

*Ceci est une traduction libre par le Réseau Itinéraires Cliniques, à l'UCL de l'article publié dans : Tijdschr. voor Geneeskunde, 67, nr. 10, 2011 473-481 (doi: 10.2143/TVG.67.10.2000969).*

**Le modèle en 7 phases pour le développement, l'implémentation, l'évaluation et le suivi continu des itinéraires de soins.**

Vanhaecht, K.<sup>1,2</sup>, Van Gerven, E. <sup>1</sup>, Deneckere, S. <sup>1</sup>, Lodewijckx, C. <sup>1,3</sup>, Panella, M. <sup>1,2,4</sup>, Vleugels, A. <sup>1</sup>, Sermeus, W. <sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Faculteit Geneeskunde, Katholieke Universiteit Leuven

<sup>2</sup> European Pathway Association, Leuven

<sup>3</sup> Dienst pneumologie, Universitaire Ziekenhuizen Leuven

<sup>4</sup> Department of Clinical and Experimental Medicine, Faculty of Medicine, Amedeo Avogadro University of Eastern Piedmont, Italy

Adresse de correspondance: Dr. Kris Vanhaecht, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven, Kapucijnenvoer 35, B-3000 Leuven.  
E-mail: [kris.vanhaecht@med.kuleuven.be](mailto:kris.vanhaecht@med.kuleuven.be)

## Introduction

En 2002 un article intitulé « *Développement et utilisation des itinéraires cliniques (clinical pathways) en santé Publique* » a été publié dans le Tijdschrift voor Geneeskunde (1). Cette publication décrivait le statut de ce concept à ce moment-là, la définition des itinéraires cliniques et la méthodologie en 30 étapes. Elle a inspiré ces dernières années plus de 110 organisations, qui totalisent plus de 1250 projets en Belgique et aux Pays-Bas, en tant que membres du Réseau Itinéraires Cliniques Belgo-Hollandais (2,3). Ce réseau est le plus grand réseau de qualité en Belgique et aux Pays-Bas et est une initiative de formation du Centrum voor Ziekenhuis en Verplegingswetenschap (CZV), de la Katholieke Universiteit Leuven. Le CZV collabore avec l'Université catholique de Louvain (UCL) et le Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg (CBO) aux Pays-Bas. Le Réseau est à son tour, membre de l'European Pathway Association ([www.E-P-A.org](http://www.E-P-A.org)).

Cet article rapporte brièvement l'état actuel du concept ainsi que de la définition. L'objectif principal de cette publication est d'expliquer la nouvelle méthode pour le développement, l'implémentation, l'évaluation et le suivi d'itinéraires de soins. L'optimisation de la méthode est basée sur l'expérience acquise au sein du Réseau entre 2002 et 2009, et sur des recherches nationales et internationales au sein du réseau et en collaboration avec l'European Pathway Association (4).

## Le concept et la définition

Les itinéraires cliniques sont de plus en plus souvent dénommés « itinéraires de soins » suite à leurs caractéristiques transmuraux et l'acceptation internationale du terme « care pathway ». Il s'agit d'une des méthodes pour rendre transparents, standardiser, optimiser si nécessaire les processus de soins centrés sur le patient et en assurer le suivi de manière continue (3,5). Les itinéraires de soins sont actuellement utilisés mondialement comme méthode de maîtrise du processus pour de nombreuses pathologies (6-9). L'introduction des itinéraires de soins s'est déjà faite en 1987 aux États-Unis. En Belgique et aux Pays-Bas, dans les premières années de leur introduction, les itinéraires de soins ont été essentiellement développés dans le monde hospitalier aigu. Depuis 2005, il existe des expériences en revalidation, en psychiatrie, en soins de première ligne et en soins transmuraux.

Les itinéraires cliniques ont été définis dans le passé comme une méthode de maîtrise des processus de soins cliniques avec pour objectif d'améliorer les résultats cliniques, de service, de processus, de bilan financier et le travail d'équipe (1). Outre le changement de terminologie d'« itinéraires cliniques » vers « itinéraires de soins », un consensus plus large s'est développé autour de la définition de ce concept (3,10-12). Les itinéraires de soins sont actuellement définis comme des « interventions complexes » destinées à réaliser une prise de décision collective et à organiser un processus de soins pour un groupe de patients bien défini et pour une période de temps bien définie (5,13). Les caractéristiques définissant un itinéraire de soins sont : a) une mention explicite des buts et des interventions-clés basés sur des preuves scientifiques, les meilleures pratiques et les attentes des patients et leurs caractéristiques ; b) une communication facilitée entre les membres de l'équipe et avec les patients et leur entourage ; c) la coordination du processus de soins par la coordination des rôles et de la séquence des activités de l'équipe de soins multidisciplinaire, des patients et de

leur entourage ; d) la documentation, le suivi et l'évaluation des écarts et des résultats et e) l'identification des ressources appropriées (5). Le but d'un itinéraire de soins est d'améliorer la qualité des soins, y compris en dehors de l'institution elle-même, en termes de résultats (ajustés pour le risque), de promotion de la sécurité et d'amélioration de la satisfaction des patients et d'optimalisation des ressources (5).

Les itinéraires de soins sont donc décrits comme des interventions complexes (11-16). Ces types d'interventions sont également connus comme des interventions à composantes multiples. Ces interventions comprennent plusieurs parties, ou composants qui sont essentiels à leur fonctionnement, mais dont les éléments actifs sont difficiles à séparer les uns des autres (17-19). Un exemple typique d'une intervention complexe est la stroke-unit. Dans la littérature, l'effet des unités neuro-vasculaires sur les résultats des patients a suffisamment été démontré pour la mortalité et la qualité de vie (20). Mais l'incertitude persiste sur le composant actif qui cause cet effet. Est-ce la nature spécialisée de cette intervention? S'agit-il des nouvelles ressources structurelles et technologiques? Est-ce l'intégration de l'approche? Est-ce l'objectif consensuel? Les différents composants apportent ensemble la valeur ajoutée. Il n'est toutefois pas clair lequel de ces composants actifs permet d'optimiser la sécurité des patients. C'est justement l'offre intégrée des différents composants actifs qui entraîne la valeur ajoutée. Pour les itinéraires de soins, il est de la même manière difficile de cerner et de différencier les composants actifs (3).

### **Des 30 étapes à la méthodologie en 7 phases**

Une des composantes actives est la méthode standardisée des itinéraires de soins. Cette approche en phases pour le développement, la mise en œuvre, l'évaluation et le suivi continu des itinéraires de soins par une équipe multidisciplinaire a été révisée pour passer du plan en 30 étapes au modèle en 7 phases. L'ajustement a été fait pour : a) aligner la méthodologie aux nouveaux concepts et à la définition en rapport avec les interventions complexes, b) remplacer la structure parfois lourde du plan en 30 étapes par une approche en phases plus innovatrice et qui permet une gestion plus autonome, c) adapter davantage la méthodologie aux projets transmuraux, d) rendre possible l'intégration de nouveaux outils et techniques de la gestion de la qualité en général, e) préserver les degrés de liberté nécessaires pour ajuster la méthodologie aux situations locales des institutions concernées et des équipes multidisciplinaires, et f) donner plus d'importance au démarrage de ces projets chronophages par l'intégration d'une phase de screening.

Cette adaptation a été réalisée sous la conduite de l'équipe scientifique du Netwerk Klinische Paden-KULeuven, en collaboration avec le personnel et les directions des institutions concernées en Belgique et aux Pays-Bas. La nouvelle méthodologie a ensuite été validée au cours de trois réunions de consensus avec les personnes de contact du Netwerk Klinische Paden-KULeuven et des représentants du Kwaliteitsinstituut voor Gezondheidszorg des Pays-Bas, de l'Université catholique de Louvain et de l'European Pathway Association.

Le modèle en 7 phases consiste en: 1) une phase de screening, 2) une phase de gestion de projet, 3) une phase de diagnostic et d'objectivation, 4) une phase de développement de l'itinéraire de soins, 5) une phase d'implémentation de l'itinéraire de soins, 6) une phase d'évaluation de l'itinéraire de soins et, 7) une phase de suivi continu (fig. 1).

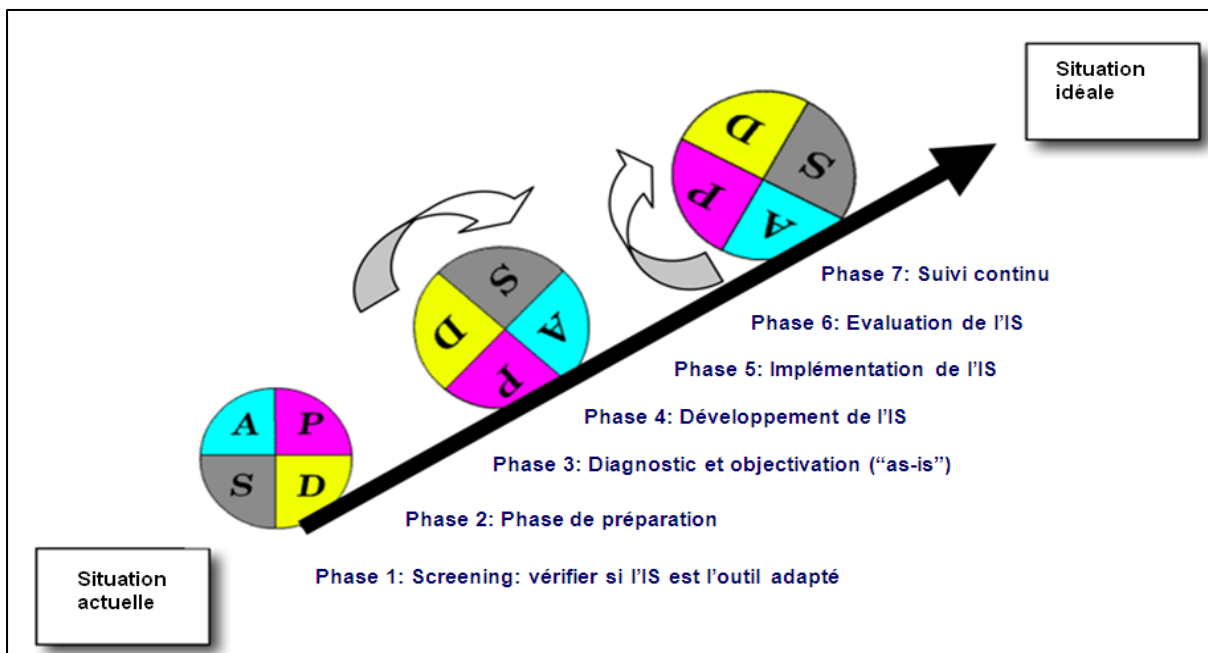


Fig. 1 : Modèle en 7 phases pour le développement, l'implémentation, l'évaluation et le suivi continu d'itinéraires des soins

Cette approche progressive est inspirée du cycle de Deming, plus connu sous le nom de Cycle PDSA ou Plan-Do-Study-Act (21). Etant donné qu'au sein de chaque phase du modèle, un cycle de Deming est parcouru, les 7 phases elles-mêmes ne sont pas classées dans les quatre catégories principales de Deming. La méthodologie en 7 phases a pour but d'offrir à une équipe multidisciplinaire qui développe un nouvel itinéraire de soins ou qui améliore un itinéraire existant, de disposer d'une systématique éprouvée. Chacune de ces 7 phases est décrite ci-dessous et pour chacune d'elle, il est indiqué quand elle démarre, quels sont ses objectifs, quelles méthodes peuvent être utilisées et comment elle est évaluée.

### **Phase 1: Phase de screening**

La phase de screening commence lorsque la demande pour un nouvel itinéraire de soins est faite ou lorsqu'il y a une nécessité d'adapter un itinéraire existant. L'objectif de cette phase est de déterminer si l'itinéraire de soins est la méthode adéquate pour résoudre la question.

L'expérience du Réseau montre bien que les itinéraires de soins ne sont pas la solution pour tous les problèmes relatifs à l'organisation des processus de soins. Parfois, une simple intervention comme la rédaction d'une nouvelle brochure d'information, d'un protocole ou l'organisation d'une formation peut résoudre le problème. Les itinéraires de soins peuvent principalement être utilisés pour optimiser les processus de soins quand les problèmes qui se posent sont des problèmes de communication, de coordination, de transparence, de standardisation et de suivi de soins appropriés pour un groupe de patients spécifiques (soins sûrs, efficaces, prodigués au bon moment, centrés sur le patient et équitables). Ce n'est pas le développement d'un itinéraire de soins qui permettra d'optimiser complètement

la politique d'admission, la coordination entre l'hôpital et les cercles de généralistes ou la planification du quartier opératoire.

La phase de screening réunit toutes les informations nécessaires pour déterminer la propriété du projet. Par conséquent, la première question à se poser est de savoir qui a demandé la (ré)-organisation du processus de soins (un individu, une équipe, un comité qualité, la direction, une partie externe, ...). Il est ensuite important de mieux cerner l'équipe multidisciplinaire par laquelle l'éventuel projet sera développé. Nous pensons aux capacités et à la volonté de l'équipe de changer et d'innover. Des méthodes comme le 'stakeholder mapping', l'analyse d'impact, des questionnaires sur le travail en équipe – par exemple, le questionnaire 'Team climate inventory' (22) – ou des entrevues avec différents membres de la direction et avec certains acteurs-clés peuvent s'avérer utiles (23). Il est également important dans cette phase de screening de mieux comprendre l'organisation actuelle et les résultats du processus de soins. Il faut de préférence utiliser les informations existantes (indicateurs de performance, feedback financier, les chiffres clés concernant les volumes, l'expérience des patients, les plaintes, les informations sur l'équipe à partir de mesures ou des visites d'accréditation ou d'audit interne). Si les données provenant des bases de données disponibles sont insuffisantes, il peut être nécessaire de recueillir de nouvelles données. Dans cette phase, il est recommandé de n'effectuer qu'un rapide balayage de données/ quick scan, car un recueil plus approfondi de données nécessite une structure de projet plus élaborée. Des méthodes de balayage rapide/quick scan sont le brainstorming, la méthode des trois tableaux (voir ci-dessous) ou l'Outil d'Auto-Evaluation du Processus de Soins (OAEPS) (24). Cet instrument validé, peut à ce stade aider l'équipe à attribuer un score à l'organisation actuelle du processus de soins dans cinq domaines: organisation centrée sur le patient, la coordination, la communication avec les patients et leurs familles, la collaboration avec la première ligne et le suivi du processus de soins. Ces informations et d'autres sources devraient permettre à l'équipe de vérifier si un projet doit être démarré et à quels échelle et niveau de détails.

La phase de screening ne peut durer que quelques semaines. Elle peut être évaluée positivement si le donneur d'ordre ou le demandeur peut être informé sur des bases objectives pour prendre la décision justifiée de lancer un projet : a) est-il nécessaire de revoir le processus de soins sur la base des résultats actuels, b) l'itinéraire de soins est-il l'outil approprié pour résoudre les goulots d'étranglement et c) l'équipe est-elle disposée à changer ? La décision de lancer un projet doit être prise par l'équipe multidisciplinaire et par la direction qui doit prévoir les ressources nécessaires.

## **Phase 2: Phase de gestion de projet**

Pour le développement, l'implémentation et l'évaluation d'un itinéraire clinique, une structure de projet doit être mise en place. Cette deuxième phase débute lorsque la décision a été prise d'élaborer un itinéraire de soins. L'objectif est d'une part, de délimiter l'itinéraire et d'autre part, de composer l'équipe-clé et le groupe de travail. Des accords doivent être pris sur la répartition des tâches et sur la planification du projet (y compris le calendrier).

L'itinéraire doit être clairement délimité, aussi bien en ce qui concerne la pathologie (y compris critères d'inclusion et d'exclusion) que le cadre temporel (hospitalisation seulement, transmurale : du médecin généraliste et l'admission en hospitalisation jusqu'à la consultation postopératoire). L'équipe-clé est constituée sur la base de cette délimitation. Cette équipe-clé est petite et se compose de représentants des groupes professionnels qui traitent directement avec la population de patients définis dans le cadre temporel convenu. Un collaborateur staff

soutiendra éventuellement cette équipe et un représentant de la direction peut être invité. Cette équipe-clé préparera, élaborera et évaluera l'ensemble du projet. L'équipe-clé peut se faire assister par un groupe de travail plus large parmi lequel peuvent siéger plusieurs personnes par groupe professionnel ainsi que des collaborateurs des services de soutien, de la direction, des représentants d'organismes extérieurs et de préférence un représentant des patients. Dans cette phase il est important que l'équipe-clé et le groupe de travail soient informés des raisons de cette initiative particulière.

Le concept et la méthodologie des itinéraires de soins doivent être, lors d'une première réunion, expliqués à tous les membres tant pour leur donner une compréhension claire sur la plus-value possible, que pour les rendre sensibles aux limites des itinéraires de soins, afin de ne pas créer des attentes irréalistes. Tous les membres de l'équipe multidisciplinaire (même ceux qui ne sont pas impliqués dans l'équipe-clé ou le groupe de travail) devraient être informés du lancement et de la nécessité du projet. Leur collaboration sera nécessaire à la fois lors de la collecte des données au cours de la troisième phase, mais aussi lors de la mise en œuvre et du suivi continu. Au-delà du recueil d'informations, il est crucial d'élaborer la gestion du projet. Des engagements concrets doivent être pris au sujet du leadership du projet, des rôles et responsabilités. La préparation d'une charte de projet ou d'un contrat de projet peut être considérée. Le plan du projet est élaboré et les différentes tâches et missions qui seront exécutées dans le cadre du projet sont reprises sur une ligne de temps (matrice temps-activités / diagramme de Gantt) qui permet de suivre le projet et de réaliser les ajustements nécessaires (23). Sur base de ce plan de projet, les ressources nécessaires seront aussi calculées et surveillées.

Cette phase du projet peut être évaluée positivement, si les limites de l'itinéraire au sein du processus de soins sont clairement tracées. En outre, les membres de l'équipe multidisciplinaire doivent être conscients des motifs, de l'approche projet et du déroulement désirés. Les membres de l'équipe-clé et du groupe de travail doivent être informés sur la méthodologie, le partage des responsabilités et les attentes réciproques. A la fin de cette phase, la décision de réaliser le projet est reconfirmée.

### **Phase 3 : Phase de diagnostic et d'objectivation**

La phase de diagnostic et d'objectivation est une des phases importantes de cette méthode. Les équipes qui ne sont pas préparées à évaluer de manière objective et critique l'organisation actuelle du processus de soins avant de développer un itinéraire, ne pourront pas optimiser de manière objective et responsable l'organisation actuelle du processus de soins. Cette troisième phase du modèle en 7 phases commence lorsque le projet a été préparé et que l'on souhaite démarrer l'évaluation des pratiques actuelles. L'objectif est d'évaluer l'organisation actuelle du processus de soins à travers quatre perspectives différentes: a) l'organisation propre et l'équipe, b) la vision du patient et de sa famille, c) les preuves scientifiques et la législation, et d) la collaboration avec les partenaires externes (voir Figure 2). L'ordre dans lequel le processus de soins est analysé à partir de ces quatre perspectives, est moins important et peut être déterminé à la fois par la disponibilité de données ou en fonction des justifications de lancement du projet. Pour ces tâches, une étroite collaboration entre les membres de l'équipe-clé et du groupe de travail plus large est nécessaire. Le travail des différentes formes d'analyse sera réparti entre les membres.

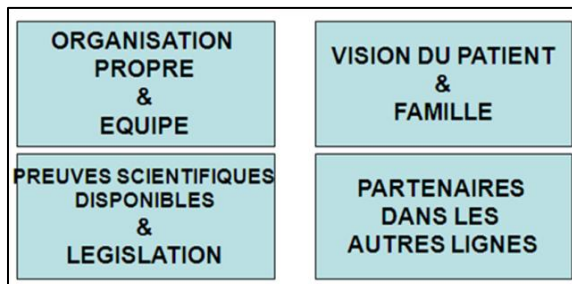


Fig.2: Phase de diagnostic et d'objectivation

a) *L'organisation propre et l'équipe :*

Dans cette troisième phase, les problèmes seront diagnostiqués et objectivés plus en profondeur. L'organisation actuelle du processus de soins sera analysée par l'organisation et l'équipe multidisciplinaire elles-mêmes. Une attention particulière est portée à la détermination des objectifs du processus de soins, l'analyse des goulots d'étranglement actuels et la détermination des ressources nécessaires pour organiser et optimiser qualitativement le processus de soins. Les objectifs peuvent être déterminés à partir des résultats de l'analyse de l'OAEPS, sur la base des cinq domaines de la boussole itinéraire clinique (25), en déterminant les critères de sortie ou de transfert ou en utilisant la méthode des trois tableaux (26). L'exercice des trois tableaux est réalisé par l'équipe-clé ou le groupe de travail plus large. Cette méthode des trois tableaux est une méthode qui permet de planifier les activités du processus de soins de façon à atteindre les objectifs déterminés. Les zones d'incertitude de l'organisation actuelle des soins sont également identifiées et notifiées au cours de cet exercice. Avec cette approche, on obtient une liste des objectifs du projet et du processus, une première ébauche de l'itinéraire clinique et une liste des points d'incertitude qui doivent être examinés dans un deuxième temps.

Pour faire un diagnostic de l'organisation propre et de l'équipe, de nombreuses techniques analytiques et qualitatives peuvent être utilisées (23). Les techniques suivantes sont souvent employées: l'analyse de dossiers, la cartographie des processus (process mapping), la mesure prospective, l'analyse des documents et différentes enquêtes auprès des membres de l'équipe. Celles-ci peuvent être complétées par d'autres techniques: organisation d'un focus group avec les membres de l'équipe de soins, utilisation de questionnaires concernant la communication et la coordination au sein de l'équipe, établissement d'une matrice des tâches par discipline ou établissement d'un flux de valeurs (value stream map), diagramme d'Ishikawa ou analyse des modes de défaillance et des effets (Failure Mode and Effect Analysis, AMDEC) (23). Une analyse doit, en outre, être effectuée sur la manière dont l'équipe est actuellement structurée en termes de leadership, de composition, d'attribution des responsabilités et de mécanismes de coordination.

b) *Vision des patients et de leurs familles :*

Même après l'évaluation du processus de soins par l'organisation propre et son équipe, on pourra seulement parler de soins centrés sur le patient si les patients et leurs familles sont également impliqués dans la (re-)conception du processus de soins. Cela peut être organisé sous forme d'entretiens ou de focus group ou encore sous forme de sondages concernant la satisfaction, les attentes ou les préférences des patients (27). Une autre méthode fréquemment utilisée est la mise en œuvre d'un « walkthrough », aussi connu sous le nom de « shadowing », où un patient est observé par un aidant (l'ombre) pendant le (une partie du) processus de soins. De cette manière, l'organisation obtient une image de la façon dont le patient ou la famille ont parcouru et vécu le processus de soins. Les associations de patients (par exemple

Ceci est une traduction libre par le Réseau Itinéraires Cliniques, à l'UCL de l'article publié dans : *Tijdschr. voor Geneeskunde*, **67**, nr. 10, 2011 **473-481** (doi: 10.2143/TVG.67.10.2000969).

via la plateforme flamande des patients) peuvent également contribuer à l'analyse du processus actuel de soins ou de la communication des piliers importants des bons soins du point de vue du patient.

*c) Les preuves scientifiques et la législation :*

Les itinéraires de soins doivent être basés sur les dernières normes internationales disponibles. Bien que pour toutes les activités de l'itinéraire de soins des preuves scientifiques ne soient pas toujours disponibles, il est essentiel, au moins pour les interventions-clés, qui sont des interventions qui auront le plus d'impact sur les résultats des patients, de vérifier si elles peuvent être supportées par des normes internationales, des protocoles locaux ou de l'expertise clinique. La même chose s'applique aux indicateurs de résultats qui seront suivis.

Les itinéraires de soins doivent se baser sur des directives d'associations nationales et internationales ([www.guideline.gov](http://www.guideline.gov), [www.cbo.nl](http://www.cbo.nl), [www.g-i-n.net](http://www.g-i-n.net), ...) et sur des listes disponibles d'interventions-clés probantes ([www.mapofmedicine.com](http://www.mapofmedicine.com), <http://group.bmj.com/products/evidence-centre.com>, [www.zynx.com](http://www.zynx.com)).

La formulation d'indicateurs de performance ([www.navigator.czv.be](http://www.navigator.czv.be), [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org), [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov), [www.medal.org](http://www.medal.org), [www.igz.nl](http://www.igz.nl)) est également une autre question essentielle dans le développement d'itinéraires de soins.

Outre les preuves scientifiques, l'intégration dans les itinéraires de soins de la législation actuelle est importante. On pense à la législation sur les trajets de soins et les programmes de soins provenant des directives de l'INAMI ([www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be)), du niveau fédéral ([www.health.fgov.be](http://www.health.fgov.be)) et/ou des autorités flamandes ([www.zorg-en-gezondheid.be/](http://www.zorg-en-gezondheid.be/)).

*d) Les partenaires externes :*

Comme quatrième pilier, l'organisation actuelle du processus de soins doit être évaluée selon la vision des partenaires extérieurs (première, deuxième, troisième lignes). Bien que les organisations pensent en fonction de lignes et d'échelons, pour un patient, le processus de soins est, par définition, transmural, en particulier pour les maladies chroniques. Le développement de réseaux entre hôpitaux et/ou organisations de soins de santé offre ici une opportunité. Des partenaires externes, de la même ou d'une autre ligne, peuvent participer à l'évaluation et l'optimisation de l'organisation actuelle du processus de soins. En plus des interviews, des questionnaires sur la coordination et la collaboration peuvent être également utilisés pour rendre ici aussi plus de données objectives disponibles pour l'analyse.

Cette troisième phase, la phase de diagnostic et d'objectivation, doit rendre des informations objectives disponibles et permettre d'évaluer chacune des quatre perspectives (voir Figure 2) sur l'organisation actuelle et les résultats des itinéraires de soins. L'équipe peut sur cette base, (re-)développer et améliorer le processus de soins.



#### **Phase 4: Phase de développement**

Cette quatrième phase commence lorsque l'information nécessaire est disponible à partir de la phase de diagnostic et d'objectivation et qu'elle peut être discutée au sein de l'équipe-clé. Dans cette phase, l'itinéraire est développé sur la base de cette information objective et à partir des objectifs déterminés lors de la phase de screening et lors de la phase de diagnostic et d'objectivation. C'est maintenant que les ressources et capacités disponibles pour la mise en œuvre opérationnelle de l'itinéraire doivent être prises en compte.

Durant cette phase, il faudra vérifier la faisabilité de s'adresser à la population définie dans le cadre temporel retenu en tenant compte des données de la phase de diagnostic et d'objectivation. Les interventions-clés nécessaires pour atteindre les objectifs de processus, avec des références à la littérature, des directives internes ou des protocoles, seront insérées dans une ligne de temps. Bower & Zander l'ont formulé comme ceci: "you first have to identify your goals and then plan the activities to achieve those predefined goals" (28). Le design idéal du processus de soins sera ajusté pendant la phase de développement pour tenir compte de la faisabilité par rapport aux possibilités de l'équipe et de l'organisation, telles que diagnostiquées et objectivées pendant la troisième phase.

Dans cette phase de développement, l'itinéraire n'est pas seulement conçu mais aussi développé pratiquement. Il est idéal d'inclure les accords concernant l'organisation du processus de soins de façon standardisée dans le dossier du patient, avec ou sans informatisation. A partir de la définition de l'itinéraire de soins comme intervention complexe, les objectifs et les interventions-clés sont mentionnés et l'accent est mis sur la communication entre les membres de l'équipe et avec les patients et leurs familles. Les rôles et la séquence des activités sont coordonnés, les résultats et variances par rapport aux interventions-clés sont documentés, suivis et évalués. En outre, les ressources appropriées sont identifiées pour rendre tout cela possible. Des dispositions sont prises, par exemple via l'établissement de service level agreements, entre l'équipe-clé, la direction, les services de soutien et les partenaires externes si nécessaire. L'impact du processus de soins réorganisé sur d'autres processus de soins doit également être examiné.

Cette quatrième phase pendant laquelle l'itinéraire de soins est développé, est évaluée de manière positive si l'itinéraire est préparé et rédigé de façon multidisciplinaire, pour un groupe de patients spécifiques pendant un temps défini sous la forme d'une matrice temps-activités dans le dossier (électronique) du patient avec des points de départ et de fin clairement identifiés. Les objectifs finaux et intermédiaires sont clairs et les interventions-clés - si possible basées sur les preuves scientifiques - sont visuellement mises en évidence, afin que les variances puissent être facilement suivies. Un système de reporting pour suivre ces éléments aura également été établi. Cet itinéraire doit être approuvé par l'équipe-clé, après consultation du groupe de travail. Il peut être utile de le soumettre à un contrôle externe, par exemple à la commission des antibiotiques, au laboratoire, au service d'hygiène hospitalière, à un cercle de médecine générale,... Le développement d'une version patient de l'itinéraire est souhaitable pour impliquer le patient et sa famille étroitement dans l'application opérationnelle ultérieure de l'itinéraire, dans l'organisation et le suivi du processus de soins. De cette manière, les attentes des patients et du personnel peuvent être harmonisées.

## **Phase 5: Phase de mise en œuvre**

Lorsque l'itinéraire est complètement développé, la phase d'implémentation peut commencer. L'objectif est de préparer l'utilisation de l'itinéraire dans la pratique quotidienne en informant tous les membres de l'équipe et de tester l'itinéraire pendant une période prédéterminée. Ensuite, après d'éventuels ajustements finaux, l'itinéraire est mis en œuvre pour une utilisation journalière.

Durant cette phase, un plan d'exécution sera établi dans lequel la répartition des rôles entre les membres de l'équipe-clé prend toute son importance. La personne de contact qui s'occupera des problèmes éventuels, doit être identifiée. Le feedback sur l'utilisation pratique et les problèmes de communication liés à l'itinéraire doit être suivi de façon centralisée. Avant que l'itinéraire ne soit testé, des séances d'information seront organisées pour tous les membres de l'équipe qui utiliseront l'itinéraire. Il sera expliqué lors de ces séances pourquoi cet itinéraire a été développé et quels sont les principaux changements à l'égard de la méthode de travail précédente. Comment l'itinéraire est utilisé et comment communiquer dans l'itinéraire méritent une attention particulière. Il convient également de déterminer si des sessions de formation supplémentaires sont nécessaires en termes de contenu (nouvelles activités médicales, infirmières ou paramédicales) ou qu'une attention particulière doit être donnée pour suivre, par exemple, les indicateurs.

Le Center for Case Management ([www.cfm.com](http://www.cfm.com)) recommande de tester l'itinéraire de soins auprès d'un groupe limité de patients. Une règle de bon sens correspond à trois semaines s'il s'agit d'une pathologie à faible volume ou à dix patients dans le cas d'une pathologie plus fréquente (28). Durant cette période, les membres de l'équipe-clé sont disponibles pour suivre les problèmes et accompagner l'équipe dans la première utilisation. Sur base de cette première expérience, l'itinéraire est ajusté si nécessaire. Le feedback de cette phase test est notifié dans un rapport. Il est possible par exemple que certains détails du système de reporting doivent être optimisés. L'équipe-clé évalue la phase test sur la base du feedback des membres de l'équipe de soins et décide si l'itinéraire peut être utilisé en routine ou non. Si des problèmes majeurs sont notés, des données supplémentaires devront éventuellement être recueillies ou il faudra obtenir les conseils d'autres disciplines cliniques ou du management.

Cette phase d'implémentation peut être évaluée de façon positive si l'itinéraire a été expliqué et a été testé, et si sur base des premières expériences et après consultation au sein de l'équipe-clé, il a été décidé si l'itinéraire peut être employé dans la pratique quotidienne.

## **Phase 6: Phase d'évaluation**

Après que l'itinéraire ait été implémenté, il sera évalué. Cette phase sert à vérifier que les goulots d'étranglement de l'organisation des soins qui étaient présents avant la mise en œuvre de l'itinéraire, ont été éliminés. La faisabilité est également évaluée. En outre, le respect des interventions-clés (sous forme d'indicateurs de processus) et les résultats intermédiaires et finaux des soins (indicateurs de résultat) seront vérifiés. Cette première évaluation approfondie s'effectue de préférence deux à trois mois après l'implémentation.

Comme dans la phase de diagnostic et d'objectivation, ce sera également à partir des quatre perspectives que le travail sera réalisé (voir figure 2). Les techniques qui ont été présentées pour la troisième phase, peuvent aussi être utilisées ici. En outre, l'analyse des

variances est un exercice indispensable, c'est-à-dire les écarts entre l'itinéraire de soins réel et l'itinéraire de soins opérationnel élaboré. Il y a un suivi pour chaque intervention-clé du pourcentage de patients pour lesquels cette intervention-clé a été réalisée comme prévu. Il y aura aussi une attention particulière pour les résultats intermédiaires et finaux des soins, par exemple, par rapport aux critères de sortie déterminés. Les résultats peuvent être surveillés sur échantillon aléatoire ou de façon continue, en fonction des possibilités pratiques pour l'équipe et l'organisation. Les résultats sont surveillés via des tableaux de bord, des « runcharts » ou via le « statistical process control » (23). Dans cette phase d'évaluation, l'OAEPS est à nouveau utilisé pour voir comment l'équipe vit la nouvelle organisation des soins.

La phase d'évaluation clôture la phase projet et est considérée comme positive si une évaluation approfondie a été menée selon les quatre perspectives et que des données objectives disponibles peuvent être analysées statistiquement. Ceci permet de comparer de façon objective les données de la phase de diagnostic et d'objectivation et les résultats de la phase d'évaluation. Ces résultats peuvent être présentés à toute l'équipe multidisciplinaire et à la direction de l'organisation. Sur base de ces résultats, il est décidé de continuer de poursuivre l'utilisation de l'itinéraire, d'assurer son suivi continu ou de réaliser de nouvelles adaptations.

### **Phase 7: Phase de suivi continu**

Si les résultats de l'itinéraire sont positifs, l'itinéraire va être utilisé dans la pratique quotidienne. Cependant, il est important de suivre son utilisation et ses résultats de façon continue. L'itinéraire doit, en d'autres termes, rester dynamique, et le cas échéant être (ré-) ajusté.

Pour continuer à suivre l'itinéraire à long terme, des dispositions doivent être prises sur qui dans l'équipe assurera cette fonction. Le rôle du médecin, de l'infirmière en chef, du directeur des soins, du directeur de service, du coordinateur qualité ou du collaborateur staff dépendra de la structure organisationnelle et des ressources disponibles.

En plus de l'évaluation continue par l'analyse des variances et des indicateurs de processus et de résultats, il est aussi nécessaire de reconsidérer tous les six mois le contenu de l'itinéraire avec l'équipe. Lors de cette réunion multidisciplinaire, éventuellement avec les membres de l'équipe-clé qui ont coordonné les phases précédentes, on visera à déterminer si les interventions-clés de l'itinéraire sont toujours d'application. De nouvelles preuves scientifiques, des standards, de l'expertise clinique ou des changements organisationnels peuvent être des raisons de faire des ajustements. Au cours de cette concertation, le fonctionnement et la facilité d'utilisation doivent également être discutés. Au moins une fois par an, une mesure objective doit être organisée à partir des indicateurs de processus et de résultats. Aussi bien les résultats cliniques que les résultats de service, d'équipe, de processus et financier sont analysés. Si possible, par exemple au moyen d'un système électronique ou d'un exit poll dans lesquels un nombre limité de données sont enregistrées pour chaque patient, l'itinéraire peut ne pas être suivi de manière aléatoire mais bien de façon continue.

L'itinéraire est surveillé de façon continue selon les 7 phases de la méthodologie, si sont mises en œuvre, au minimum tous les six mois, une discussion du contenu et de l'utilisation, et au minimum une fois par an, une évaluation objective de l'organisation du processus de soins. Une surveillance continue informatisée est toutefois recommandée. Sur base des résultats, il est possible à tout moment de décider qu'il est nécessaire de revoir le contenu de l'itinéraire, de commencer un projet pour optimiser les résultats ou encore de (re-) définir des indicateurs pour le suivi.

## **Conclusions**

Le modèle en 7 phases a été développé pour soutenir les équipes multidisciplinaires dans le développement, l'implémentation, l'évaluation et le suivi continu de l'organisation de processus de soins. La révision du plan en 30 activités vers le modèle en 7 phases permet de mieux prendre en compte les nouveaux concepts des itinéraires de soins comme intervention complexe et de leur utilisation de plus en plus fréquente dans le cadre des soins transmuraux.

Le développement des itinéraires de soins sans la collaboration des médecins concernés est voué à l'échec. Non seulement leur expertise clinique, mais aussi leur prise de responsabilités et leur participation quotidienne à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi continu du processus de soins se sont révélées cruciales au cours des dix dernières années. Un collaborateur staff ou un membre de l'équipe qualité peut être affecté au soutien de l'équipe de sorte que le médecin et son équipe multidisciplinaire puissent se concentrer sur le contenu et que seulement un minimum de temps de réunion doive être réservé.

Les 7 phases sont opérationnalisées à travers l'utilisation de différents techniques et outils qualité. Dans cette élaboration, seul un nombre limité d'exemples de méthodes est donné ici et il appartient à l'organisation de déterminer si d'autres techniques et outils disponibles dans l'organisation peuvent être utilisés pour une ou plusieurs phases. Le modèle en 7 phases n'est pas un ordre permanent qui va de l'utilisation de la phase 1 à la phase 7. Chaque processus de soins, chaque équipe multidisciplinaire et chaque organisation sont uniques, de sorte que le calendrier et le contenu des différentes phases seront éventuellement ajustés. La logique du cycle de Deming à travers les 7 phases doit par contre être conservée.

Les itinéraires de soins sont définis comme une intervention complexe. Dans la méthodologie en 7 phases se retrouvent aussi les caractéristiques d'une intervention complexe où chaque phase en elle-même constitue un composant actif de l'intervention complète (voir figure 3).

Chacune des 7 phases a une contribution spécifique à la conception et au suivi d'un processus de soins aussi bien organisé que possible, mais c'est l'interaction entre les 7 phases qui apportera la plus forte valeur ajoutée. Dans chacune des 7 phases existe un certain nombre de pièges tels que des mesures excessives au cours de la phase de screening, des mesures et des analyses sans optimisation concomitante lors de la phase de diagnostic et d'objectivation ou lorsque, pendant la phase de développement, on tente d'optimiser chaque problème en détail avant d'inaugurer l'itinéraire et que cela démotive complètement l'équipe.

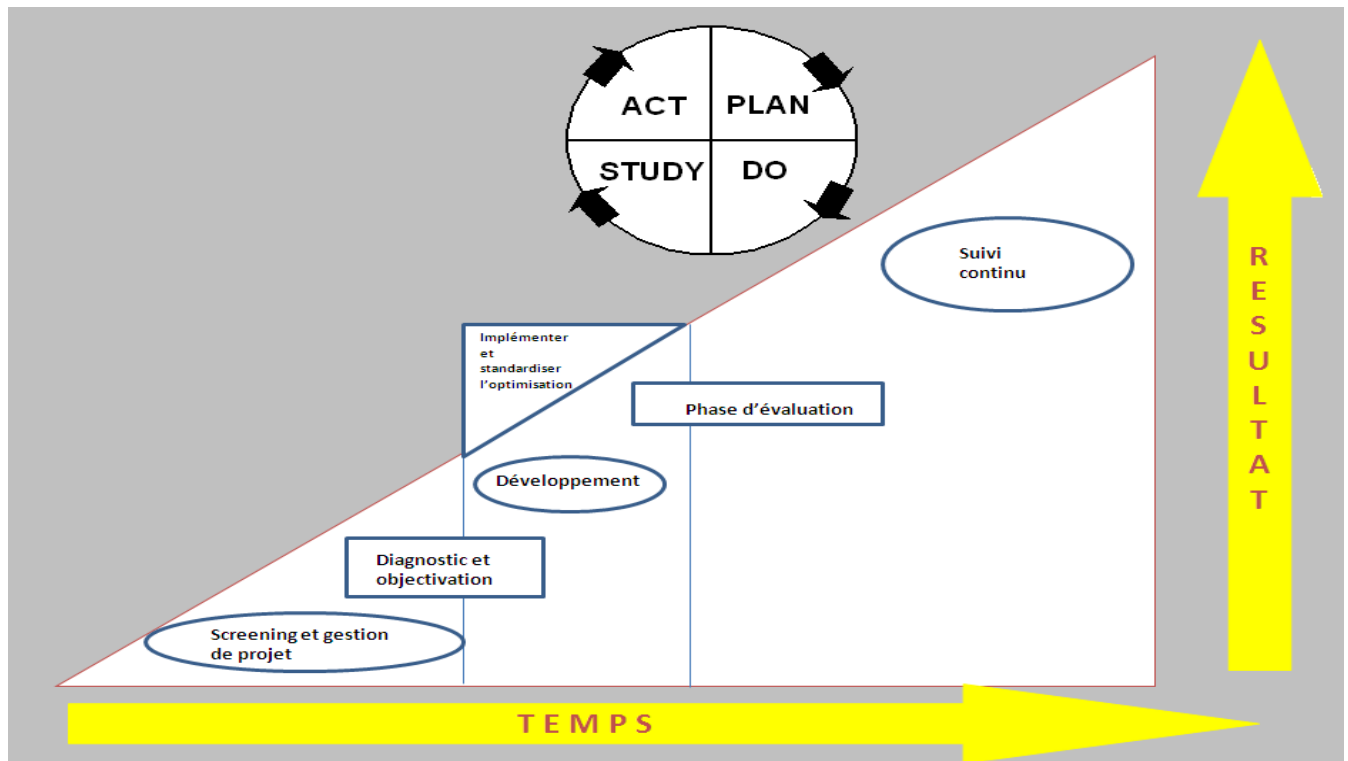


Fig. 3: Méthodologie en 7 phases comme intervention complexe

La méthodologie en 7 phases n'est pas une panacée et tous les itinéraires de soins qui sont développés selon cette méthode, ne seront pas, par définition un succès. La détermination d'un nombre limité d'objectifs réalisables est un facteur crucial dans l'approche proposée, qui offre à une équipe multidisciplinaire une opportunité de dépasser les frontières internes de l'organisation et ainsi l'aider dans la recherche d'un processus de soins sécurisé, efficace, centré sur le patient, bien temporalisé, équitable et continu. La collaboration et l'état d'esprit critique de l'équipe multidisciplinaire complète dirigée par le médecin responsable est la clé du succès.

## Remerciements

Nous voulons remercier tous les collaborateurs et les membres de la direction des différentes organisations du Réseau Itinéraires Clinique belge et hollandais pour leur contribution à la rédaction de cet article. Nous remercions en particulier les coordonnateurs itinéraires cliniques du groupe de travail « méthodologie » qui ont participé à la première version de ce nouveau modèle. Nous remercions aussi les personnes de contact de l'European Pathway Association pour leurs avis critiques.

Les auteurs ne mentionnent aucun conflit d'intérêt ou de soutien financier.

## Résumé

**Title: The 7 phase model to develop, implement, evaluate and continuously follow-up care pathways.**

Care pathways, also known as clinical pathways, are used worldwide to organize and follow-up patient focused care processes. Care pathways are nowadays defined as complex interventions. In the past years, more than 110 organizations in Belgium and The Netherlands performed more than 1200 pathway projects. These projects used the 30 step methodology of the Belgian Dutch Clinical Pathway Network, developed by the Center for Health Services and Nursing Research, Katholieke Universiteit Leuven between 1998 and 2002.

Based on the experience in the Network between 2002 and 2009 and based on national and international research in close collaboration with the European Pathway Association, the methodology was revised. The 30 step methodology was changed into a seven phase model to develop, implement, evaluate and continuously follow-up care pathways and is usable for in-hospital, primary care and cross boundary projects. The seven phases consist of a screening phase, a project management phase, a diagnose phase, a development phase, an implementation phase, an evaluation phase and a continuous follow-up phase.

Compliance to this methodology is no guarantee for success but could support the multidisciplinary teams who want to (re)organise safe, efficient, effective, patient centered, timely, equitable, continuous and integrated care processes. The collaboration and critical attitude of the whole multidisciplinary team under the lead of the medical doctor will be the keys to success.

## **Bibliographie**

1. Vanhaecht K, Sermeus W, Vleugels A, Peeters G. Ontwikkeling en gebruik van klinische paden (clinical pathways) in de gezondheidszorg. Tijdschrift voor Geneeskunde 2002;58(23):1542-51.
- (2) Sermeus W, Vanhaecht K, Vleugels A. The Belgian - Dutch Clinical Pathway Network. J INTEGR CARE PATHWAYS 2001;5(1):10-4.
- (3) Sermeus W, Vanhaecht K. Van klinische paden naar zorgpaden in Handboek Gezondheidseconomie. Mechelen: Kluwer; 2009. p. 123-60.
- (4) Vanhaecht K, Sermeus W, Peers J, Deneckere S, Lodewijckx C, Leigheb F, et al. The European Quality of Care Pathway (EQCP) Study: history, project management & approach. International Journal of Care Pathways 2010;14(2):52-6.
- (5) Vanhaecht K, De Witte K, Sermeus W. The impact of clinical pathways on the organisation of care processes. Leuven: ACCO; 2007.
- (6) Zander K. Integrated Care Pathways: eleven international trends. J INTEGR CARE PATHWAYS 2002;6:101-7.
- (7) Bower KA. Clinical pathways: 12 lessons learned over 25 years of experience. International Journal of Care Pathways 2009;13:78-81.
- (8) Vanhaecht K, Bollmann M, Bower K, Gallagher C, Gardini A, Guezo J, et al. Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries - an international survey by the European Pathway Association E-P-A.org. J INTEGR CARE PATHWAYS 2006;10:28-34.
- (9) Hindle D, Yazbeck AM. Clinical pathways in 17 European Union countries: a purposive survey. Aust Health Rev 2005 Feb;29(1):94-104.
- (10) De Bleser L, Depreitere R, Waele KD, Vanhaecht K, Vlayen J, Sermeus W. Defining pathways. J Nurs Manag 2006 Oct;14(7):553-63.
- (11) Panella M, Vanhaecht K, Sermeus W. Care Pathways: from clinical pathways to care innovation. International Journal of Care Pathways 2009;13:49-50.
- (12) Panella M, Vanhaecht K. Is there still need for confusion about pathways? International Journal of Care Pathways 2010;14:1-3.
- (13) Vanhaecht K, Panella M, Van Zelm RT, Sermeus W. An overview on the concept and history of care pathways as complex interventions. International Journal of Care Pathways 2010;14:117-23.
- (14) Panella M, Brambilla R, Marchisio S, Di Stanislao F. Reducing stroke in-hospital mortality: organized care is a complex intervention. Stroke 2008 Nov;39(11):e186.

*Ceci est une traduction libre par le Réseau Itinéraires Cliniques, à l'UCL de l'article publié dans : Tijdschr. voor Geneeskunde, 67, nr. 10, 2011 473-481 (doi: 10.2143/TVG.67.10.2000969).*

- (15) Panella M, Marchisio S, Demarchi ML, Manzoli L, Di Stanislao F. Reduced inhospital mortality for heart failure with clinical pathways: the results of a cluster randomised controlled trial. *Qual Saf Health Care* 2009 Oct;18(5):369-73.
- (16) Vanhaecht K, De Witte K, Sermeus W. The care process organisation triangle: a framework to better understand how clinical pathways work. *J INTEGR CARE PATHWAYS* 2007;11:1-8.
- (17) Medical Research Council. A framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health. Medical Research Council; 2000.
- (18) Berwick DM. The science of improvement. *JAMA* 2008 Mar 12;299(10):1182-4.
- (19) Hawe P, Shiell A, Riley T. Complex interventions: how "out of control" can a randomised controlled trial be? *BMJ* 2004 Jun 26;328(7455):1561-3.
- (20) Organised inpatient (stroke unit) care for stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;(4):CD000197.
- (21) Deming WE. *Out of the crisis*. Melborne: Syndicate of the University of Cambridge; 1982.
- (22) Anderson N.R., West M.A. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behavior* 1998;19:235-58.
- (23) Oosterhoorn AD. *111 instrumenten voor kwaliteitsverbetering*. Deventer: Kluwer; 2004.
- (24) Vanhaecht K, De Witte K, Depreitere R, Van Zelm RT, De Bleser L, Proost K, et al. Development and validation of a Care Process Self-Evaluation Tool (CPSET). *Health Services Management Research* 2007;20:189-202.
- (25) Vanhaecht K, Sermeus W. *The Leuven Clinical Pathway Compass*. *J. Integrated Care Pathways* 2003;7:2-7.
- (26) Vanhaecht K, Sermeus W, Van der Mussele H, Van de Waeter W, Zander K, Bower KA. *3 bordenmethode voor zorgpaden*. Intern document Netwerk Klinische Paden, Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, Katholieke Universiteit Leuven; 2006.
- (27) Wensing M, Elwyn G. Methods for incorporating patients' views in health care. *BMJ* 2003 Apr 19;326(7394):877-9.
- (28) Zander K, Bower KA. *Implementing strategies for managing care*. Center for case management. Boston, 2000.