

LE RÉSEAU ITINÉRAIRES CLINIQUES EN FLANDRE ET AUX PAYS-BAS

W. Sermeus, Y. Giebens, K. Vanhaecht, K. De Witte, M. Haspeslagh & A. Vleugels

Walter Sermeus est docteur en soins de santé publique et professeur au Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, K.U. Leuven.

Yves Giebens est gérontologue et collaborateur scientifique au CZV de la K.U. Leuven.

Kris Vanhaecht est licencié en sciences médico-sociales et collaborateur scientifique chemins cliniques au Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, K.U. Leuven. Il est attaché à temps partiel en tant que membre de la Direction Générale à l'UZ.Leuven.

Karel De Witte est docteur en psychologie et professeur au CZV et à la faculté de psychologie de la K.U. Leuven.

Marc Haspelagh est licencié en sciences médico-sociales - politique hospitalière et professeur intérimaire au CZV de la K.U. Leuven.

Arthur Vleugels est médecin, professeur titulaire et directeur du CZV de la K.U. Leuven.

Le Réseau itinéraires cliniques en Flandre et aux Pays-Bas (RIC) a été lancé en mars 2000 pour soutenir les hôpitaux dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation d'itinéraires cliniques. En septembre 2002, le RIC comprend 29 hôpitaux. Le Réseau présente toutes les caractéristiques d'une organisation dans laquelle le capital social d'une entreprise est développé : une hétérogénéité limitée, de nombreux contacts structurés, une communication bidirectionnelle, le souci de la croissance et de l'innovation, etc. Cet article décrit la structure et le fonctionnement du Réseau.

Introduction

Le RIC a été lancé en mars 2000. Au départ, huit hôpitaux généraux étaient intéressés par cette initiative. En septembre 2002, le Réseau compte 29 hôpitaux, dont 1 germanophone et 4 hôpitaux aux Pays-Bas. Les 24 hôpitaux flamands possèdent une capacité totale de 15.200 lits, soit 52% environ de la capacité hospitalière en Flandre.

Le réseau a été lancé à la demande d'une série d'hôpitaux. Aux Etats-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, le succès des chemins cliniques est largement documenté dans la littérature (Sermeus & Vanhaecht, 2002, Vanhaecht et al., 2002). Ceci a conduit à une question évidente de savoir si cette méthodologie pouvait générer les mêmes effets dans le contexte belge. En 1997, quelques études pilotes ont été entamées, tout d'abord aux Cliniques Universitaires de Leuven, puis dans deux hôpitaux généraux. Eu égard aux expériences positives enregistrées dès le départ, un premier atelier consacré à l'utilité et à la mise en œuvre des chemins cliniques a eu lieu en 1999. Plus de 80 participants de différents hôpitaux y étaient présents. Etant donné la complexité inhérente à l'introduction d'itinéraires cliniques, quelques hôpitaux ont demandé un soutien plus approfondi et continu. D'où le Réseau.

Qu'est-ce qui pousse les hôpitaux à se rallier au Réseau?

Une première raison est la maîtrise des coûts. Pour chaque groupe de pathologies (basé sur les Diagnosis Related Groups), une durée d'hospitalisation moyenne nationale a été établie, qui est appliquée pour déterminer le budget des hôpitaux. Au départ, cette durée d'hospitalisation moyenne était encore appliquée comme mécanisme de correction. Depuis 2002, cette durée d'hospitalisation moyenne nationale a été passée une durée d'hospitalisation 'justifiée'. Soit la norme ou, plus exactement, le nombre de jours qui est finalement financé. Ceci incite évidemment sérieusement à maîtriser et à raccourcir la durée d'hospitalisation.

La deuxième raison est la vision commune au sein des hôpitaux participants qui tendent à fournir des soins de qualité et centrés sur le patient. Ceci implique un glissement d'une organisation orientée vers l'offre à une organisation orientée vers la demande. En d'autres termes, les intérêts des patients (services, satisfaction des besoins et attentes spécifiques, ...) l'emportent sur les intérêts de l'établissement, des services et des collaborateurs (gestion du temps, mobilisation de personnel, rendement des investissements, recettes/revenu, ...). Une collaboration interdisciplinaire s'impose donc, ainsi qu'une organisation de l'hôpital pour permettre des soins professionnels valables et, en même temps, centrés sur le patient. Ceci ne signifie pas que les intérêts de l'établissement, des services et des collaborateurs sont négligés. La direction de l'hôpital sera constamment à la recherche d'un équilibre correct entre des soins de qualité dictés par les besoins et les demandes du patient et une exploitation efficiente des moyens (exploitation de la capacité, mobilisation du personnel) (document interne groupe de travail gestion stratégique, NKP, 2002).

Caractéristiques du Réseau

Les participants au RIC sont des organisations et non des individus. Ceci repose sur un choix délibéré. Les itinéraires cliniques se caractérisent par une collaboration interdisciplinaire, où l'accent est mis sur les changements organisationnels. Des individus ne mettraient pas autant sur le travail en équipe et l'organisation, ce qui entraverait sérieusement la mise en œuvre. L'affiliation a été fortement formalisée sous la forme d'un contrat entre l'hôpital et le Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap, K.U. Leuven. Il ressort de la littérature que les chances de réussir la mise en œuvre d'un itinéraire clinique sont minimes, si le projet n'est pas intégré dans l'organisation et porté par la direction. Un processus de décision formel aide à remplir ces conditions dès le départ. Supposons qu'un clinicien individuel soit intéressé par une affiliation au RIC. Il devra en convaincre son équipe et la direction de l'hôpital. Ceci demandera en effet un peu de temps. Mais une fois que ceci est obtenu, la moitié du travail sera fait.

Les hôpitaux s'affilient avec un projet concret dans lequel une équipe de médecins, d'infirmiers, de paramédicaux et d'autres sont impliqués. C'est le revers de la même médaille. De même que les chances de réussite sont minces à défaut de soutien de la direction, elles sont pratiquement nulles si les cliniciens ne sont pas propriétaires de l'itinéraire clinique. Les itinéraires cliniques ne peuvent pas être imposés. Lorsqu'un hôpital s'intéresse pour l'une ou l'autre raison aux chemins cliniques, la première étape consiste à sensibiliser les médecins, les infirmiers et autres cliniciens à la valeur de cette approche. Ceci se déroule dans le cadre de soirées d'informations au cours desquelles les objectifs et l'approche des chemins cliniques sont exposés. Ce n'est que lorsqu'une équipe manifeste de l'intérêt que la participation au RIC peut être envisagée.

Une caractéristique du Réseau est qu'il est structuré comme une organisation apprenante. L'université n'a pas le monopole des connaissances et des réponses. De nouvelles connaissances et visions sont découvertes et acquises conjointement. On parle, techniquement, de "partage des connaissances".

Davenport & Prusak (1998) définissent les connaissances comme:

"... A fluid mix of framed experience, values, contextual information and expert insight that provides a framework for evaluating and incorporating new experiences and information."

Burt (1992) indique à juste titre que la réelle valeur d'un réseau ne peut être estimée sur la base

d'une série de contacts, mais dépend plus étroitement de la qualité des contacts. Il ressort des études conduites que les réseaux fortement structurés obtiennent de meilleurs résultats que les réseaux non structurés. Un bon rapport entre l'homogénéité et la diversité renforce l'efficacité des réseaux. Le RIC est précisément un réseau de ce type. La K.U. Leuven coordonne le projet et se charge des questions scientifiques et méthodologiques. Pour ce faire, elle fait appel à un éventail d'universitaires en fonction des questions et problèmes concrets qui se posent durant le projet: développement d'instruments de mesure, statistiques et traitement de données, accompagnement des équipes et projets de changement, médecine factuelle, calcul des coûts, stratégie opérationnelle, etc. Les hôpitaux rassemblent leurs expériences, la technologie et les connaissances pratiques dans le cadre du projet. Nous songeons en l'occurrence aux expériences et connaissances concrètes liées aux systèmes d'information hospitaliers, aux systèmes de planification, à la mesure de la satisfaction des patients, au travail avec des indicateurs de qualité, etc.

Structure du réseau

Pour permettre l'innovation, le Réseau possède une structure très organique et horizontale. Deux rôles sont essentiels au sein du réseau: le coordinateur RIC qui a été désigné par le Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap et les coordinateurs RIC dans les hôpitaux. Le coordinateur RIC assure la coordination entre le CZV et les hôpitaux et les hôpitaux entre eux. Il appuie les hôpitaux dans les questions concrètes et les difficultés de mise en œuvre. Il sert de trait d'union avec le CZV pour rationaliser l'input universitaire et scientifique et l'aligner sur les besoins spécifiques des hôpitaux.

L'une des conditions d'affiliation au Réseau est que chaque hôpital désigne un coordinateur / expert itinéraire clinique. Cette personne a pour mission centrale de coordonner toutes les initiatives d'itinéraire clinique de l'hôpital. Il fait office de contact avec l'université et les autres hôpitaux. Le coordinateur itinéraire clinique remplit le rôle de personne de liaison. Lors du lancement du réseau, une réunion des coordinateurs/experts itinéraire clinique était organisée chaque mois. Une partie de la réunion était consacrée à l'organisation pratique du réseau. Depuis peu, cette tâche a été déléguée à une 'administration journalière du réseau' composée de quelques coordinateurs expérimentés et du coordinateur RIC.

Deux structures soutiennent le travail des coordinateurs RIC:

1. Chaque année, le programme annuel global est soumis à et approuvé par une assemblée générale du RIC, qui se compose des directeurs généraux, médecins chefs, coordinateurs RIC et du personnel du Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV).
2. Au sein de l'hôpital, l'existence d'une commission d'experts chemins cliniques constitue une condition pour la participation au Réseau. Dans plusieurs hôpitaux, cette commission d'experts est intégrée dans la commission d'experts qualité où sont représentés tant la direction que les médecins. Cette commission d'experts veille à l'harmonisation interne et doit jeter les bases pour la mise en œuvre des chemins cliniques.

Fonctionnement du Réseau

Le Réseau fournit une série de services: (1) formation des coordinateurs IC, (2) formation des experts itinéraire clinique, (3) soutien des projets propres à l'hôpital, (4) groupes de travail, (5) groupes de travail cliniques pour le développement conjoint d'un itinéraire clinique, (6) review et certification, (7) formations, (8) collaboration internationale, (9) recherche scientifique, (10) site web.

1. Formation des coordinateurs IC

En fonction des besoins spécifiques des coordinateurs IC, une série de formations sont organisées, à raison de cinq séances par an. Voici quelques exemples de demandes de formation des coordinateurs IC: intégration des chemins cliniques dans le dossier des patients, régime de responsabilité concernant Les itinéraires cliniques, intégration des soins extramuros, relation avec l'EFQM et les indicateurs cliniques, etc.

La formation poursuit quatre objectifs:

1. La formation théorique et pratique des coordinateurs IC : initiation à la mise en œuvre d'itinéraires cliniques par le biais d'études de cas, de jeux de rôles et de démonstrations.
2. Le développement conjoint de la stratégie de mise en œuvre : toutes les questions ne sont

évidemment pas connues d'avance et les connaissances sur Les itinéraires cliniques s'élargissent au fil de l'avancement du projet. Le groupe des coordinateurs a ainsi convenu d'une définition de travail des chemins cliniques. Une liste de Frequent Asked Questions (FAQ) a été dressée et placée sur le web pour soutenir les coordinateurs. Le scénario pour la mise en œuvre des chemins cliniques y est commenté en profondeur et rectifié en détail.

3. L'échange d'expériences : les hôpitaux présentent quelques cas à chaque réunion. Ceux-ci sont discutés in extenso. Ceci permet de définir les pièges et les facteurs de succès.
4. L'échange d'informations sur les groupes de travail, les instruments, les formations, ...

2. Formation des experts IC

Le développement, la mise en œuvre et l'évaluation des chemins cliniques requièrent des connaissances et aptitudes spécifiques. A cet effet, le plan en 30 étapes (Vanhaecht et al., 2002, Vanhaecht & Sermeus, 2002) sert de fil conducteur. Les sujets plus spécifiques sont: mise sur pied d'enquêtes patients, analyse de dossiers, développement de la Boussole de l'itinéraire clinique et de tableaux de bord, analyse du coût des chemins cliniques, analyse des données, principes de la médecine factuelle, etc. Dans certains hôpitaux, l'accompagnement concret et la mise en œuvre de l'itinéraire clinique sont pris en charge par le coordinateur IC et le rôle du coordinateur et celui de l'expert y sont donc combinés. Dans d'autres hôpitaux, les deux rôles sont remplis par deux personnes différentes. Le rôle de coordinateur est alors assumé par un membre de la direction. Le rôle de l'expert IC est attribué à un collaborateur du staff.

Pour la formation des experts IC, les initiatives suivantes sont prises:

- Un cours d'introduction de trois jours aux chemins cliniques pour les accompagnateurs d'itinéraires cliniques (coordinateurs et experts) destiné aux hôpitaux qui viennent de rejoindre le Réseau.
- Des formations bimestrielles pour les experts (cf. coordinateurs) dans le cadre desquelles les participants se familiarisent avec de nouvelles notions, acquièrent des aptitudes et échangent des expériences sur le thème des chemins cliniques. Exemples: formation à la gestion de projets de changement, recherche et évaluation de littérature EBM, utilisation d'instruments de mesure (traitement et benchmarking), etc.

3. Soutien des projets propres à l'hôpital

L'une des conditions d'affiliation au Réseau est qu'un hôpital vienne avec un projet concret. Ceci requiert une équipe motivée, désireuse de tester la méthodologie des chemins cliniques pour sa propre pratique. En termes de management, il s'agit du groupe "d'early adopters" disposés à tester de nouvelles méthodes. Ils font alors office de modèle de rôle pour le reste de l'organisation.

La plupart des hôpitaux commencent généralement avec un seul projet. Lorsque celui-ci est couronné de succès, il s'élargit généralement rapidement à plusieurs projets. En septembre 2002, 372 projets concernant des chemins cliniques étaient en cours au sein du Réseau.

Sur le site web, un inventaire des projets en cours est tenu à jour, avec indication du stade auquel se trouve le projet, une description claire de la population de patients à laquelle l'itinéraire clinique est destiné (critères d'inclusion et d'exclusion), les critères d'évaluation /indicateurs et les noms et coordonnées de l'équipe impliquée dans ce itinéraire clinique.

Lorsqu'une équipe dans un hôpital décide de développer un itinéraire clinique, le Réseau offre la possibilité de vérifier sur le site web si ce itinéraire clinique a déjà été développé ailleurs. Ceci permet de contacter ces équipes et éventuellement de leur rendre visite afin de procéder à un échange d'expériences dans le cadre du développement de ce chemin. Le projet a démontré que l'un des facteurs de succès essentiel de la mise en œuvre n'est pas tout le produit (une version papier du chemin), mais bien le processus parcouru par une équipe entière. Au sein du Réseau, nous avons choisi de ne pas transmettre Les itinéraires cliniques sans autre forme de procès. Primo, l'équipe demeure propriétaire de l'itinéraire clinique et son autorisation est requise. Secundo, la principale mission du réseau consiste à rapprocher les équipes pour les aider ainsi à mieux développer leur propre chemin.

Le développement d'itinéraires cliniques dans les hôpitaux est accompagné par le coordinateur/l'expert IC de l'hôpital. Le réseau aide ce coordinateur/cet expert à accomplir cette tâche aussi bien que possible, mais n'intervient en principe pas dans le fonctionnement de l'équipe locale. Il est aussi possible d'offrir un soutien lors du lancement d'un nouveau itinéraire clinique, d'un premier entretien d'équipe ou de l'interprétation des données.

4. Les groupes de travail

Pour les problèmes plus complexes, une série de groupes de travail ont été créés. Actuellement, quatre groupes de travail sont actifs:

- groupe de travail instruments de mesure
- groupe de travail bilan financier
- groupe de travail informatisation
- groupe de travail gestion stratégique.

Les membres des groupes de travail proviennent des hôpitaux participants. Il peut s'agir des coordinateurs IC eux-mêmes ou de collaborateurs plus familiarisés avec la problématique. Il est préférable que quelques coordinateurs ou experts IC participent aux groupes de travail. Ceci ne peut qu'être bénéfique à la communication des activités du groupe de travail au Réseau. Il est également conseillé qu'un expert "en la matière" siège au groupe de travail, pour préparer la réunion sur le plan technique et pouvoir l'orienter dans la direction souhaitée.

4.1. Le groupe de travail instruments de mesure

Ce groupe de travail a pour tâche de rassembler et de développer des instruments pour mesurer l'efficacité des itinéraires cliniques et la rendre visible. Mesurer c'est savoir. La structure générale de la mise en œuvre d'un itinéraire clinique consiste en un prétest dans lequel une mesure de base concernant l'organisation et les résultats des soins est pratiquée. Après la mise en œuvre, la même mesure est répétée, dans le cadre d'un posttest, afin de représenter les effets de l'itinéraire clinique. L'analyse porte sur cinq types de résultats (Vanhaecht et al., 2002): résultat clinique, qualité du service (satisfaction des patients), coût, processus et efficacité de l'équipe.

Pour mesurer le résultat clinique, un large éventail d'instruments de mesure sont disponibles dans la littérature. Le groupe de travail a dressé l'inventaire de cette bibliothèque d'instruments de mesure et l'a mise à disposition sur le site web.

Les autres résultats tels que la satisfaction des patients, les préférences et les attentes des patients ne sont pas disponibles à aussi grande échelle dans la littérature. Il existe certes des instruments de mesure de la satisfaction des patients, mais ils sont souvent trop généraux et ne sont pas axés de manière suffisamment spécifique sur la qualité du processus clinique. Au sein du Réseau, il a

dès lors été décidé de développer des instruments plus spécifiques à cet effet. La même décision a été prise pour évaluer l'efficacité de l'équipe. Il ressort de la littérature que la façon dont les équipes collaborent influencent largement les résultats des soins. Ceci est d'autant plus vrai pour les équipes IC. Ce ne sont en effet pas des équipes fixes habituelles comme celles d'un service avec des infirmiers, une association de médecins, une équipe de kinésithérapeutes. Les équipes IC sont des équipes interdisciplinaires. Elles sont virtuelles en ce sens qu'elles ne collaborent pas en un seul point spatial, mais sont chacune concernées par les mêmes patients de par leur rôle et leur fonction. Ces équipes peuvent être relativement importantes. Des équipes de plus de 100 collaborateurs ont été décrites. La mesure dans laquelle de telles équipes ont le sentiment de bien collaborer et de pouvoir se faire mutuellement confiance constitue un facteur important pour pouvoir évaluer l'efficacité de l'itinéraire clinique. Un instrument de mesure spécifique a également été développé à cet effet.

L'avantage du Réseau réside dans le fait que de telles données peuvent être collectées à large échelle. Ceci augmente la validité externe des instruments de mesure et génère en outre suffisamment de données pour analyser les propriétés psychométriques des instruments de mesure.

Outre le développement des instruments de mesure, le groupe de travail se penche également sur les modalités de feed-back des résultats. Généralement, ceci se déroule via la technique des Balanced Scorecards par laquelle un compte rendu sur toute une série d'indicateurs est fourni sur une base systématique aux intéressés.

A partir de septembre 2002, le groupe de travail instruments de mesure sera mobilisé de manière plus ad hoc en fonction de questions et tâches concrètes.

4.2. Le groupe de travail bilan financier

Ce groupe de travail concentre tous ses efforts sur la mise en évidence de l'impact financier de l'itinéraire clinique. Ce problème se pose en effet continuellement durant la mise en œuvre. Un itinéraire clinique exerce en effet un impact direct sur la pratique. On propose souvent de supprimer ou d'ajouter certains examens ou interventions, de raccourcir ou de réorienter la durée de l'hospitalisation (p.ex. vers une hospitalisation de jour) de sorte qu'un itinéraire clinique a un impact direct sur les coûts et les revenus.

Depuis 2002, ce point gagne encore en importance. Le financement est de plus en plus forfaitarisé de sorte qu'il est de plus en plus important d'évaluer l'impact financier d'un

programme. Dans le monde commercial, il est évident de connaître le coût de son produit. Mais, dans les soins de santé, ceci est plus souvent l'exception que la règle. En raison de l'organisation et de la réglementation actuelles, ce n'est pas une mince affaire que de rendre cet impact visible. Dans la plupart des hôpitaux, les coûts sont documentés de manière très générale et comptabilisés via des postes de frais qui renvoient au centre d'activité et non directement au patient individuel ou au programme de soins. L'imputation de ces coûts exige une procédure d'activity-based costing (comptabilité par activités) complexe. En outre, il n'est pas simple non plus d'imputer les recettes aux patients. Si ceci est encore relativement simple pour les prestations médicales où il existe un lien direct entre l'activité et le paiement, les choses se compliquent considérablement dès qu'il s'agit de l'attribution d'un budget. Le budget est en effet élaboré sur la base de toute une série de critères et d'une comparaison interhospitalière. Ceci contraint à une procédure d'activity-based revenue compliquée pour attribuer le budget à un patient ou à un programme de soins individuels.

Un tel scénario est en cours d'élaboration au sein du groupe de travail.

4.3. Le groupe de travail informatisation

Ce groupe de travail a pour objet de définir les spécifications d'un système IC informatisé. Ces spécifications doivent aider les sociétés informatique à développer ou à intégrer un système IC dans leur système informatique. Les spécifications peuvent aider les hôpitaux à élaborer un cahier des charges concret lorsqu'ils se réunissent avec des sociétés informatiques. Quelle est la problématique spécifique? Nombre de développements logiciels sont départementaux: un système de pharmacie, un dossier médical informatisé, un système de communication de commandes, un système d'agenda, un système de labo, ... Ceci est en contradiction flagrante avec la philosophie des chemins cliniques qui sont axés sur les patients et les processus de soins organisés autour de ceux-ci. La plupart des systèmes informatiques hospitaliers s'efforcent d'ailleurs d'y répondre. Mais la particularité d'un système IC est que la connaissance clinique est incorporée dans le système, facilitant ainsi le déroulement des processus de soins. L'impression générale est que Les itinéraires cliniques "sur papier" sont intéressants en phase préparatoire, mais ne sont pas à la hauteur des attentes lorsque des résultats doivent effectivement être enregistrés. L'informatisation des chemins clinique est donc une condition indispensable.

4.4. Le groupe de travail gestion stratégique

Ce groupe de travail se compose exclusivement de directeurs généraux et médecins chefs des hôpitaux participants. Il a pour but de positionner Les itinéraires cliniques dans la gestion hospitalière. C'est pourquoi un "Position Paper" a été rédigé. Il doit offrir, au niveau interne, un point de repère aux collaborateurs pour la suite du développement des chemins cliniques. On examine dans quelle mesure Les itinéraires cliniques pourraient influencer la politique de santé nationale.

5. Groupes de travail cliniques pour le développement conjoint d'un itinéraire clinique

Un itinéraire clinique comporte une partie générale universelle (evidence based) mais est aussi en partie, spécifique à chaque hôpital. Ceci signifie que différentes équipes ou organisations peuvent développer différents chemins pour un problème de santé identique. Chaque équipe et chaque organisation a en effet ses propres préférences et possibilités, de sorte qu'une approche générale n'est pas souhaitable ou praticable. Un exemple concret permettra d'éclaircir ce point. Une IRM basée sur les preuves existantes est probablement l'examen le plus indiqué pour un diagnostic différentiel. Mais si l'hôpital ne dispose pas d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique, l'itinéraire clinique devra être adapté en conséquence (autre examen, renvoi à un autre hôpital entraînant une durée d'hospitalisation plus longue, etc.).

Malgré tout, il est souhaitable que le rassemblement des données scientifiques existantes, ne représente pas un effort répété à chaque fois. Il faut mieux concentrer ce travail entre quelques mains. En outre, il est possible que chaque hôpital utilise un itinéraire clinique différent, mais que les mêmes indicateurs soient utilisés lors de l'évaluation et du suivi, ce qui permet une comparaison et un benchmarking.

Jusqu'à présent, deux groupes de travail cliniques sont actifs: soins d'apoplexie aiguë et accouchement normal. Plus de 15 hôpitaux participent à chacun des groupes de travail. A partir de septembre 2002, de nouveaux groupes de travail cliniques seront vraisemblablement créés. L'une des premières raisons en est que les pouvoirs publics ont publié une liste de 13 groupes de pathologies pour lesquelles un montant de référence a été fixé. Cette liste contient des pathologies très courantes assorties d'un haut degré de prévisibilité et qui se prêtent dès lors idéalement au développement d'itinéraires cliniques. Cette liste a inspiré différents hôpitaux. Compte tenu également des incitants financiers qui y sont associés, on peut s'attendre à ce qu'une

série de groupes de travail cliniques soient lancée autour de ces groupes de pathologies.

6. Review et certification

Actuellement, Les itinéraires cliniques sont principalement le résultat de discussions et de choix au sein même de l'hôpital. Certes, les preuves scientifiques disponibles constituent un élément important. Cependant, dans la pratique, le coût et l'organisation sont décisifs. La question est de savoir si ces deux éléments peuvent être soutenus dans l'avenir. Dans le cadre de la responsabilité professionnelle aussi, Les itinéraires cliniques reçoivent de plus en plus d'attention. Aux USA, la disponibilité d'un itinéraire clinique a déjà conduit à plusieurs reprises à un verdict favorable. En effet, il a pu être démontré que l'organisation avait tout mis en œuvre pour assurer une prestation de soins sûre et efficace. Tel est le cas si le chemin tient compte au maximum des données scientifiques récentes. Nous voyons de plus en plus dans les hôpitaux américains et britanniques des chemins cliniques assortis d'une large section de notes de bas de page faisant référence aux directives pratiques disponibles. Mais si tel n'est pas le cas? Si l'itinéraire clinique est bien plus une explicitation de la pratique actuelle que de la meilleure pratique (parce qu'elle est trop coûteuse, trop difficile, etc.)?

Le Réseau va lancer un processus de review et de certification dans un double but:

- Quelle est la qualité du contenu de l'itinéraire clinique? Ceci signifie que des experts (interdisciplinaires, évidemment) vont procéder à une évaluation des preuves cliniques sur lesquelles il se fonde.
- Quelle est la qualité de l'itinéraire clinique en tant que chemin? A cet égard, la surface portante de l'itinéraire clinique est évaluée (dans quelle mesure les aspects interdisciplinaires sont-ils intégrés et renforcés? Y a-t-il une version patients? Y a-t-il des instruments d'évaluation? etc.).

7. Formations

Le RIC est, de par son intégration dans l'université, un projet d'enseignement par excellence. Le Réseau est une forme d'enseignement avancé pour adultes. Il est axé sur le dialogue, sur la découverte autonome. Les expériences didactiques sont soutenues au maximum. Le RIC est orienté vers la demande. Il se rattache à la pratique. Les étudiants sont aussi bien des individus

que des équipes entières. On apprend autant d'autrui que des enseignants, qui en apprennent tout autant des étudiants. L'enseignement se concrétise de différentes manières:

- Primo, la formation des coordinateurs IC et des experts IC. Il s'agit d'une formation globale et très intensive à la problématique des chemins cliniques et de tout ce qui s'y rapporte.
- Tous les trois mois, un après-midi d'introduction est organisé dans l'un des hôpitaux participants. La séance est consacrée à une explication du scénario et à deux cas présentés par l'un des hôpitaux. Les équipes qui envisagent le lancement d'un itinéraire clinique y sont présentes. En moyenne, quelque 80 à 100 personnes assistent à ces séances. Il est souhaitable que les participants aux groupes de travail (experts techniques) aient suivi ces formations.
- Récemment, nous avons prévu d'organiser deux fois par an une soirée d'introduction aux chemins cliniques pour et avec des médecins.

8. Collaboration internationale

La collaboration internationale est indispensable. Elle se déroule avec des institutions qui partagent les mêmes valeurs comme le Centre for Case Management aux USA et la National Pathway Association au Royaume-Uni. Le Centre for Case Management, Boston, a probablement la plus longue expérience des chemins cliniques. Ils ont introduit le concept depuis des années dans les soins de santé après quelques expériences pilotes au New England Medical Centre à Boston. Ils donnent essentiellement des cours et accompagnent les établissements en tant que consultants dans le cadre de l'introduction d'itinéraires cliniques. Le développement d'indicateurs critiques pour Les itinéraires cliniques suscite depuis peu énormément d'intérêt.

La National Pathway Association (UK) est une association de cliniciens, de coordinateurs qualité et de décideurs politiques qui s'intéressent aux chemins cliniques. L'association est née au début des années 90 après quelques études pilotes sur Les itinéraires cliniques au Royaume-Uni. Le Royaume-Uni a en outre commencé à développer un instrument d'évaluation pour déterminer la qualité de l'itinéraire clinique.

Le travail accompli au sein du RIC pourrait être élargi à un réseau international de réseaux: lancement d'une bibliothèque internationale d'itinéraires cliniques, test et validation d'instruments de mesure, lancement d'une bibliothèque d'indicateurs de résultats, spécifications pour logiciels, certification d'itinéraires cliniques, etc.

9. Recherche scientifique

La recherche scientifique est une mission essentielle d'une université. Dans le Réseau, la participation aux activités liées à la recherche scientifique est dès lors inscrite dans le contrat. Ceci s'exprime par l'engagement, lors de l'utilisation de divers instruments dans le cadre de l'évaluation d'itinéraires cliniques, de transférer les données dans une banque de données centrale. Ceci donne la possibilité de valider les instruments et de pourvoir au benchmarking nécessaire. L'essentiel dans cette comparaison n'est pas la comparaison avec la moyenne, mais bien le positionnement relatif par rapport aux autres hôpitaux ou équipes. L'alimentation de la base de données conduit à une référence dynamique.

La question la plus essentielle est le test d'efficacité des chemins cliniques. Il ressort de la littérature que Les itinéraires cliniques semblent efficaces, mais pas toujours. Par ailleurs, l'effet Hawthorne n'est jamais loin. Quel est alors le composant clé d'un itinéraire clinique? Est-ce le renforcement de l'équipe? Ou l'explicitation et la conception de tout le processus? Ou la guidance opérationnelle? Des recherches pour répondre à de telles questions sont lancées au sein du Réseau.

Un troisième type de recherche est la recherche scientifique appliquée qui consiste à élaborer certains prototypes et des applications de terrain. Un exemple en est le développement et l'évaluation d'un prototype de système IC informatisé.

10. Site web

Le RIC utilise son propre intranet (BSCW ou Basic Support for Cooperative Work) (<http://www.bscw.de/>) dont les hôpitaux participants font usage. Sur ce site web, nous trouvons une bibliothèque d'itinéraires cliniques, des rapports de recherche, des indicateurs cliniques, des liens avec des sites EBM, des rapports des groupes de travail, des exposés, des articles, des documents en tous genres. Le système utilisé a été conçu pour le support de tels réseaux. Outre l'intranet, un site internet public (www.nkp.be) offre des informations plus générales sur Les itinéraires cliniques (publications, liens, ...).

Conclusion

Les critères qui ont été formulés pour mesurer l'efficacité d'une l'équipe sont évidemment aussi applicables à l'évaluation d'un Réseau: développement d'un objectif commun, explicitation des rôles, attribution de tâches et répartition du travail et, enfin, rapport de confiance entre les différents membres du Réseau. Toutes ces caractéristiques sont essentielles pour un réseau efficace. Etant donné la complexité de la mise en œuvre d'itinéraires cliniques, un réseau efficace ne peut garantir le succès, mais représente bien une solide base de départ.

Pour plus d'informations sur Le RIC, vous pouvez contacter le Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap de la K.U. Leuven, via nkp@med.kuleuven.ac.be, + 32 16 33 69 72 ou www.nkp.be.

Bibliographie

- [1] **Burt, R.S.** The social structure of competition in Networks and Organisations: Structure, Form and Action. *Harvard Business School*, 1992: 57-91.
- [2] **Davenport, T. & Prusack, L.** *Working knowledge: how organizations manage what they know*. Harvard Business School Press, Boston, 1998.
- [3] **De Luc, K.** Are different models of care pathways being developed? *International journal of health care quality assurance*, 2000, Vol 13 (2), 80-86.
- [4] **Sermeus, W., Vanhaecht, K., Vleugels, A.** The Belgian-Dutch Clinical pathway network, *Journal of Integrated Pathways*, 2001, 5(1), 10-14.
- [5] **Sermeus, W. & Vanhaecht, K.** Wat zijn klinische paden? *Acta Hospitalia*, 2002, dit nummer.
- [6] **Vanhaecht, K., Sermeus, W.** Draaiboek voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een klinisch pad. 30 stappenplan van het Netwerk Klinische Paden, *Acta Hospitalia*, 2002, dit nummer.
- [7] **Vanhaecht, K., Sermeus, W., Vleugels, A., Peeters, G.** Ontwikkeling en gebruik van klinische paden (clinical pathways) in de gezondheidszorg, *Tijdschrift voor geneeskunde*, 2002 (in druk).
- [8] **Zander, K. & Bower, K.** *Implementing systems for managing care*. The Center for Case

Management, Boston, 2000.