...

- Réside à moins de x km ou x minutes (en fonction de l'environnement géographique) de l'établissement
- Etc...

Critères d'exclusion :

- Patient n'ayant plus de marge de progression
- Balance bénéfice/fatigue défavorable
- Troubles cognitifs sévères
- Etc...

L'idée est aussi de permettre de trier rapidement les demandes d'admission !

5. Durée estimée du parcours

Prévoir le nombre de journées ou demi-journées par semaine et, s'il y a lieu, la durée du cycle.

Par exemple : 2 demi-journées par semaine sur 5 semaines

6. Compétences requises et temps dédié

Pour mémoire, il existe un nombre de séquences minimal par jour et des pratiques thérapeutiques obligatoires à proposer en fonction de la mention

Il s'agit ici d'exemples – les paragraphes sont à décliner en fonction des compétences qui seront mobilisées.

Nous préconisons d'intégrer le temps de synthèse / rédaction / mise à jour du dossier patient lors de la construction des plannings, notamment pour les rééducateurs (15 mn en moyenne).

Ci-dessous un exemple de déroulé

- **Médecin** : 1 heure à l'entrée le 1^{er} jour du parcours + 30 min en milieu de parcours si besoin + 1 heure à la sortie le dernier jour du parcours
- **IDEC** : 1 heure à l'entrée le 1^{er} jour du parcours + 30 min en milieu de parcours si besoin + 1 heure à la sortie le dernier jour du parcours

Contenu de la visite d'entrée médicale et soignante :

- ✓ Recueil de données nécessaires non présentes dans le dossier médical
- ✓ Explication du programme d'HTP avec distribution et explication du planning de la semaine tant au patient qu'à l'aidant s'il est présent lors de cette consultation
- ✓ Accompagnement du patient en salle de rééducation à prévoir
- ✓ Etc...

Le temps dédié inclut le temps de rédaction des bilans initiaux et finaux.

- **Ergothérapeute :**

- Séance d'évaluation initiale en 1^{ère} semaine du cycle : 1h30 dont rédaction
- Séances de 30 minutes (+ 15 pour la rédaction) pour de la réadaptation/rééducation à ... (ex. : AVQ, mobilité, adaptation aides techniques, ...)
à adapter au cas par cas selon le patient cf prise en charge pendant l'hospitalisation en SMR
- Évaluation finale des capacités motrices, cognitives, des risques de chute, ... sera programmée juste avant la fin du cycle (45'+15' pour la rédaction).

- **Kinésithérapeute :**

- Séance d'évaluation initiale en 1^{ère} semaine du cycle : 1h30 dont rédaction
- Séance de 30 minutes (+15 pour la rédaction) de continuité dans la rééducation (exercices divers), séances individuelles ou collectives, ... préciser les PEC types à proposer
à adapter au cas par cas selon le patient cf prise en charge pendant l'hospitalisation en SMR

- **Diététicienne :**

- **EAPA**

- **Assistant de service social**

- **Psychomotricien**

- ...

Les professionnels intervenant seront fonction de l'évaluation initiale du patient, du motif de prise en charge et des objectifs poursuivis.

7. Examens nécessaires à l'entrée (biologie, radiologie,...)

Lister les examens ou préciser « sans objet » pour lever les doutes.

NB : en cas d'adressage interne au SMR, les bilans initiaux correspondent aux bilans finaux de l'HC et la visite initiale médico-soignante sera normalement raccourcie

8. Matériels nécessaires à la prise en charge

- Hand-grip
- Espaliers
- Pèse-personne
- ...

9. Livrables attendus à la sortie du patient

Compte rendu d'hospitalisation

Bilans finaux des intervenants

Ordonnance de sortie

Courrier au médecin traitant reprenant la synthèse des séances réalisées durant le parcours

Planification d'un RdV à 6 mois pour réévaluation / prévention dégradation

10. Documents de références

- Instruction DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 relative à la mise en œuvre de la réforme des autorisations d'activité des soins médicaux et de réadaptation.
- Développement Professionnel Continu - Chemin clinique – juillet 2017 – Haute Autorité de santé (https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807716/en/chemin-clinique)
- Etc...

Annexe : Classification CIF et correspondance CSAR(R) ou juste CSAR(R)

CIF	intervenants	CSAR(R)	libellé	Pondération
Sensation de douleur (b280)	M, I, MK, E			
Fonction de maintien du poids (b553)	M, Diet			
Fonctions des muscles (b730/ b749)	MK, APA, Ergo			
Marcher, se déplacer (d450 / d469)	MK, APA			
Changer la position corporelle de base (d410)	MK, APA, Ergo			
Stabilité psychique (b1263)	Psy			
Vie domestique (d6)	Ass. service social, Ergo			

La rédaction du chemin clinique peut être l'occasion de constituer un thésaurus pour les professionnels amenés à coder.

C'est particulièrement important pour les professionnels n'ayant pas l'habitude de coder (remplacements par exemple ou libéraux intervenant dans l'établissement) ou si le DPI ne dispose pas de fonction « thésaurus » intégrée.

Pour une aide au codage, n'hésitez pas à utiliser le moteur de recherche des codes CSAR(R) : <https://www.mpsi-sante.fr/csarr/>