

# Elaboration, mise en place, évaluation et suivi: 7 phases pour développer un processus de soins

Roxane Dierckx de Casterlé, Marlène Karam

Bruxelles, jeudi 19 avril 2012

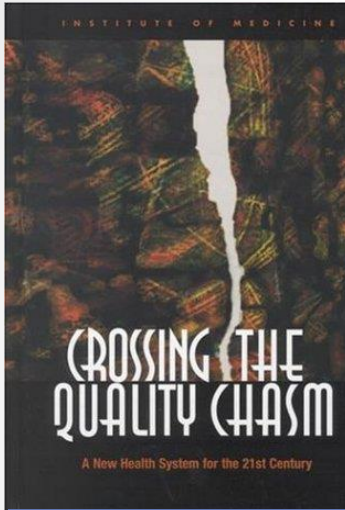
Workshop , SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et  
Environnement

# Contenu de la présentation

- **Introduction**
- Itinéraire de soins?
  - Définition
  - Concept – modèle – processus - produit
- Le modèle en 7 phases

# Introduction:

# Rapport de l'I.O.M: "to err is human"



## Chapter 4: Taking the First Steps (p.98)

### Organize and Coordinate Care Around Patient Needs

The primary purpose of identifying priority conditions is to facilitate the organization of care around the patient's perspective and needs rather than, as in the current system, around types of professionals and organizations.

### Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century

Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine

364 pages, 2001

## How Physicians can change the future of health care.

Porter, M.E. & Olmsted Teisberg E. in JAMA, 2007, 297, 10, 1103-1111.

- (1) The goal is value for patients,
- (2) Medical practice should be organized around medical conditions and care cycles,
- (3) Results—risk-adjusted outcomes and costs—must be measured.

### How Physicians Can Change the Future of Health Care

Michael E. Porter, PhD, MBA  
Elizabeth Olmsted Teisberg, PhD,  
MBA, MS

**T**HE HEALTH CARE POLICY DEBATE is stuck in a place that undermines physicians and the nation's health. Although reform proposals differ, they have this in common: each examines today's system and asks what incremental change, imposed from the outside, can effectively raise in costs that are both high and increasing. That approach will fail because it starts with a flawed premise. The purpose of the health care system is not to minimize costs but to deliver value to patients, that is, better health per dollar spent.

We offer a different approach. If one were to design a system focused on value and on rewarding innovation that advances medicine, what would that system look like? The next question would be, how can the system migrate from one that clearly is not working to one that is value based? This approach sounds simple and impractical to some critics. Experience with the restructuring of industries across the economy gives a different perspective. This is precisely the way industries are actually transformed. Furthermore, some leading physicians are already demonstrating the tools they and their patients can benefit as they restructure their own practices and organizations to improve value.<sup>1,2,3,4</sup>

More leadership from physicians is needed, and now. The only real solutions to the national health care problem are to dramatically increase the value of the care delivered for all the money being spent. That will never be achieved from the outside, by tinkering with payment schemes and incentives. Increasing the value of care is something that can be done only by physicians. If physicians in significant numbers are willing to tackle this challenge, it is not too late to tip the balance in favor of reform that is medically sound and physician led.

Today's preoccupation with cost shifting and cost reduction undermines physicians and patients. Instead, health care reform must focus on improving health and health care value for patients. We propose a strategy for reform that is market based but physician led. Physician leadership is essential. Improving the value of health care is something only medical teams can do. The right kind of competition—competition to improve results—will drive dramatic improvement. With such positive-sum competition, patients will receive better care, physicians will be rewarded for excellence, and costs will be contained. Physicians can lead this change and return the practice of medicine to its appropriate focus: enabling health and effective care. Three principles should guide this change: (1) the goal is value for patients, (2) medical practice should be organized around medical conditions and care cycles, and (3) results—risk-adjusted outcomes and costs—must be measured. Following these principles, professional satisfaction will increase and current pressures on physicians will decrease. If physicians fail to lead these changes, they will inevitably face ever-increasing administrative control of medicine. Improving health and health care value for patients is the only real solution. Value-based competition on results provides a path for reform that recognizes the role of health professionals at the heart of the system.

JAMA. 2007;297:1103-1111

www.jama.com

It is to dramatically increase the value of the care delivered for all the money being spent. That will never be achieved from the outside, by tinkering with payment schemes and incentives. Increasing the value of care is something that can be done only by physicians. If physicians in significant numbers are willing to tackle this challenge, it is not too late to tip the balance in favor of reform that is medically sound and physician led.

#### When Competition is Dysfunctional

To create a high-value health care system, competition is needed. Lessons from all other fields, such as telecommunications services, computer, busi-

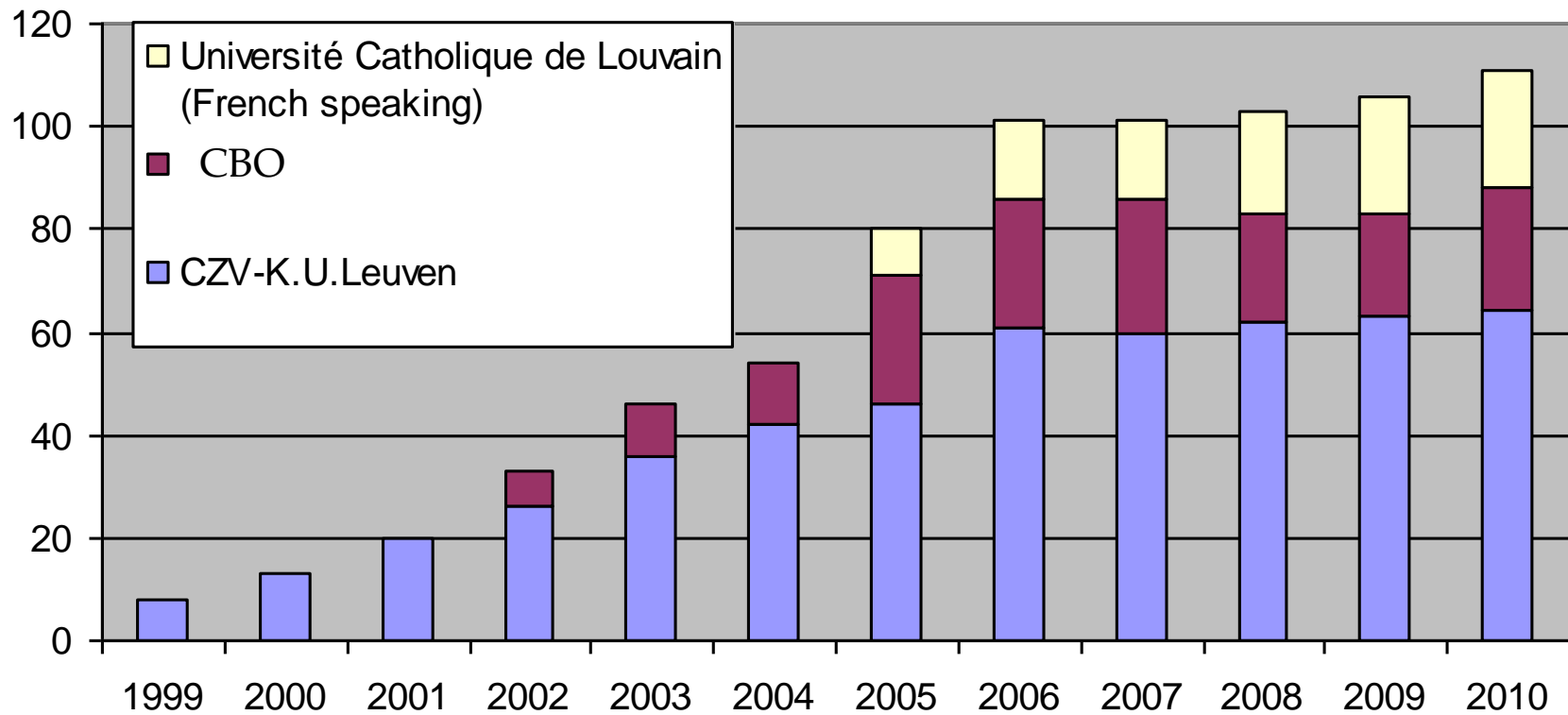
ness, and retail, show that competition stimulates innovation and drives value. Yet many physicians are rightly suspicious of competition and market-based solutions because they have experienced a kind of competition that does more harm than good. The problem in health care is not too much competition but that competition per se is inappropriate. The problem is that the health sector has the wrong kind of competition. Competition is dysfunctional when particu-

lar. After all, it is not just about quality. Competing on cost is not the only way to improve. Quality of care, patient safety, and patient satisfaction are also important. Lessons from all other fields, such as telecommunications services, computer, busi-

# Le rôle des Itinéraires de soins

# Introduction

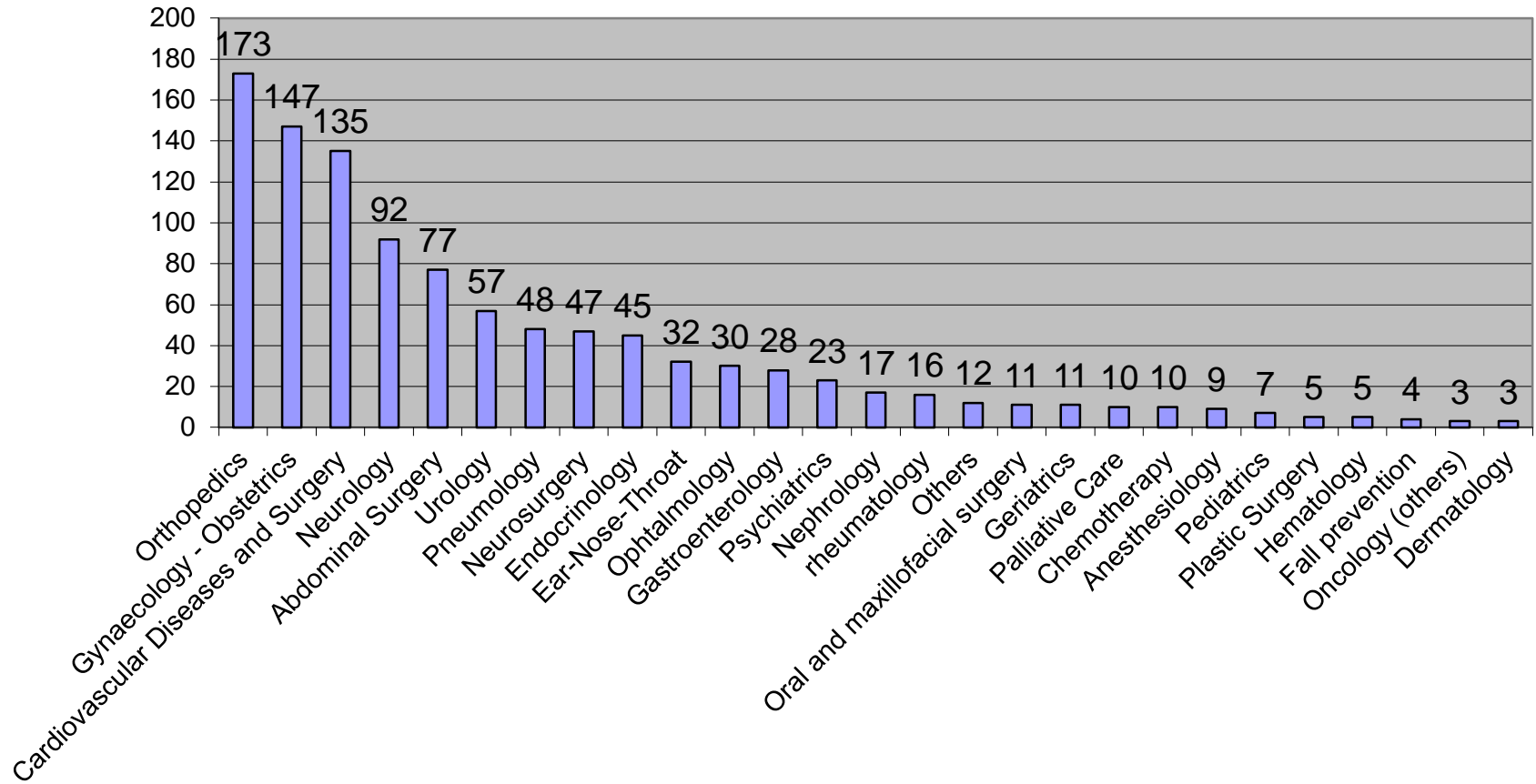
Evolution du nombre d'institutions affiliées à travers le temps



Source: Tweedaagse opleiding Zorgpaden NKP, i.s.m. European Pathway Association, 26 & 27 oktober 2011.

# Introduction

| Nombre d'IC par discipline médicale (n=1057)



# Contenu de la présentation

- Introduction
- **Itinéraire de soins?**
  - Définition
  - Concept – modèle – processus - produit
- Le modèle en 7 phases

# Définition

Un itinéraire de soins est une **intervention complexe** destinée à réaliser une **prise de décision collective et à organiser un processus de soins** pour un **groupe de patients bien défini** durant une **période de temps bien définie**.

Les caractéristiques définissant un itinéraire de soins sont :

1. Un état spécifique des **buts et des éléments-clés** des soins basés sur l'évidence, la meilleure pratique et les **attentes des patients** et de leurs caractéristiques,
2. Une **communication facilitée entre les membres de l'équipe** et avec **les patients et leur entourage**,
3. La coordination du processus de soins par la **coordination des rôles** et la **séquence des activités** de l'équipe de soins multidisciplinaire, des patients et de leur entourage,
4. Les **documents, le suivi et l'évaluation des écarts et des résultats** et,
5. L'identification des **ressources appropriées**.

# Définition

- Le **but** d'un itinéraire de soins est **d'augmenter la qualité des soins** à travers les frontières de l'organisation en **améliorant les résultats des patients**, en tenant compte de leurs risques, en **promouvant leur sécurité**, en augmentant leur **satisfaction** et en optimisant **l'utilisation des ressources**.

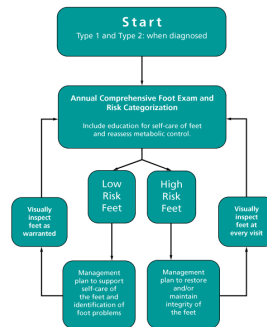
# Itinéraires de soins comme intervention complexe

They are health service interventions that are not acting as single drugs or surgical procedures but have many potential “active ingredients”. A complex intervention combines different components into a whole that is more than the sum of its parts.

Campbell, BMJ 2000, Oakley, BMJ 2006, Campbell, BMJ 2007

Lower complexity

Higher complexity



# Itinéraires de soins & amélioration continue de la qualité (1)

Soin justifié = 2 mondes réconciliés

## Management

### ORGANISATION & PROJET

Optimal

Sous-Optimal

EBM  
CONTENU  
Optimal  
Sous-Optimal

Contenu Optimal  
Organisation optimale

Contenu Optimal  
Organisation  
sous-optimale

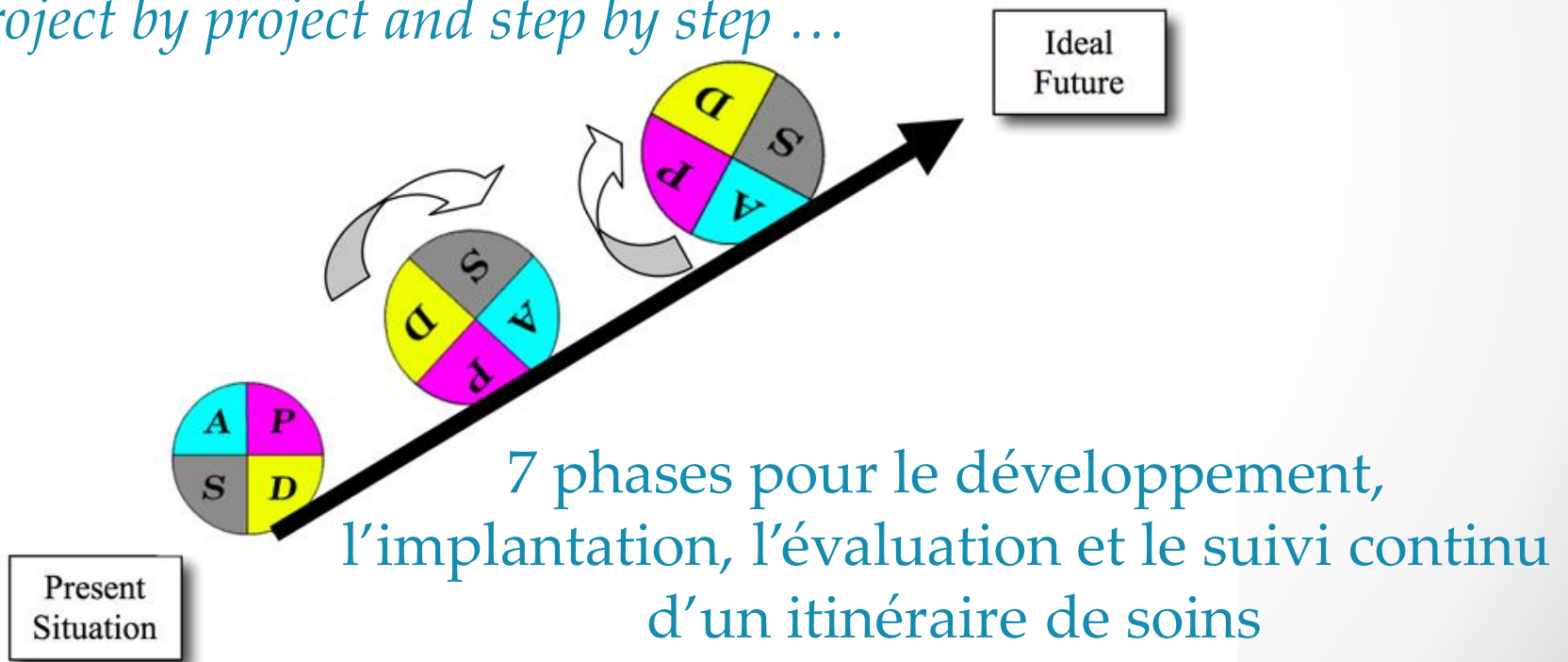
Contenu Sous-Optimal  
Organisation Optimale

Contenu Sous-Optimal  
Organisation  
Sous-Optimale

# Itinéraire de soins & amélioration continue de la qualité

*Deming & Juran:*

*Every improvement is done  
project by project and step by step ...*



# Produit itinéraire de soins...

Area responsible for care—may be used for tracking outcomes & patient satisfaction

Patient: DRG#: Date Admit: Date Path Begun:

Diagnosis: Targeted LOS

Expected LOS: Actual LOS:

Date: Date: Date: Date: Date: Date: Date: Date:

Care Element	Day 1	Day 2	Day 3	Day 4	Day 5	Day 6	Day 7	Day 8	Discharge Outcomes				
Care Unit	Optimal timing & sequence of care								Includes anticipated functional status				
Consults													
Test/Labs	<table border="1"> <tr> <td>m</td> <td>u</td> </tr> <tr> <td>m</td> <td>u</td> </tr> </table> Optional checklist m=met, u=unmet		m	u	m	u							
m	u												
m	u												
Treatments	Nursing responsibility												
Medications	Nursing responsibility												
Assessments	Nursing responsibility												
Symptom/Pain Control	Nursing responsibility												
Activity/Safety	Nursing responsibility												
Teaching	Nursing responsibility												
Nutrition	Nursing responsibility												
Discharge Planning	Nursing responsibility												
Intermediate Patient Outcomes	Nursing responsibility												
Variance Code/Comments—See Back of Pathway	Nursing responsibility												

Physician responsibility

Trending & Variance Summaries

"Milestones"

# 4 niveaux de production d'itinéraires de soins

**Niveau International / National / Régional  
(pas d'organisation spécifique)**

**Itinéraire de soins  
standard**  
(prospectif)



**Niveau Local  
(organisation spécifique)**

**Itinéraire de soins  
opérationnel**  
(prospectif)



**Niveau Patient Individuel  
(spécifique de l'organisation  
& du patient)**

**Itinéraire de soins  
ciblé**  
(prospectif)



**Itinéraire de soins  
continu/global**  
(rétrospectif)



V  
E  
R  
S  
I  
O  
N  
  
P  
A  
T  
I  
E  
N  
T



**Traduction  
dans le  
langage du  
patient**

# Contenu de la présentation

- Introduction
- Itinéraire de soins?
  - Définition
  - Concept – modèle – processus - produit
- **Le modèle en 7 phases**

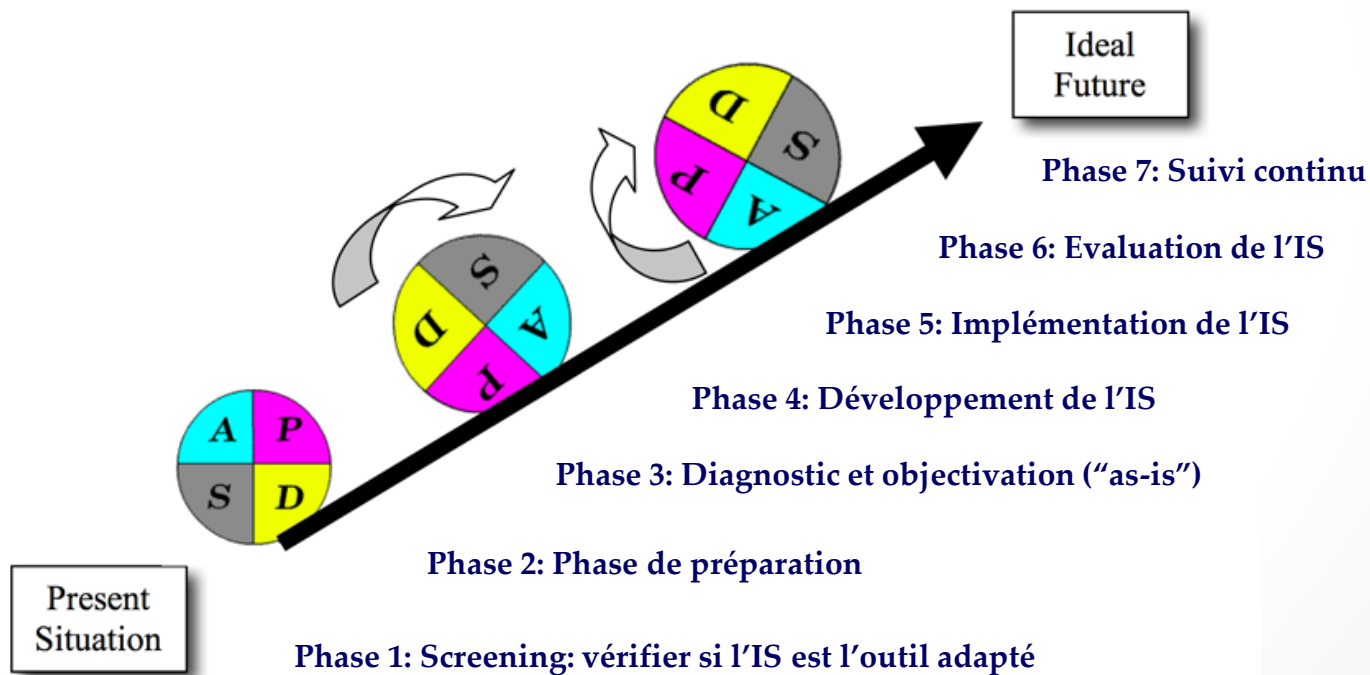
# La méthode en 7 phases

Cette méthode a été établie afin d'aider le coordinateur qui doit accompagner une équipe multidisciplinaire pour optimiser l'organisation d'un processus de soins, de la soutenir étape/phase par étape/phase.



**Attention: les 7 phases ne sont pas un ordre permanent**

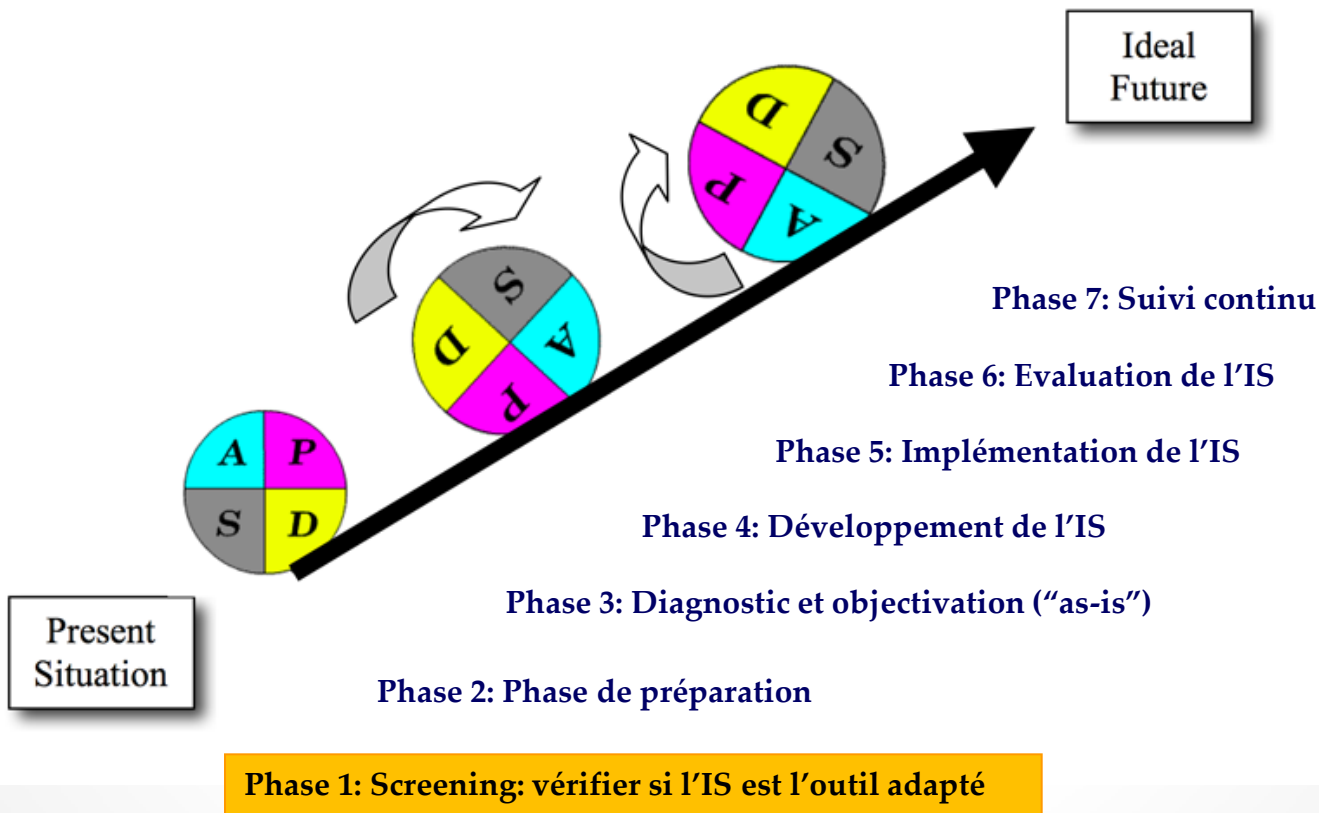
# Phases de développement



# Par phase

- **Démarrage**
  - Les projets peuvent être mieux structurés et mieux suivis
- **Objectifs**
  - Tout le monde sait exactement ce qui doit être réalisé
- **Méthodologie**
  - Approche multi-méthodologique / brève description
- **Appréciation**
  - Pour bien terminer la phase de projet

# Phases de développement



# Phase 1: phase de screening

- **Démarrage:** Il y a une demande d'IS ou un besoin de remaniement d'un processus de soins se fait ressentir
- **Objectifs:**
  - L'IS est-il la bonne méthode pour répondre à la question posée?
    - L'expérience au sein du NKP montre que les IS ne sont pas la solution à tous les problèmes
    - Passe par une (ré-)organisation des soins !
      - Problèmes de communication
      - Problèmes de coordination
      - Transparence – standardisation
      - Suivi des bons soins (efficacité, patient au centre, sécurité, efficience, au bon moment, équitable)
  - Examiner les possibilités/potentialités au niveau du projet
    - Equipe / Individu / Management

# Phase 1: phase de screening

- **Méthodologie:**

- Origine de la demande:
  - D'une demande informelle → un projet formel
  - Les demandes proviennent d'un individu / d'une équipe / d'un groupe de pilotage / de la direction ?
- Avec quel **type d'équipe** devez-vous travailler ? – identifier les moyens – innovations – volonté de changement
  - Établir un mapping des “dépositaires”: qui dans l'équipe est pour – contre – neutre?
  - Sensibilités – conflit interne à une équipe (climat de l'équipe - engagement)
    - Analyse de l'équipe
    - Analyse du management

# Phase 1: phase de screening

- Méthodologie:

- Examiner immédiatement les informations nécessaires pour le processus de soins actuel

- Résultats selon la boussole IC (Vanhaecht & Sermeus, 2003)

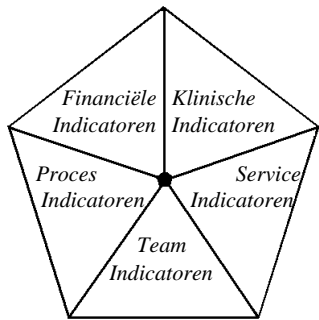
- Clinique : Indicateurs de performance (ex.Navigator) – Feedback du SPF – Safety
- Service : attentes des patients (ex.Delta) – lettres de plaintes
- Equipe : OAEPS – mesures d'équipe – interviews de fonctionnement
- Processus : base de données opérationnelle – Nombre / Volume
- Financier : RFM

Audit / Agrément / Visite

- Rassembler les nouvelles informations (sorte de quick scan) si aucune ou trop peu d'informations sont disponibles :

- OAEPS : vision d'équipe (voir plus loin)
- Brainstorming (ex. méthode de métaplan) & méthode des 3 tableaux en équipe (objectifs – (activités pour atteindre les objectifs) – points de discussion)
- Données provenant des bases de données administratives (pas de mesure prospective)
- Quelle structure d'organisation & quel contexte (section spécifique, dans tous les services, dans 1, dans plusieurs,...) ?

- 2 semaines maximum (informations disponibles seulement, pour vérifier)



# Outil d'AutoEvaluation du Processus de Soins (OAEPS) *(1 page A4, 29 questions, 10 minutes)*

Hôpital: équipe gériatrique X (Janvier 2010)

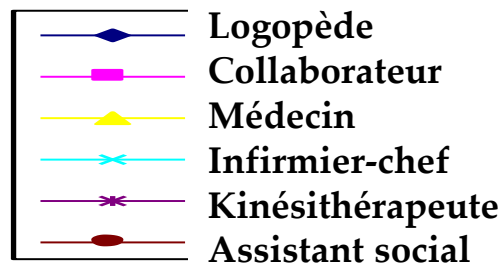
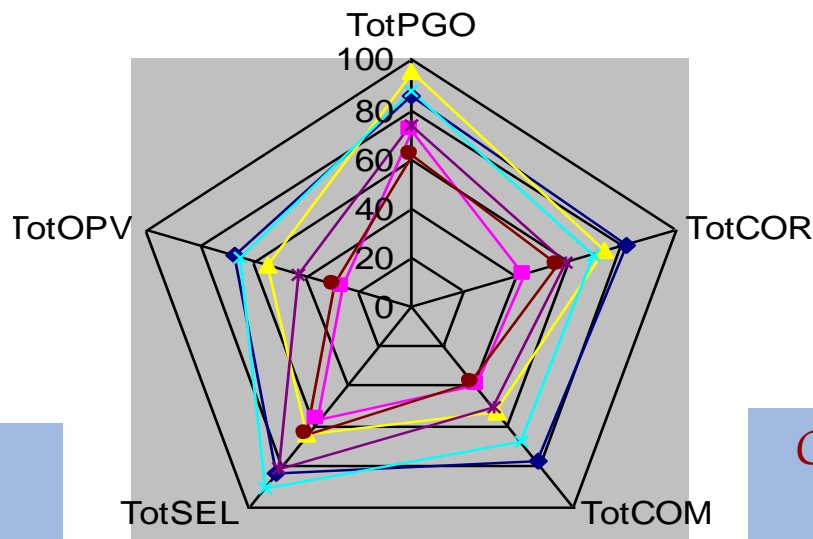
## *Organisation orientée patient*

*Suivi du processus de soins*

*Coordination du processus de soins*

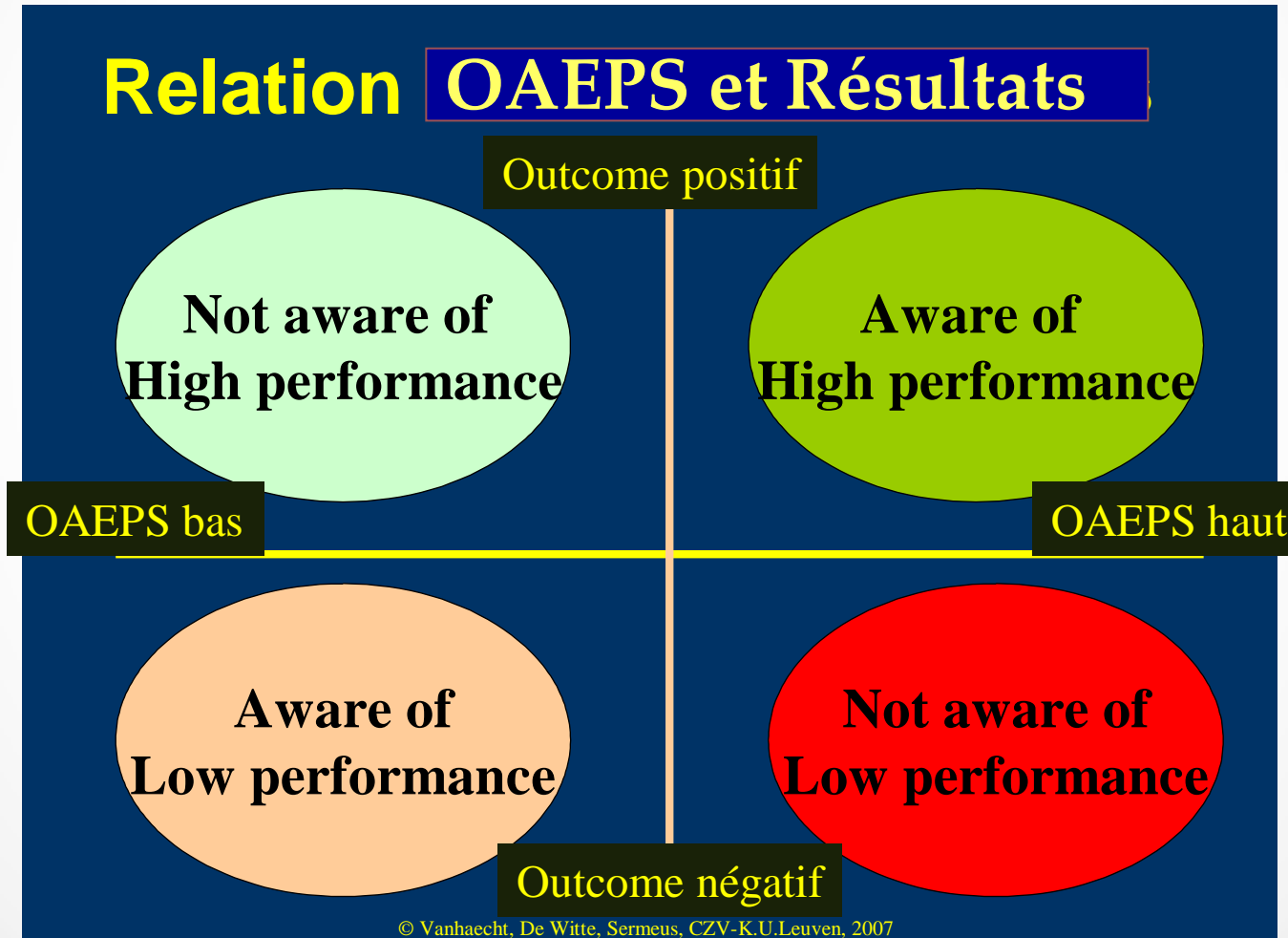
*Collaboration avec les premières lignes*

*Communication avec le patient et la famille*



# Phase 1: phase de screening

- Méthodologie:



# Phase 1: phase de screening

- **Appréciation:**

- Avez-vous les informations et pouvez-vous les étayer auprès des commanditaires :

- Les IS sont-ils la **bonne méthode** pour résoudre le problème?

- Y a-t-il eu une **décision de démarrer** le projet?

- Par qui?

- **Soutien / Engagement**

- Besoins

- L'équipe a-t-elle besoin/est-elle en demande d'un tel projet?

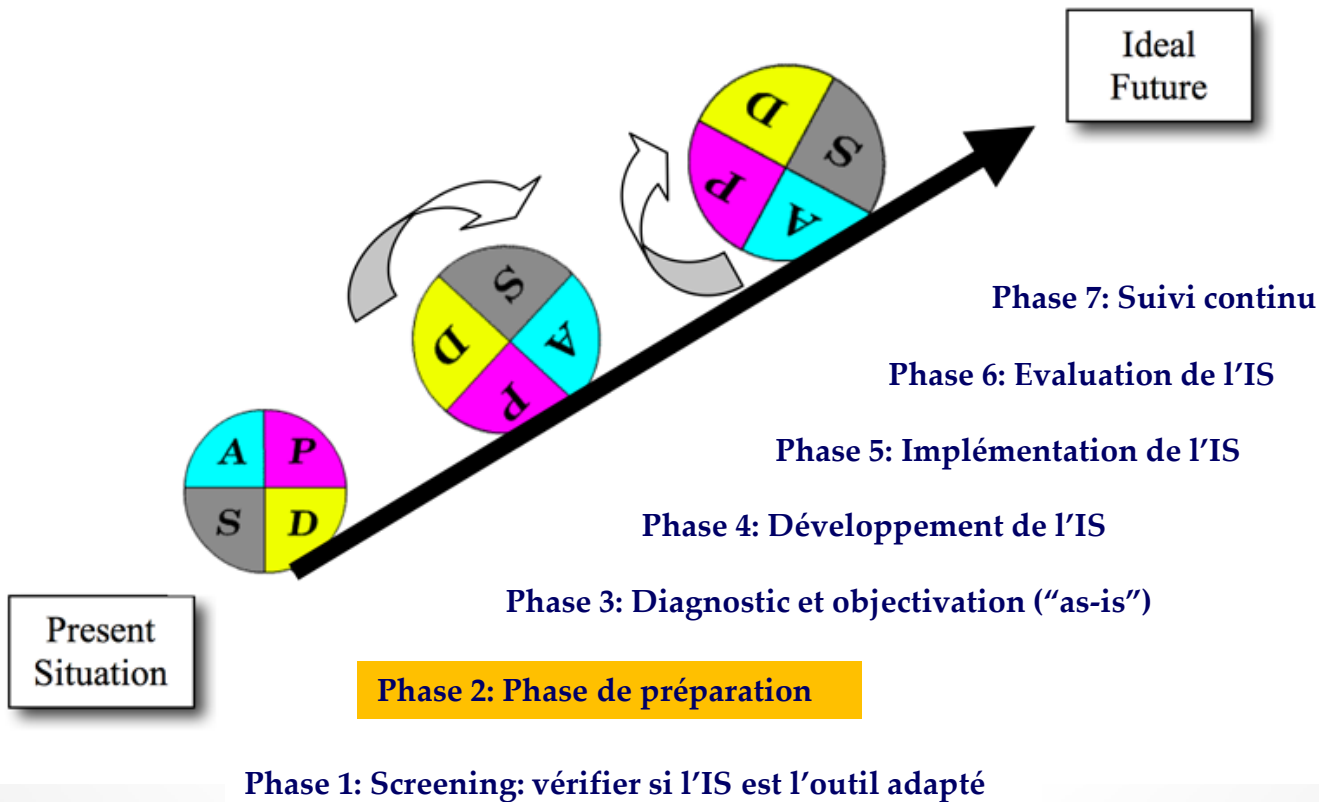
- Le management a-t-il besoin/est-il en demande d'un tel projet?

- Qui a été engagé pour réaliser/coopérer à ce projet ?

- Les **outcomes** (indicateurs de performance) sont-ils disponibles?

- Quelles informations vous donnent-ils?

# Phases de développement



# Phase 2: Phase de préparation

- **Démarrage:** la phase démarre quand il y a eu décision de commencer le projet
- **Objectifs:**
  - Délimiter l'IS
  - Composer l'équipe principale et les groupes de travail
  - Répartir et s'accorder sur les tâches à accomplir
  - Planification de l'approche du projet

# Phase 2: Phase de préparation

- **Méthodologie**

- **Délimitation** de la population
  - Quelle pathologie (délimitation plus spécifique) ?
  - Le cadre temporel doit être délimité (médecin généraliste - hospitalisation - sortie - médecin généraliste).
- **L'équipe-clé** est constituée : = « auteurs » de l'IC
  - Représentant(s) de chaque discipline qui doit être en contact étroit avec le groupe de patients (dans le cadre temporel)
  - Coordinateur IC - collaborateur
  - (Management)
- Le **groupe de travail** doit être constitué : information régulière et appel à la demande
  - Équipe-clé +
  - Représentants de différents professionnels de la santé
  - Service de support (laboratoire, radiologie, pharmacie, nutrition, ...)
  - Management + Coordinateur qualité (informations niveau capacités, financement, stratégie,...)
  - Coordination éducation du patient
  - Autres lignes
- **Patients**, autant que possible

# Phase 2: Phase de préparation

- **Méthodologie**

- Informer l'équipe-clé / groupe de travail:
  - Voir les présentations et publications de base sur l'intranet
  - L'IS est une méthode qui demande la contribution de l'équipe (cliniciens & management)
  - Les parties prenantes du projet doivent recevoir une **information claire sur les avantages et les risques des IS.**
    - Pas d'objectifs propres
    - Pas une solution pour toutes les frustrations
  - L'équipe-clé est informée sur la **méthodologie**
    - Information de base et pas surchargée de mots techniques et jargon
  - Toute l'équipe est informée du projet + **attentes** + **timing** + comment ils seront tenus au courant (mail, newsletter, réunion d'informations,...)

# C'est plus que du rassemblement social...

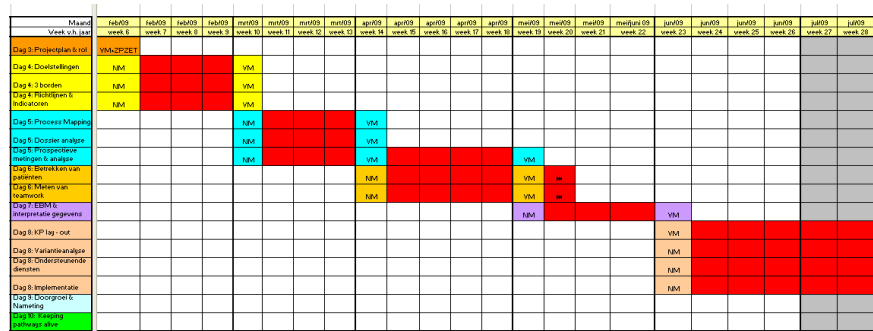


# Phase 2: Phase de préparation

- **Méthodologie:**

- Gestion de projet

- Distinction claire des rôles et responsabilités des superviseurs
      - Gestion des attentes
    - Responsable de l'équipe-clé / groupe de travail → "équipe leader"
      - Médecin (?) + responsable opérationnel
  - Charte du projet / Contrat
  - Gantt Chart pour le projet (time-task matrix)



- Accords sur les rapports de réunions,...
  - Description de fonction du gestionnaire du processus
    - Qui va le suivre / l'appuyer ?
    - Infirmière-chef / médecin / coordinateur qualité / staff / ...

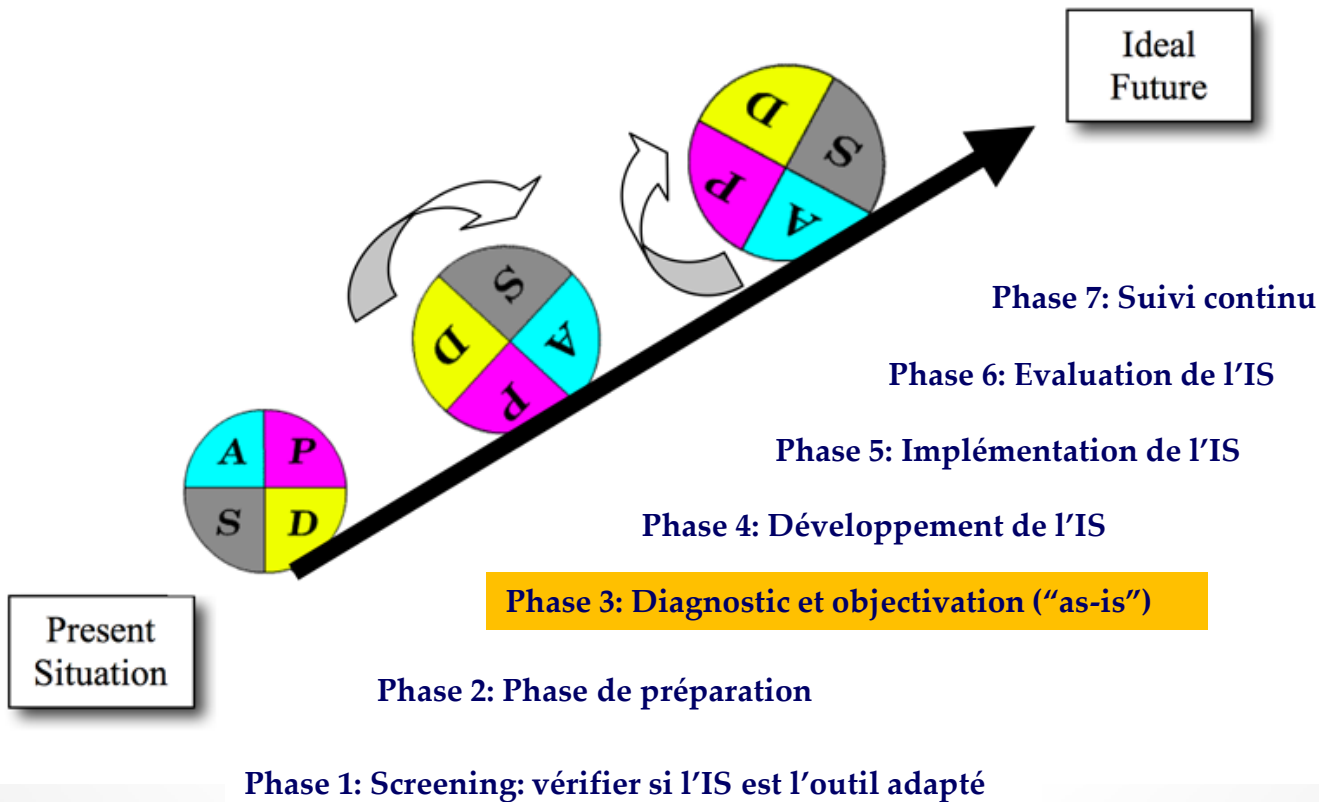
# Phase 2: Phase de préparation

- **Appréciation:**

- La population et le cadre temporel sont définis
- Toutes les personnes impliquées sont au courant du projet
  - Pourquoi
  - Approche du projet
  - Déroulement
- Toutes les personnes de l'équipe-clé (+ groupe de travail) sont au courant du rôle à jouer dans le projet
  - Responsabilité
  - Répartition des tâches
  - Attentes

**→ S'accorder sur les flux de communication**

# Phases de développement



# Phase 3: Diagnostic & objectivation

- **Démarrage:** le processus de soins pour lequel un IS sera développé est clairement identifié, l'équipe est au courant et le projet est préparé.
- **Objectifs:**
  - L'organisation actuelle d'un processus de soins se concentre sur 4 éléments différents:

ORGANISATION  
PROPRE  
&  
EQUIPE

VISION DU PATIENT  
&  
FAMILLE

PREUVES SCIENTIFIQUES  
DISPONIBLES  
&  
LEGISLATION

PARTENAIRES  
DANS LES  
AUTRES LIGNES



# Phase 3: Diagnostic & objectivation

- **Méthodologie (4 grands points d'attention):**
  - Propre organisation & équipe:
    - Objectifs du processus de soins sont déterminés sur base de : (peut-être déjà connus):
      - OAEPS : 5 caractéristiques pour un processus de soins bien organisé
      - Les 5 domaines de la boussole
      - La méthode des 3 tableaux
        - Planifier les activités pour atteindre les buts (= interventions-clés & critères de transfert) et questions liées au travail / ambiguïtés à lister
      - Critères de sortie / de transfert à déterminer
    - Analyse des points clés sur base de différents outils (dia 36)
    - Calculer les ressources nécessaires pour atteindre les objectifs

ORGANISATION  
PROPRE  
&  
EQUIPE

VISION DU PATIENT  
&  
FAMILLE

EVIDENCE  
DISPONIBLE  
&  
LEGISLATION

PARTENAIRES  
DANS LES  
AUTRES LIGNES

# Phase 3: Diagnostic & objectivation

- **Méthodologie (4 grands points d'attention):**
  - Propre organisation & équipe:
    - Analyse des points clés à l'aide de différents outils = **pré-mesure**
      - Analyse de dossiers (20 dossiers)
      - Process mapping / Logigramme / CQQCOQP
      - Interviews – Focus group – Attentes des membres de l'équipe
      - Walkthrough
      - Liste de questions sur la coordination
      - Analyse de documents : procédures, formulaires, forme des dossiers
      - Time Task matrix
      - Analyse des risques prospective
      - Diagramme d'Ishikawa
      - ...



➔ **Boîte à outils d'aide à la phase de diagnostic et d'objectivation**

# Phase 3: Diagnostic & objectivation

- Méthodologie (4 grands points d'attention):

- Patient & Famille

- Interviews – Focus group – Attentes des patients et de la famille – Walkthrough

- Impliquer les associations de patients

- <http://www.luss.be/const.php?p=accueil>

- [http://www.educationdupatient.be/cep/pages/quisomno.us/domaines\\_activite/ciesp.htm](http://www.educationdupatient.be/cep/pages/quisomno.us/domaines_activite/ciesp.htm)

ORGANISATION  
PROPRE  
&  
EQUIPE

VISION DU PATIENT  
&  
FAMILLE

EVIDENCE  
DISPONIBLE  
&  
LEGISLATION

PARTENAIRES  
DANS LES  
AUTRES LIGNES

**S**peak up if you have questions or concerns.

**P**ay attention to the care you get..

**E**ducate yourself about your illness.

**A**sk a trusted family member or friend to be your advocate.

**K**now what medicines you take and why you take them.

**U**se a health care provider that rigorously evaluates himself against safety standards.

**P**articipate in all decisions about your treatment.

# Phase 3: Diagnostic & objectivation

---

*Improving the quality of health care*

Methods for incorporating patients' views in health care

Michel Wensing, Glyn Elwyn

BMJ, 2003, 236, 877-879

## **Definitions of preferences, evaluations, and reports**

*Preferences* are ideas about what should occur in healthcare systems.<sup>2</sup> Preference is often used to refer to individual patients' views about their clinical treatment, and the term priorities is used to describe the preferences of a population<sup>3</sup>

*Evaluations* are patients reactions to their experience of health care—for example, whether the process or outcome of their care was good or bad<sup>4</sup>

*Reports* represent objective observations of organisation or process of care by patients, regardless of their preferences or evaluations.<sup>5</sup> Patients can, for instance, register how long they had to wait in the waiting room, irrespective of whether this was too long

# Phase 3: Diagnostic & objectivation

- Méthodologie (4 grands points d'attention):

- Preuves scientifiques disponibles & législations en COURS

- Lignes directrices

- [www.guideline.gov](http://www.guideline.gov)
- [www.kce.fgov.be](http://www.kce.fgov.be)

Set d'interventions-clés evidence based (Evidence Questionnaire)

- [www.cebam.be](http://www.cebam.be)
- [www.cochrane.be](http://www.cochrane.be)
- [www.ncbi.nlm.nih.gov](http://www.ncbi.nlm.nih.gov)
- [www.mapofmedicine.com](http://www.mapofmedicine.com)
- [www.zynx.com](http://www.zynx.com)
- <http://group.bmj.com/products/evidence-centre>

- Benchmarking d'indicateurs de performance

- [www.navigator.czv.be/index.php?module=doc&name=intro&type=1&lang\\_change=1&lang\\_set=fr\\_US](http://www.navigator.czv.be/index.php?module=doc&name=intro&type=1&lang_change=1&lang_set=fr_US)
- [www.jointcommission.org](http://www.jointcommission.org)
- [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)

- Standards (lois) → les contacts au sein de l'institution sont importants (radiologie, direction médicale, DRH,...)

- Trajet de soins / programme de soins
- [www.inami.be/homefr.htm](http://www.inami.be/homefr.htm)
- [www.health.fgov.be](http://www.health.fgov.be)
- <http://socialsante.mrw.wallonie.be/pages/accueil.php>
- Moniteur belge ([www.ejustice.just.fgov.be/cgi/welcome.pl](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/welcome.pl))

ORGANISATION  
PROPRE  
&  
EQUIPE

VISION DU PATIENT  
&  
FAMILLE

EVIDENCE  
DISPONIBLE  
&  
LEGISLATION

PARTENAIRES  
DANS LES  
AUTRES LIGNES

# Phase 3: Diagnostic & objectivation

- Méthodologie (4 grands points d'attention):
  - Analyse de la collaboration / attentes des autres lignes
    - Première ligne – deuxième ligne – troisième ligne
    - Liste de questions concernant la coordination et la collaboration
    - Interview avec ... ( médecin généraliste, infirmière à domicile, médecin hospitalier, coordinateur qualité, promoteur de trajets de soins,...)

ORGANISATION  
PROPRE  
&  
EQUIPE

VISION DU PATIENT  
&  
FAMILLE

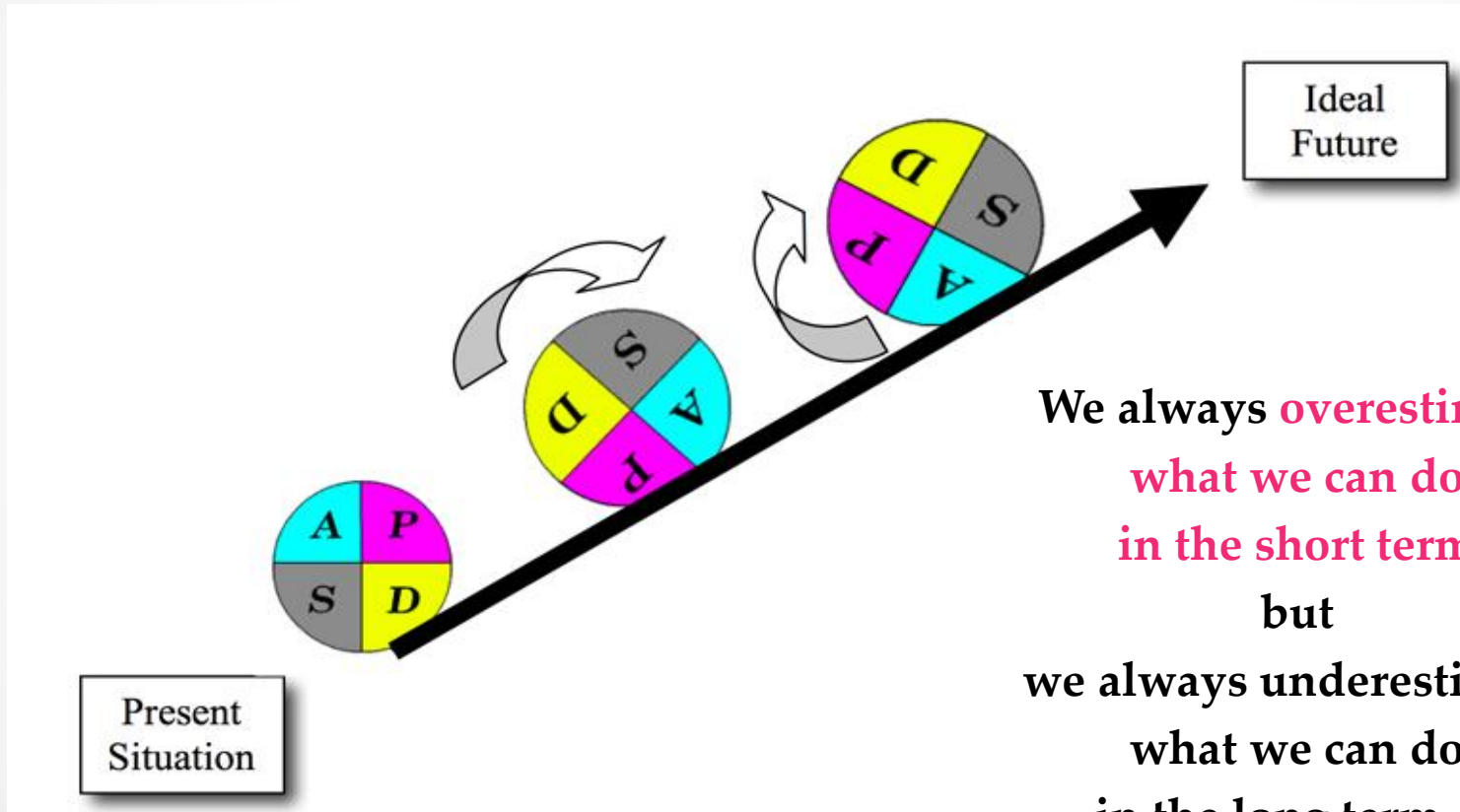
EVIDENCE  
DISPONIBLE  
&  
LEGISLATION

PARTENAIRES  
DANS LES  
AUTRES LIGNES



# Phase 3: Diagnostic & objectivation

- PIÈGE du diagnostic & de l'objectivation: **TOUT DOIT ÊTRE FAIT**



*Bill Gates*

# Phase 3: Diagnostic & objectivation

- **Appréciation:**

- Voir si l'information est disponible sur les 4 éléments cités ci-dessous:

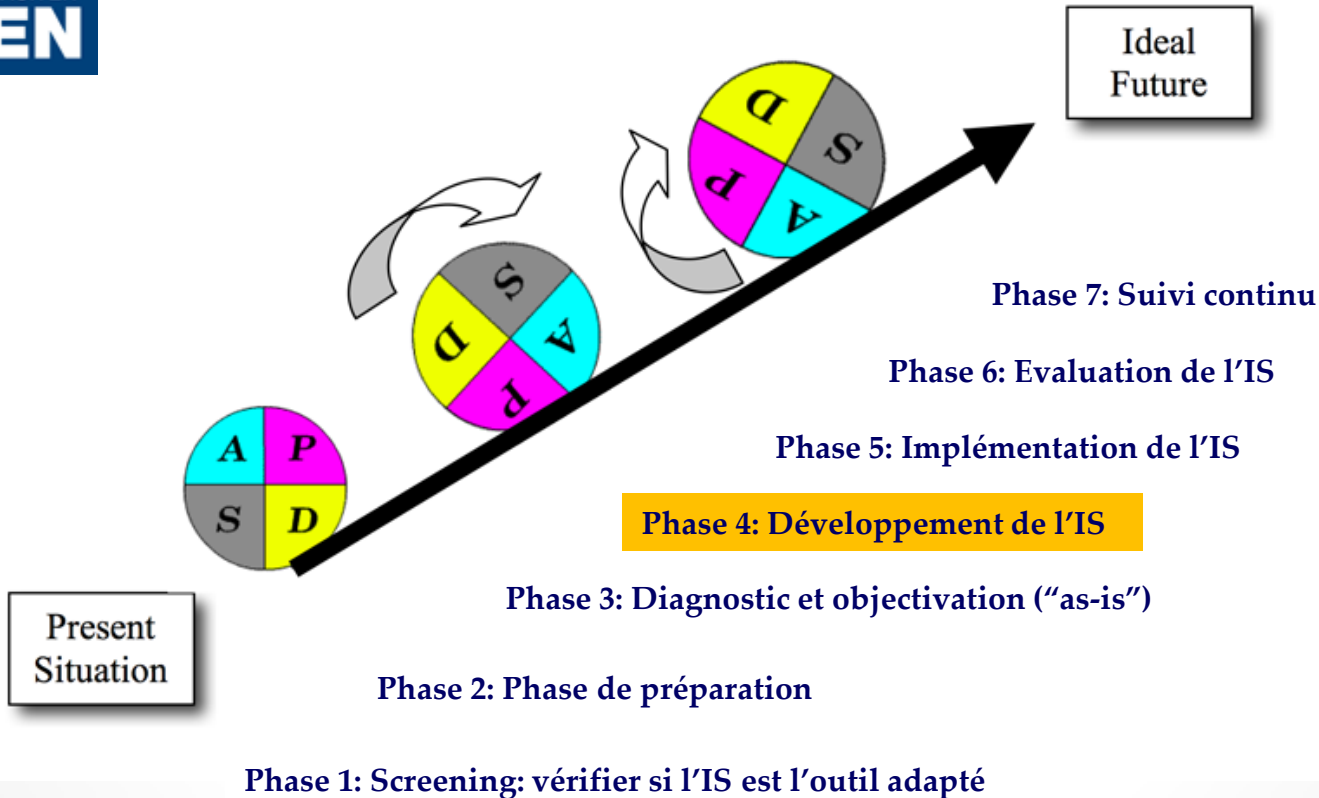
**ORGANISATION  
PROPRE  
&  
EQUIPE**

**VISION DU PATIENT  
&  
FAMILLE**

**PREUVES SCIENTIFIQUES  
DISPONIBLES  
&  
LEGISLATION**

**PARTENAIRES  
DANS LES  
AUTRES LIGNES**

# Phases de développement



# Phase 4: phase de développement

- **Démarrage** : Toutes les données essentielles sur la situation actuelle sont disponibles.
- **Objectifs** :
  - Proposition de développer un IS sur base :
    - Des objectifs de la phase de screening et de la phase de diagnostic & d'objectivation
    - De l'information disponible provenant de la phase de diagnostic & d'objectivation
  - Opérationnalisation du dossier (électronique)
    - Opérationnalisation de l'IS (& Version patients)
- **Conditions** :
  - Moyens et ressources mis à disposition pour élaborer et opérationnaliser un IS



# Phase 4: phase de développement

- **Méthodologie:**

- Groupe de patients & cadre temporel à reconsidérer
- Délimiter l'opérationnalisation
  - Tenir compte des données de la phase de diagnostic & d'objectivation
- Interventions-clés dans le temps imparti
  - You first have to identify your goals and then plan the activities to achieve those goals
  - Adapter la situation idéale selon les possibilités de l'organisation et d'objectifs réalisables (SMART)

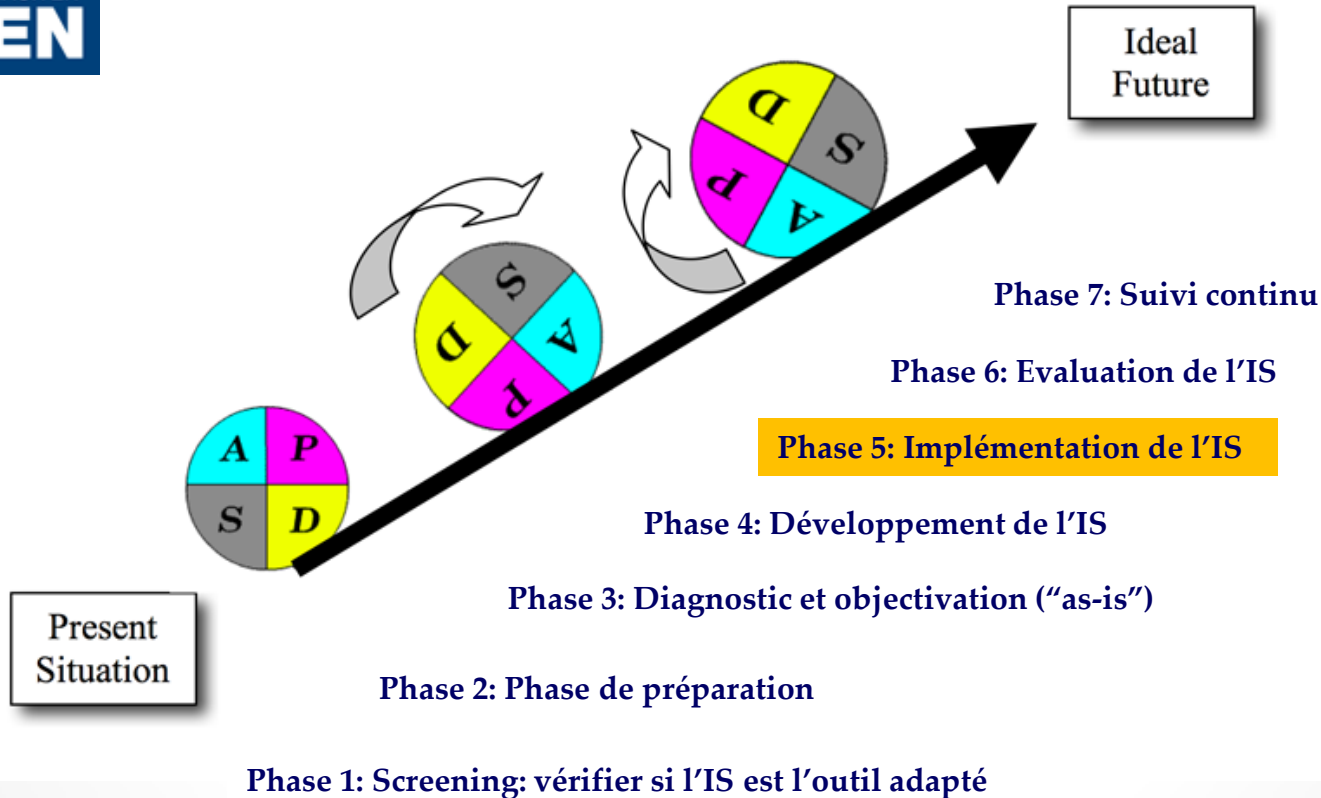
# Phase 4: phase de développement

- Développer un ensemble de documents Itinéraire de Soins
  - Lay-out d'un dossier patient IS
    - Time-task matrix,...
    - En tenant compte d'autre(s) IS au sein de l'institution
  - Caractéristiques IS :
    - (i) buts & éléments-clés des soins basés sur
      - Preuves scientifiques
      - Meilleures pratiques
      - Attentes des patients et leurs caractéristiques
    - (ii) communication facilitée
      - entre les membres de l'équipe
      - avec les patients et leur entourage
    - (iii) La coordination du processus de soins
      - Coordination des rôles
      - Séquence des activités
    - (v) L'identification des ressources appropriées.
  - Développer un système de rapportage selon les interventions-clés, les variabilités
  - Version patient / brochure d'infos en fonction de l'IS

# Phase 4: phase de développement

- **Appréciation:**
  - Conditions de base pour le dossier IS
    - Multidisciplinaire
      - Les différents membres de l'équipe sont repris
    - Objectifs finaux et intermédiaires sont clairs
    - Les interventions-clés sont visibles
    - Time Task Matrix avec éléments de début et de fin
    - Version patient
      - Communication attentive auprès du patient et de sa famille
    - Système de rapportage
      - Les indicateurs sont repris
      - L'enregistrement des variances est repris
    - Approbation des commissions, labo, RX, hygiène hospitalière, ...
    - Relation avec les autres lignes

# Phases de développement



# Phase 5: phase d'implémentation

- **Démarrage** : L'IS a été développé par l'équipe multidisciplinaire et est prêt pour l'implantation
- **Objectifs** :
  - Tous les collaborateurs impliqués sont informés du contenu, des modifications et de leurs tâches,...
  - L'IS doit être testé
  - L'IS doit être évalué
  - L'IS doit être implanté pour une utilisation quotidienne
- **Condition** :
  - Les ressources sont identifiées et disponibles pour la réalisation des activités de cette phase.



# Phase 5: phase d'implémentation

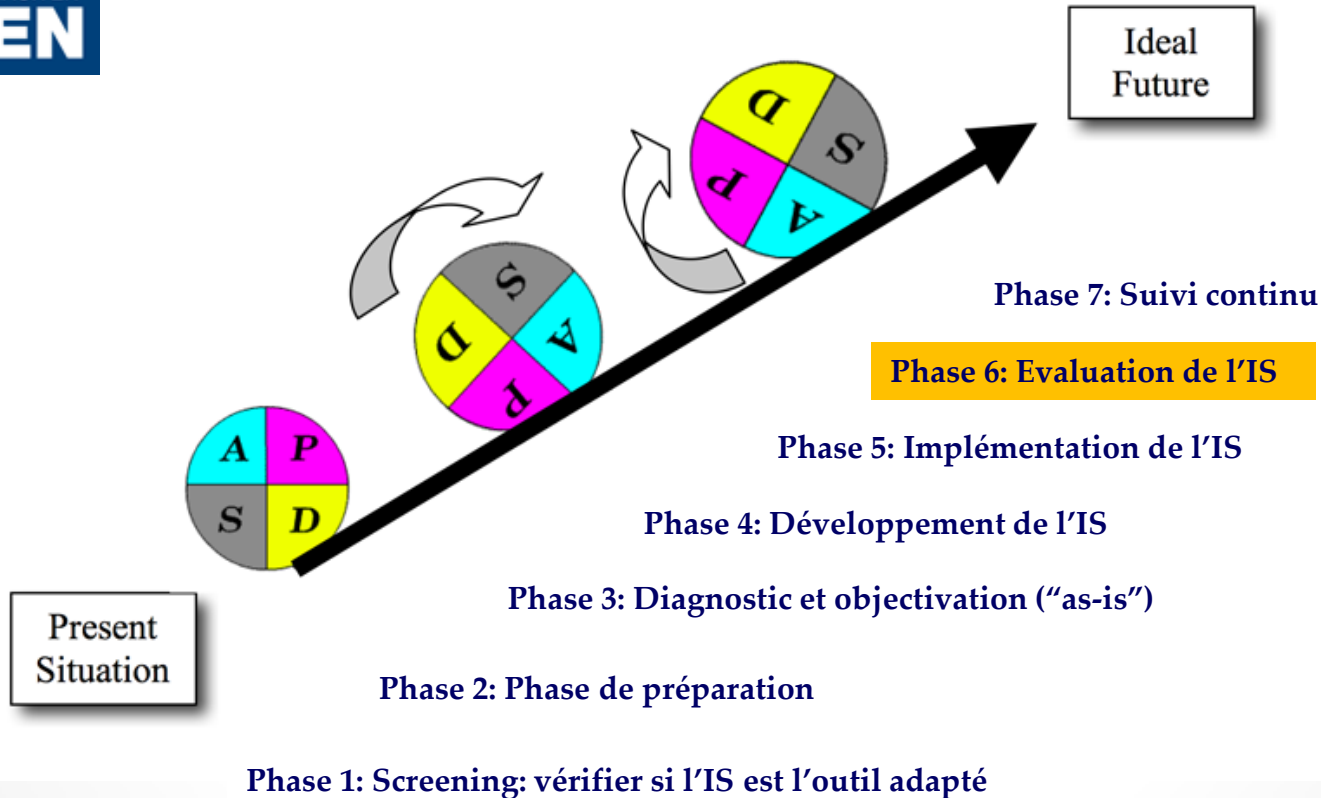
- **Méthodologie:**

- Établir le plan d'implantation
  - Distribution des rôles
  - Communication des points-clés
  - Utilisation pratique du document
- **Session d'informations** auprès de toutes les personnes impliquées
  - Pourquoi?
  - Qu'est-ce qui a changé?
  - Comment l'utiliser?
  - Comment communiquer?
- **Phase test** (conseils du Center for Case Management, 2000)
  - Evaluation cas par cas
  - 3 semaines (bas volume de population)
  - 10 patients (haut volume de population)
- **Concertation multidisciplinaire** sur la phase test et sur l'utilisation ultérieure

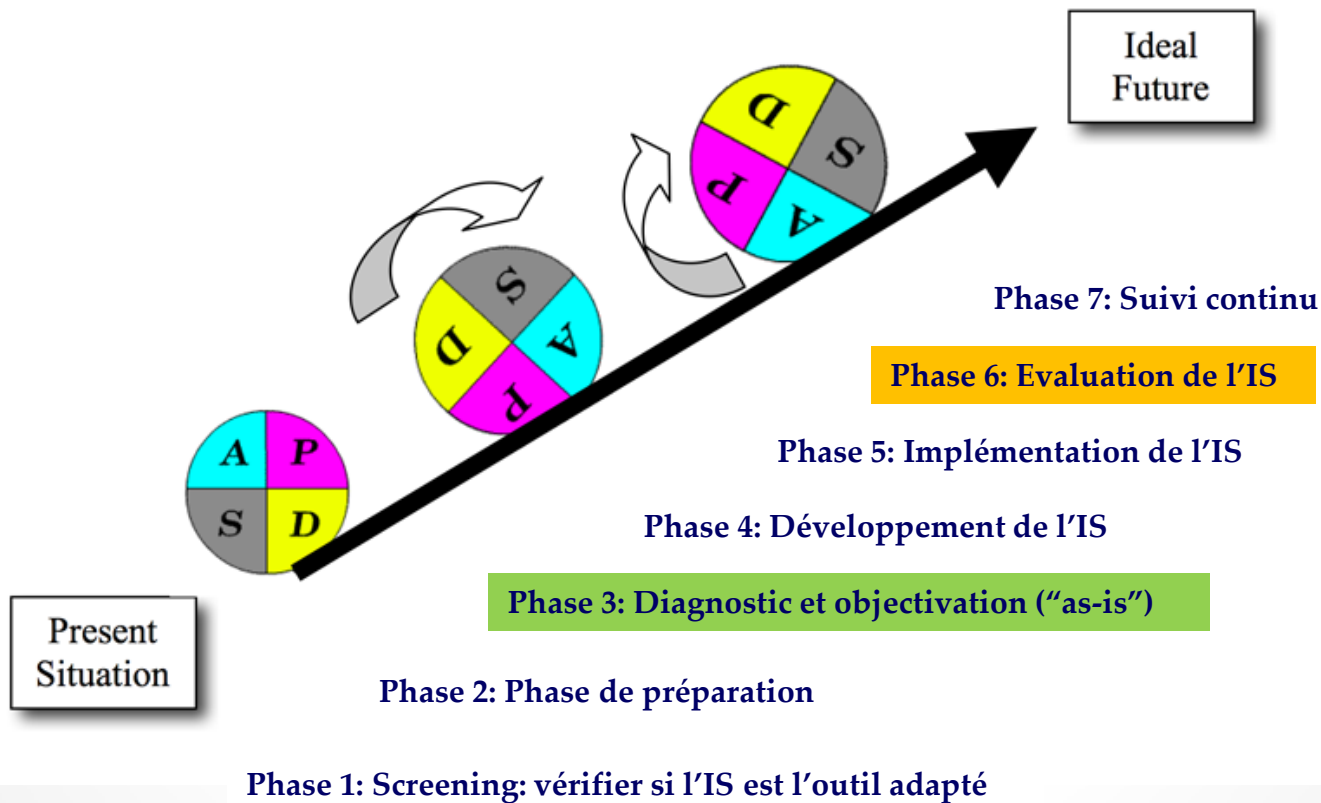
# Phase 5: phase d'implémentation

- **Appréciation:**
  - L'IS est discuté et testé
    - Le rapport est disponible
    - L'IS est ajusté si nécessaire
  - L'IS est utilisé dans la pratique quotidienne

# Phases de développement



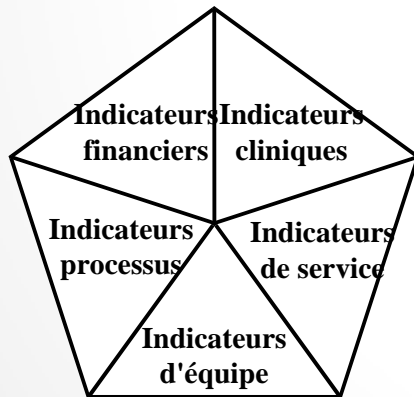
# Phases de développement



# Phase 6: phase d'évaluation

- **Démarrage** : L'IS est en cours d'utilisation et les préparatifs sont faits pour une première évaluation. Une première évaluation est envisagée
- **Objectifs**:
  - Evaluation de l'utilité
  - Evaluation de l'effet

= post-mesure



ORGANISATION  
PROPRE  
&  
EQUIPE

EVIDENCE  
DISPONIBLE  
&  
LEGISLATION

VISION DU PATIENT  
&  
FAMILLE

PARTENAIRES  
DANS LES  
AUTRES LIGNES

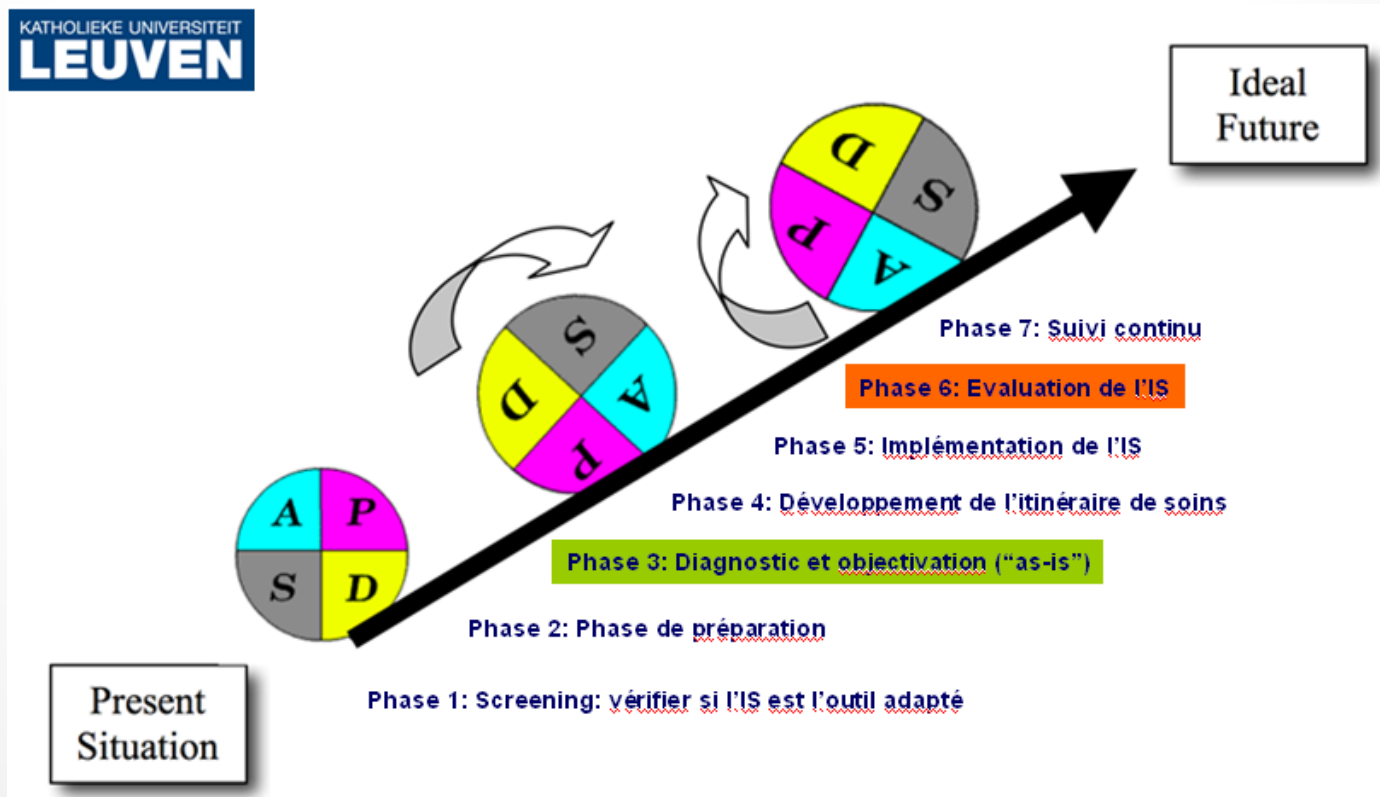
# Phase 6: phase d'évaluation

- **Méthodologie:**

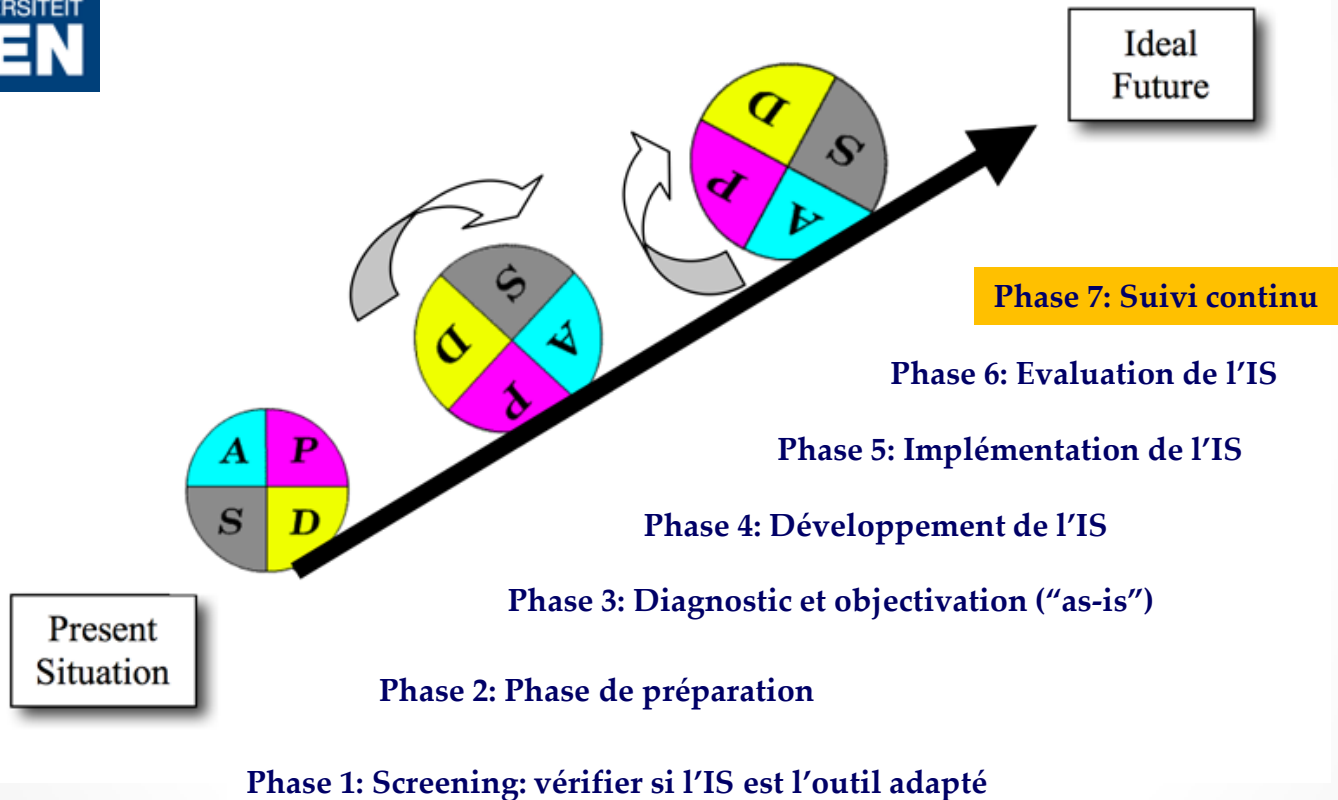
- Les techniques de la phase de diagnostic sont à nouveau exploitées
- Analyse des variabilités
  - Interventions-clés (taux de réalisation des interventions-clés)
  - Résultats intermédiaires
  - Résultats finaux / critères de transfert / critères de sortie
- Suivi périodique
  - Echantillonnage - Continu
- Boussole IC / Balanced Scorecard
  - Des données précises sont nécessaires
- Auto-évaluation via l'OAEPS

# Phase 6: phase d'évaluation

- Appréciation:
  - Évaluation objective réalisée
  - Différence entre la phase de diagnostic (avant l'implantation) et la phase d'évaluation (après l'implantation) est testée



# Phases de développement



# Phase 7: Phase du suivi continu

- **Démarrage** : L'IS est en cours d'utilisation, il a été évalué et les décisions de la première évaluation doivent être opérationnalisées.
- **Objectifs**:
  - Keeping pathways alive
  - Utilisation continue
  - Suivi continu
  - Clôture de la phase projet

# Phase 7: Phase du suivi continu

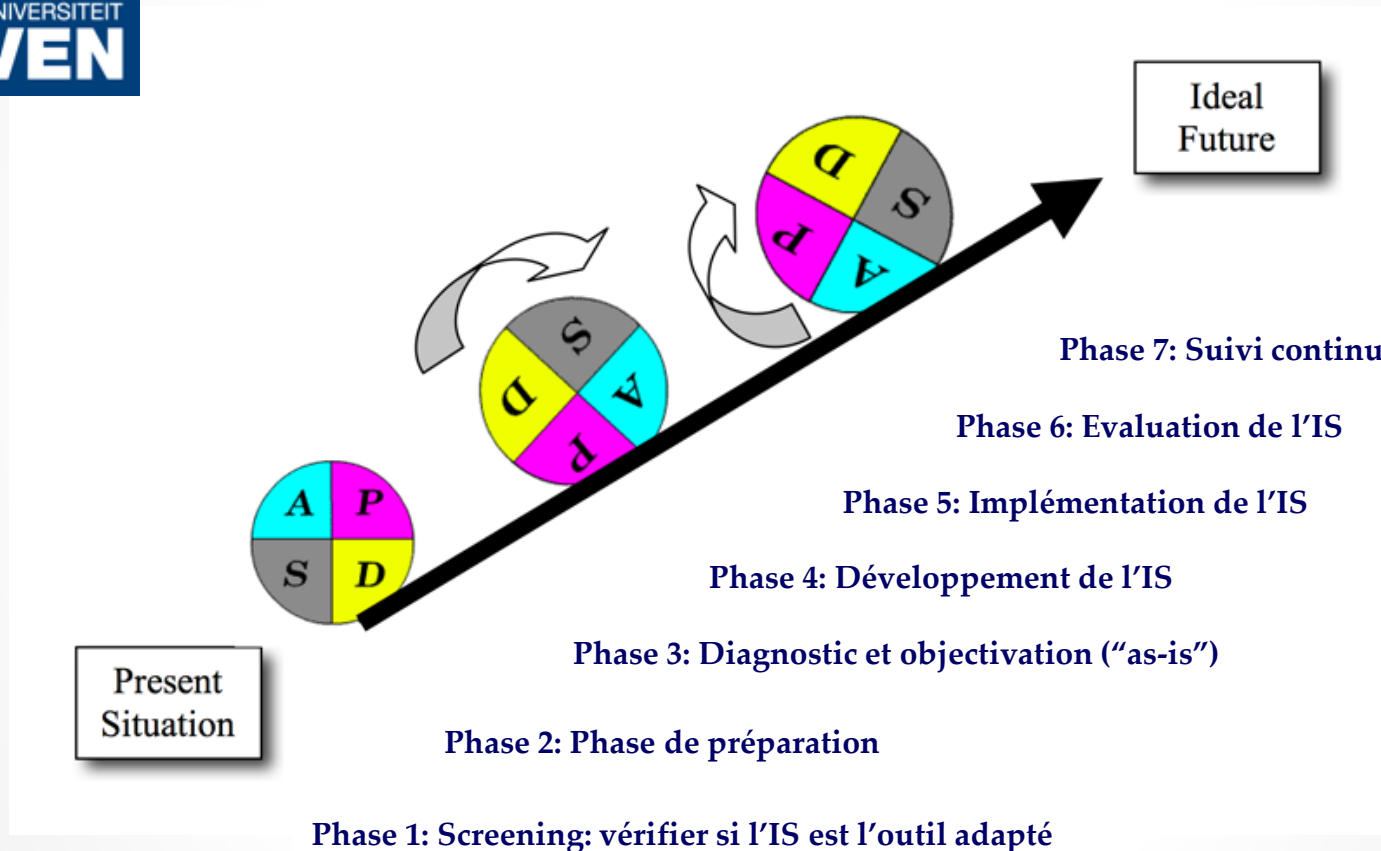
- **Méthode:**
  - Une **réunion de fond** au minimum tous les 6 mois
    - Niveau d'évidence des interventions-clés
    - Travail et utilité
  - Une **évaluation objective** avec des mesures au minimum tous les ans
    - Boussole IC
    - Benchmarking
  - Sondage pour **suivre les écarts** au niveau des interventions-clés
    - 10 questions par sortie / par transfert de patients

# Phase 7: Phase du suivi continu

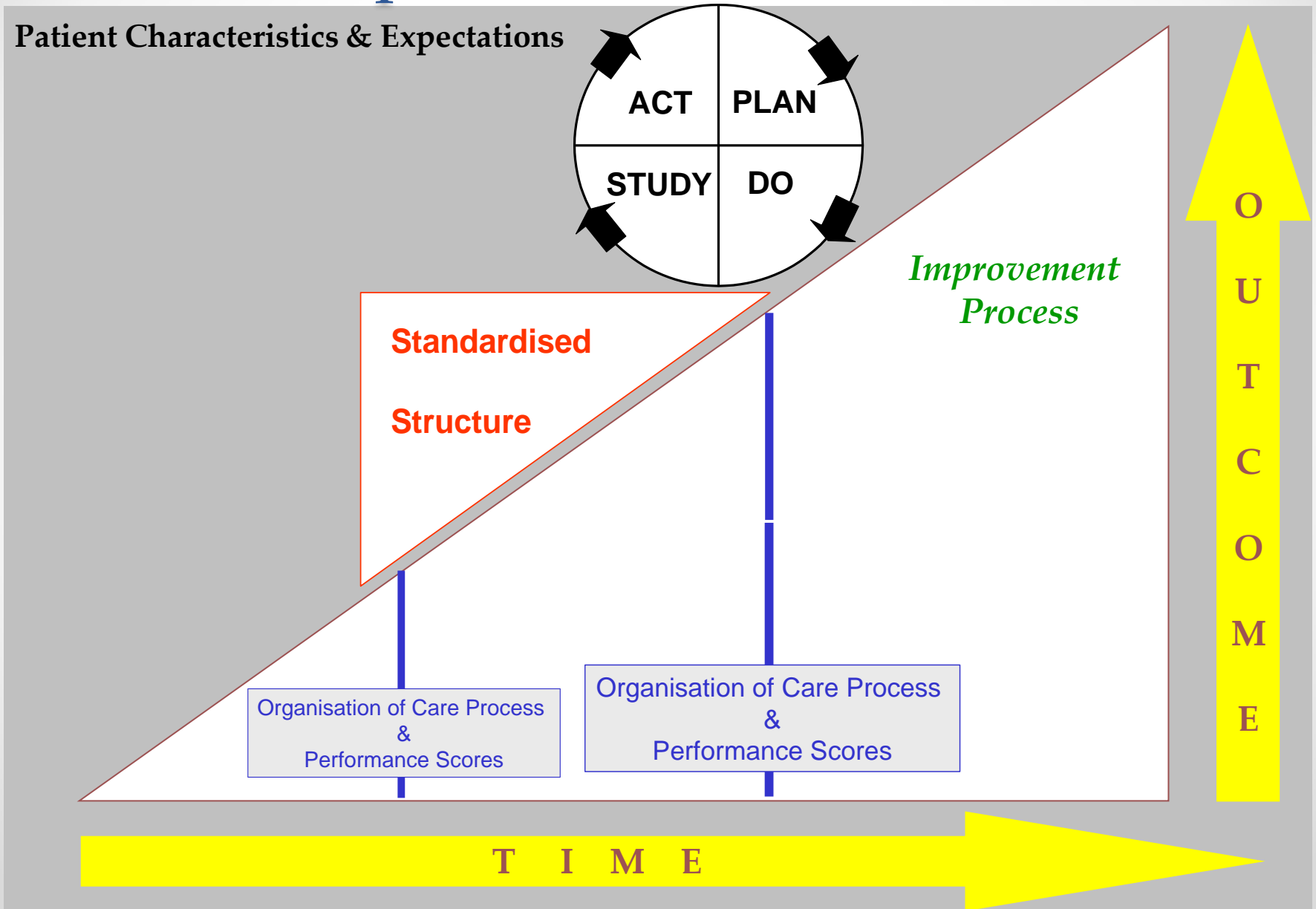
- **Appréciation:**

- Il y a au minimum tous les 6 mois une réunion d'équipe multidisciplinaire où le contenu de l'IS est discuté
- Il y a au minimum 1 fois par an une analyse de la performance de l'IS (données objectives)
  - Domaines de la boussole IC
- Volonté/disponibilité des professionnels pour utiliser l'IS

# Phases de développement



# Auto-évaluation et (ré-)organisation d'un processus de soins



# Publication

*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>

Tijdschr. voor Geneeskunde, 67, nr. 10, 2011  
doi: 10.2143/TVG.67.10.2000969

473

### STATE OF THE ART

## **7-fasenmodel voor de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en continue opvolging van zorgpaden**

K. VANHAECHT<sup>1, 2, 5</sup>, E. VAN GERVEN<sup>1</sup>, S. DENECKERE<sup>1</sup>, C. LODEWIJCKX<sup>1, 3</sup>, M. PANELLA<sup>1, 2, 4</sup>, A. VLEUGELS<sup>1</sup>,  
W. SERMEUS<sup>1, 2</sup>