

QUE SONT LES ITINÉRAIRES CLINIQUES?

W. Sermeus & K. Vanhaecht

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

Kris Vanhaecht est licencié en sciences médico-sociales et collaborateur scientifique itinéraires 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.

La notion d'itinéraires cliniques s'intègre progressivement dans les soins de santé. Cet article esquisse l'origine de cette méthode et délimite la notion au moyen de quatre termes clés: L'itinéraire clinique en tant que concept, processus, méthode et produit.

Introduction

Un itinéraire clinique se définit comme "un ensemble de méthodes et d'instruments pour mettre les membres d'une équipe pluridisciplinaire et interprofessionnelle d'accord sur les tâches à accomplir pour une population de patients spécifique. C'est la concrétisation d'un programme de soins dans le but de garantir une prestation de soins de qualité et efficientes" (Netwerk Klinische Paden, 2001). Les itinéraires cliniques sont issus de méthodes de planification développées dans l'industrie dans les années 50. La Critical Path Method (CPM) et la Programme Evaluation and Review Technique (PERT) en sont des exemples. Ces méthodes sont utilisées pour pouvoir mieux planifier et organiser des processus complexes. Citons, par exemple, des projets immobiliers complexes, des projets aérospatiaux, etc. La méthode PERT a ainsi été utilisée lors du développement de la fusée Polaris (Moder & Philips, 1964). La méthode inventorie le chemin critique entre les points A et B. Le chemin critique n'est pas toujours le chemin le plus court comme celui emprunté dans la définition et la résolution des problèmes de transport. Le chemin critique décrit les points critiques de la route qui pourraient allonger le trajet total. Ainsi

par exemple, l'ajournement d'une seule journée d'un examen préopératoire allongera également la durée totale d'hospitalisation d'une journée. Ceci signifie qu'un examen préopératoire est un point critique sur le trajet et doit être intégré dans la maîtrise du chemin critique.

La première utilisation dans les soins de santé remonte aux années 70. Les expériences sont cependant très limitées. Ce n'est qu'à la fin des années 80 (Zander & Bower, 2000) que la méthodologie commence à se répandre dans les soins de santé. Les soins de santé ne manquent à l'évidence pas de processus et projets complexes. Mais il n'y a que peu de personnes pour croire que des systèmes de planification puissent y apporter une contribution utile. L'incertitude, l'imprévisible, le profond besoin d'individualisation et la liberté thérapeutique sont autant d'arguments qui ont empêché la diffusion de systèmes de planification plus systématiques pour les soins de santé les plus essentiels.

Ceci a conduit à la forme actuelle des itinéraires cliniques qui, s'ils contiennent quelques caractéristiques de la PERT et du CPM, ont néanmoins été adaptés et élargis en vue de leur utilisation dans les soins de santé. Nous pouvons citer, à titre d'exemple, les accents mis sur la collaboration interdisciplinaire, l'*evidence-based medicine* (médecine factuelle), l'analyse des variances, l'utilisation d'indicateurs cliniques, etc.

Le présent article aborde les caractéristiques fondamentales d'un itinéraire clinique.

Les itinéraires cliniques en tant que concept

Les itinéraires cliniques supposent une vision centrée sur le patient. Bien que cette vision soit professée par le biais de déclarations d'intention, la pratique est souvent différente. De nombreux hôpitaux sont structurés de manière duale et fragmentée et la communication systématique entre la direction de l'hôpital, les médecins et le département infirmier se réduit souvent en peau de chagrin. En outre, les objectifs de l'organisation sont souvent déterminés par l'offre: une bonne exploitation de la capacité, un solde financier positif, une part de marché. Les objectifs déterminés par les demandes

des patients ou centrés sur eux tels que la satisfaction, la qualité des soins, la rapidité du service sont trop souvent réduits à la portion congrue dans les indices opérationnels d'une organisation hospitalière.

Il est clair que cela demande une nouvelle espèce d'hôpital: "from fragmentation to collaboration" (Mintzberg, 1997). Sermeus & Vleugels (2001) qualifient cela d'organisation hospitalière *service-line*, et prennent le patient comme point de départ pour la structuration de l'organisation hospitalière. Le processus clinique est l'axe central autour duquel les processus organisationnels prennent forme. Le processus clinique est considéré dans la perspective du patient globalement et, partant, ne se limite pas à l'activité du médecin. Van Vliet (1998) indique, par exemple, que lors d'un séjour moyen pour une opération à cœur ouvert à l'Akademisch Ziekenhuis d'Utrecht, le patient passe, durant son séjour en 8 à 10 jours, par cinq services différents et rencontre une centaine de collaborateurs de dix-huit disciplines différentes. Dans les organisations duales, la communication entre le processus clinique et les processus hospitaliers passe par toute une série de demandes et de prescriptions, ce qui surcharge l'administration et les communications. Ces demandes sont traitées chacune séparément par les services auxiliaires comme si elles n'avaient pas de rapport les uns avec les autres. Elles sont en outre planifiées selon les règles et procédures appliquées dans chacun de ces services. Un soutien systématique au processus clinique permet de mieux expliciter le concept des soins, de mieux répondre aux besoins et aux attentes des patients, d'intégrer l'évidence scientifique et de renforcer le travail interdisciplinaire et interprofessionnel. Un programme global peut être proposé aux patients en lieu et place d'une série d'interventions distinctes et peu coordonnées. Si nous partons de quelque 25 activités par patient par jour (médication, soins des plaies, examens et tests divers, consultation, repas, ...), ceci signifie que, l'hôpital moyen est soumis à un feu roulant entre 10.000 et 15.000 de ces instructions cliniques par jour. Rien d'étonnant dès lors à ce que l'on consacre et perde énormément de temps en discussions, en conflits, en rectification journalière de l'organisation et des soins, à la recherche des capacités requises, etc. Un itinéraire clinique conduit, à cet égard, à une communication "à large bande passante" grâce à laquelle la coordination et la communication peuvent se dérouler plus harmonieusement.

Les itinéraires cliniques ne sont pas synonymes d'une organisation centrée sur le patient. Ils sont un outil. Leur succès nécessite cependant une vision centrée sur le patient. Lorsque l'intérêt professionnel personnel ou les préoccupations de l'organisation l'emportent sur l'intérêt du patient, un itinéraire clinique n'est guère utile et n'a guère de chances de réussir.

Dans le contexte belge des soins de santé, un itinéraire clinique se traduit par un programme de soins. En 1994 déjà, le Conseil National belge des Etablissements Hospitaliers avait donné, dans un avis aux pouvoirs publics, une définition d'un programme de soins. Ce programme était défini comme une réponse cohérente et organisée au problème de santé du patient dans un ensemble structuré de services, dans lesquels sont offerts, à travers une coordination multidisciplinaire réelle, et de la manière la plus efficiente, les soins hospitaliers que requiert sa situation dans un continuité diagnostique, thérapeutique et de revalidation et ce, sous la forme la plus adéquate soit par admission, en polyclinique ou en hospitalisation de jour (Conseil National belge des Etablissements Hospitaliers, 1994). La loi sur les hôpitaux fixe effectivement le contenu d'un programme de soins. Un programme de soins comprend la définition d'un groupe cible, la définition du type et du contenu des soins, le niveau minimum d'activité, l'infrastructure requise, l'expertise et les effectifs du personnel médical et non médical requis, les normes de qualité et les normes afférentes au suivi de la qualité, les critères micro-économiques et les critères relatifs à l'accessibilité géographique. Cette énumération permet aux pouvoirs publics de coordonner l'agrément, la programmation et le financement de tels programmes. Les pouvoirs publics veulentt, par exemple, connaître l'incidence et la prévalence d'une problématique donnée afin de pouvoir donner un agrément à un nombre d'hôpitaux pour un programme donné. Ils ont besoin de critères de contrôle pour évaluer les programmes. Les hôpitaux, par contre, mettent principalement l'accent sur l'organisation du programme de soins: qui participe au programme de soins? Quels moyens sont nécessaires à cet effet et en quelle quantité?

Les itinéraires cliniques en tant que processus

Bien que des itinéraires cliniques soient mis en vente sur l'internet, leur valeur est très limitée. Nous considérons que le processus pour développer un itinéraire clinique est certainement aussi important (voire même, souvent, plus important) que le produit qui en résulte. Le développement d'un itinéraire clinique suppose un travail d'équipe dans lequel la population de patients est délimitée, l'équipe est réunie, la pratique actuelle est soumise à discussion et de nouvelles propositions d'amélioration sont formulées. Nous constatons que ce type d'entretiens sur l'approche globale des patients est très enrichissant pour sonder les équipes. Même au sein d'équipes dont les membres ont, pendant des années, collaboré harmonieusement sur le plan individuel, on découvre souvent que l'hypothèse implicite selon laquelle toutes les décisions et activités s'emboîtent de manière transparente n'est pas toujours réalisée dans la pratique. Ceci est souvent lié à des changements de personnel au sein des équipes, à un manque de clarté à propos des objectifs, des rôles et des fonctions à remplir, etc.

Il est dès lors très important de parcourir systématiquement le processus de développement des itinéraires cliniques tel qu'il est décrit dans le plan en 30 étapes (Vanhaecht et al., 2002). Ce n'est qu'à cette condition que la mise en œuvre de l'itinéraire clinique sera couronnée de succès.

L'importance de ce processus est d'ailleurs l'une des raisons fondamentales pour lesquelles la mise en œuvre des recommandations de bonne pratique se déroule aussi difficilement. Ce n'est pas parce que l'efficacité d'une intervention a été prouvée que chacun suivra cette directive sans autre forme de procès. Les équipes au grand complet de soignants doivent en être convaincues et être disposées à adopter cette méthode de travail. L'organisation doit le permettre et soutenir cette méthode de travail. Les avantages par rapport au temps requis et à l'impact doivent être suffisamment grands. Dans la pratique, nous constatons qu'en raison des problèmes de mise en œuvre, l'introduction de recommandation de bonne pratiques est de plus en plus souvent associée aux itinéraires cliniques.

L'itinéraire clinique en tant que méthode

Comme indiqué dans l'introduction, un itinéraire clinique est un ensemble de méthodes et d'instruments. Alors que les programmes de soins s'efforcent d'apporter une réponse à la question "quoi", les itinéraires cliniques répondent avant tout à la question "comment". Les programmes de soins sont ce qui est proposé par les hôpitaux et le groupe de collaborateurs aux patients réels ou potentiels: diagnostic et traitement de lésions dorsales, une clinique pour les problèmes cardiaques, un centre de revalidation, le dépistage du cancer du sein, etc. Le programme de soins est ce qui est affiché, ce qui figure dans les dépliants et brochures et incite les patients à opter pour l'hôpital A plutôt que pour l'hôpital B. L'itinéraire clinique est l'histoire qui, à l'hôpital, reste confinée à l'intérieur de la chambre mais fait en sorte que les attentes créées soient effectivement réalisées.

La National Library of Medicine définit un itinéraire clinique comme "Schedules of medical and nursing procedures, including diagnostic tests, medications, and consultations designed to effect an efficient, coordinated program of treatment". Comme terme de recherche, on utilise "critical pathways". Le terme le plus utilisé dans la littérature est de toute évidence clinical pathway ou itinéraire clinique, mais l'on retrouve également dans la littérature des appellations telles que care pathway, caremap®, critical pathway, integrated care pathway etc. Cette définition met très fort l'accent sur l'organisation des soins. L'un des points forts de la définition est qu'un itinéraire clinique est décrit comme quelque chose qui est conçu ou "designed". Un itinéraire clinique va au-delà des soins médicaux et infirmiers: il englobe toutes les activités impliquées directement ou indirectement dans les soins aux patients. Un itinéraire clinique ne se concentre pas uniquement sur des soins efficaces, mais englobe également des soins sûrs, équitables, ponctuels et efficaces. Dans cet article, nous nous penchons sur la définition d'un itinéraire clinique.

Les itinéraires cliniques utilisent tout un arsenal de méthodes de maîtrise des soins. L'élément central dans ce choix est le degré de prévisibilité avec lequel le problème, le

diagnostic ou le traitement se déroule. De manière générale, on distingue trois méthodes: 1) les itinéraires cliniques standardisés, 2) les itinéraires cliniques spécifiques au patient (customised) et 3) le case management.

Les *itinéraires cliniques standardisés* sont utilisés pour un processus de soins bien prévisible au niveau d'un groupe de patients. Un exemple en est la période post-partum après un accouchement vaginal normal, un autre, une intervention pour une hernie inguinale par laparoscopie ou encore une chimiothérapie. Dans ces itinéraires cliniques, le déroulement est largement prévisible. Les interventions et objectifs sont standardisés au niveau de la population de patients et reproduits dans un diagramme de Gantt ou time-task matrix (figure 1).

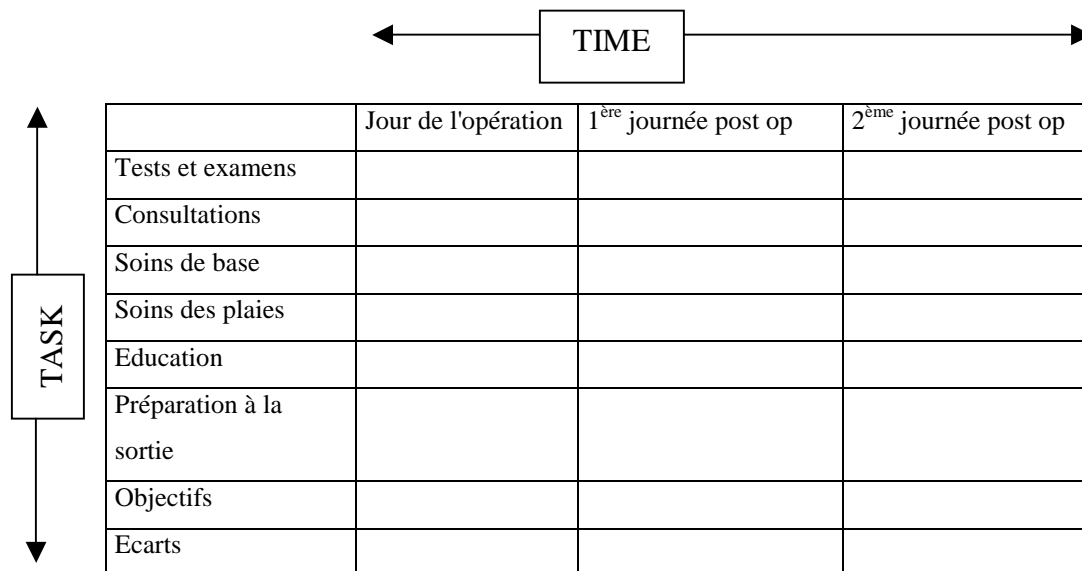


Figure 1: Exemple de lay-out de itinéraire clinique standardisé pour une intervention chirurgicale

La deuxième méthode concerne les *itinéraires cliniques spécifiques aux patients (customised)*. En l'occurrence, L'itinéraire clinique n'est pas organisé au niveau du groupe de patients, mais bien au niveau du patient individuel. Un tel itinéraire clinique est indiqué lorsque les soins au niveau du groupe sont imprévisibles, mais ne le sont pas pour un patient individuel, dès que ses différents besoins sont concrètement pris en compte. Un exemple d'un tel chemin est la revalidation après un Accident Vasculaire Cérébral. Au niveau du groupe de patients, l'étendue de l'AVC, les troubles fonctionnels et les

possibilités de récupération sont difficiles à estimer. Ceci signifie qu'au cours d'une première semaine, une évaluation pluridisciplinaire exhaustive est pratiquée via un itinéraire clinique standardisé. Sur la base de ces résultats, la suite de la revalidation peut être organisée dans un itinéraire clinique spécifique au patient. Les fondements d'un tel chemin sont établis de manière standard. Chaque patient parcourt cependant son propre itinéraire clinique.

Outre les itinéraires cliniques standardisés et spécifiques au patient, le *case-management* constitue une troisième méthode. Les populations de patients qui ont un parcours peu ou pas prévisible entrent ici en ligne de compte. Exemples: patients hospitalisés en urgence avec une pathologie grave peu prévisible, patients admis de manière non routinière dans un service de soins intensifs, etc. Une concertation interdisciplinaire quotidienne est nécessaire. Le case management est indiqué pour ces populations. Le case management se concentre sur l'orchestration de l'équipe pour une population de patients spécifiques difficilement prévisibles. Zander & Bower (2000) décrivent la tâche du case manager comme "a living and breathing clinical pathway". Cette personne coordonne les soins pour un patient spécifique. Les différents membres de l'équipe sont accordés et les objectifs sont définis, suivis et, au besoin, adaptés.

Le groupe de itinéraires cliniques standardisés présente environ 60% des populations de patients. Les itinéraires cliniques spécifiques au patient et le case management sont tous deux estimés à 20%.

L'itinéraire clinique en tant que produit

Un itinéraire clinique comporte un éventail de produits:

1. Le chemin type (Model Pathway): Celui-ci est développé pour un groupe de patients. L'organisation des soins est établie sur la base d'un trajet clinique idéal/attendu: qui fait quoi quand, les moments de décision, les demandes et prescriptions, l'information, ... La base des model pathways est formée par les notions issues de

evidence-based medicine (médecine factuelle), l'expérience clinique, les attentes des patients, les possibilités et limites de l'organisation propre. Ce sont ces model pathways qui sont publiés dans la littérature.

2. Le chemin propre au patient (Assigned Pathway): C'est l'application d'un model pathway pour un patient individuel. Quelques exemples permettront de voir plus clairement la différence. Dans un model pathway, on indique par exemple qu'en cas d'hospitalisation, x ou y doit avoir lieu. Dans l'assigned pathway, le jour de l'admission est un jour concret de la semaine où x ou y a lieu ou non. Ceci exige que le modèle soit adapté aux circonstances et situations concrètes. Dans le model pathway, quelques activités standard peuvent être prévues (par exemple, une série d'examens standard). Le timing peut être adapté en fonction des préférences individuelles ou des possibilités du patient ou de la faisabilité au sein de l'organisation.
3. Le trajet des patients (Completed Pathway): Il s'agit du trajet réellement parcouru par le patient post factum. Il peut se dérouler un peu plus rapidement ou plus lentement que préalablement prévu dans le chemin type. Les résultats cliniques préconisés ont ou non été réalisés. Beaucoup ou peu d'écarts ont été constatés et documentés par rapport au chemin original. Ceci correspond au dossier traditionnel des patients. La grande différence réside dans le fait que l'on ne commence pas avec un dossier vierge, mais que le déroulement escompté des soins est déjà établi à l'avance. Ceci permet à l'équipe et à l'hôpital de s'organiser en conséquence. Une deuxième différence est que le dossier des patients documente de manière exhaustive les constatations et décisions cliniques. L'itinéraire clinique se limite aux points de décision qui détermineront la collaboration interdisciplinaire et l'organisation des soins.
4. Information sur l'itinéraire pour les patients: l'itinéraire clinique est transcrit dans une version pour les patients. On retrouve cette information généralement sous la forme d'une brochure qui présente l'équipe et décrit et explique le processus clinique étape par étape. Un élément important est une description de ce que l'on attend du patient et de ce qu'il peut/doit faire.
5. Le rapport d'analyse des écarts: Les écarts par rapport au itinéraire clinique sont documentés dans le rapport d'analyse des écarts. Quatre types d'écarts peuvent être

documentés (Sermeus, 1996). *Les modifications par suite de l'état du patient ou de la famille.* Il est possible que l'état du patient ne permette pas un traitement donné ou que le patient se rétablisse moins rapidement ou plus rapidement que prévu. *Les modifications par suite de dysfonctionnements de l'hôpital.* Un examen qui est postposé en raison d'une surcharge au service des examens. *Les modifications par suite de décisions du soignant.* Un médecin ou un infirmier peut juger souhaitable de ne pas pratiquer tel ou tel soin. Une quatrième et dernière forme d'écart sont les *modifications liées à des facteurs sociaux.* Le patient est prêt à quitter l'hôpital, mais aucune prise en charge n'est possible. Les rapports d'analyse des écarts sont utilisés à des fins de compte rendu ainsi que pour l'évaluation et la rectification ultérieures du itinéraire clinique.

6. La Boussole du Itinéraire clinique: Elle se compose d'un choix parmi les indicateurs souhaités, de la fréquence et du mode d'enquête et des sources. Cinq types d'indicateurs y sont repris : les indicateurs cliniques, les indicateurs liés au service, les indicateurs liés à l'équipe, les indicateurs liés au processus et les indicateurs financiers (Vanhaecht et al., 2002).

Conclusion

Un itinéraire clinique est à l'évidence bien plus qu'une feuille de papier sur laquelle est consignée une série de conventions. C'est un plan global pour développer, à partir de tous les intéressés, une approche globale pour une population de patients donnés. Dans ce cadre, l'accent est mis tant sur le processus (plan en 30 étapes) que les méthodes utilisées. Les itinéraires cliniques ne sont pas utilisables dans la même mesure pour tous les patients et toutes les situations de soins. Un volume important et une haut degré de prévisibilité constituent des conditions essentielles pour pouvoir élaborer un itinéraire clinique.

Bibliographie

- [1] **De Luc, K.** Are different models of care pathways being developed? *International journal of health care quality assurance*, 2000, Vol 13 (2), 80-86.
- [2] **Mintzberg, H.** Toward healthier hospitals, *Health Care Manage Rev.*, 1997; 22(4): 9-18.
- [3] **Moder, J.J. & Phillips, C.R.** Project Management with CPM and PERT. Reinhold Industrial Engineering and Management Sciences, Textbook Series. Reinhold Publishing Corporation, 1964, New York.
- [4] **Sermeus, W. & Vleugels, A.** *Patiëntgestuurde organisatie*, Kluwer: Reeks Management in de Gezondheidszorg, 2002, 118pp.
- [5] **Sermeus, W.** *Klinische paden voor de verpleegkundige praktijk*. In van Beek, C.C., van Dorsten, T.C. & Boekholdt, M.G. (1996). *Handboek Verpleegkundige Innovatie*, Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- [6] **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).
- [7] **van Vliet, J.** De invulling van kwalificatieniveau 5, *TVZ* 1998, 17: 506-507.
- [8] **Zander, K. & Bower, K.** *Implementing systems for managing care*. The Center for Case Management, 2000 Boston.