

Du processus aux soins intégrés : expérience de gestion de projet bottom-up

Epicum Marie¹, Bassleer Bernard², Defraigne Jean Olivier³, Gillet Pierre⁴, Larbuisson Robert⁵, Maclot Eric⁶.

CHU de Liège, Domaine Universitaire B35, 4000 Liège,

¹ Infirmière coordinatrice Itinéraires cliniques, +3243667009, marie.epicum@chu.ulg.ac.be

² Directeur Médical adjoint, +3243667008, bernard.bassleer@chu.ulg.ac.be

³ Chef de service - Chirurgie cardiovasculaire et thoracique, +3243667163, jo.defraigne@chu.ulg.ac.be

⁴ Directeur Médical, +3243667009, pierre.gillet@chu.ulg.ac.be

⁵ Chef de service associé, Anesthésie-réanimation, +3243667176, robert.larbuisson@chu.ulg.ac.be

⁶ Directeur département Infirmier, +3243667010, eric.maclot@chu.ulg.ac.be

Résumé: Le projet itinéraire clinique chirurgical cardiaque est un exemple de projet bottom-up. Le service de chirurgie cardiaque du CHU de Liège a soutenu des recherches visant à développer un programme d'épargne sanguine, enjeu actuel de taille dans ce secteur des soins de santé. Ce projet a évolué vers la création d'un itinéraire clinique chirurgical cardiaque et d'un modèle institutionnel pour le développement d'autres itinéraires cliniques. Cette évolution permet au projet de déterminer les missions spécifiques de l'institution et ses objectifs stratégiques d'une part, et d'autre part, de s'associer aux projets nationaux. Le processus de cette démarche tisse un maillage horizontal et vertical. L'adhésion multidisciplinaire, soutenue par un leadership médical et infirmier, ainsi que la reconnaissance institutionnelle, sont les déterminants de sa pérennité.

1. De la problématique de Santé Publique au projet de service

L'utilisation rationnelle du sang est une préoccupation de taille dans le secteur des soins de santé. Le risque de déséquilibre entre ressources et besoins transfusionnels ¹ associé aux risques liés tant à la transfusion qu'à sa nécessité, justifie le développement de stratégies d'épargne sanguine ². L'Organisation Mondiale de la Santé a émis des recommandations relatives à une utilisation clinique rationnelle du sang et plusieurs programmes d'épargne sanguine ont été décrits, notamment en chirurgie cardiaque. Le succès de ces programmes est cependant étroitement lié à la pratique clinique exercée dans l'établissement concerné, à sa structure sociale et organisationnelle et au type de stratégie utilisée ³.

Conscient de cette problématique et de son importance, le service de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique du Centre Hospitalier Universitaire de Liège a soutenu les recherches initiées dans le cadre d'une thèse de doctorat par une infirmière perfusionniste de ce service. L'objectif de ces recherches était de mettre en place, coordonner et évaluer un programme d'épargne sanguine relatif à la prise en charge des patients opérés cardiaques au CHU de Liège. Ce projet permettait également d'amorcer une dynamique de standardisation, de coordination et de formalisation des pratiques. Le service de chirurgie cardiaque devait en effet faire face à plusieurs départs à la retraite, liés à la vague démographique des débuts de la spécialité à Liège en 1976, et la nécessité de préserver l'expérience des agents sortants s'imposait comme une évidence. Les services de soins jusqu'alors dédiés à une spécialité particulière étaient régulièrement contraints de prendre en charge des patients relevant d'autres spécialités, en raison d'une augmentation

des admissions, de poly-pathologies et de l'émergence de nouvelles spécialités. La pénurie de personnel infirmier génère un turnover des agents (intérimaires extérieurs et équipes volantes internes) tandis que le statut universitaire de l'hôpital favorisait le turnover du personnel médical (assistants, stagiaires). De même, cette démarche favorisait le plein déploiement de l'outil informatique.

2. Du projet de service au projet institutionnel

Une étude rétrospective descriptive de la prise en charge des patients et des pratiques d'épargne sanguine a tout d'abord été menée ⁴. Cet état des lieux a permis d'identifier plusieurs éléments améliorables dans la période péri-opératoire : d'une part des mesures pratiques cliniques relatives au traitement de l'anémie, à la diminution des saignements et des pertes sanguines et à l'amélioration de la tolérance physiologique à l'anémie, et d'autre part, des mesures organisationnelles transversales, nécessaires au suivi, à l'évaluation et à l'amélioration continue du processus instauré (Figure 1).

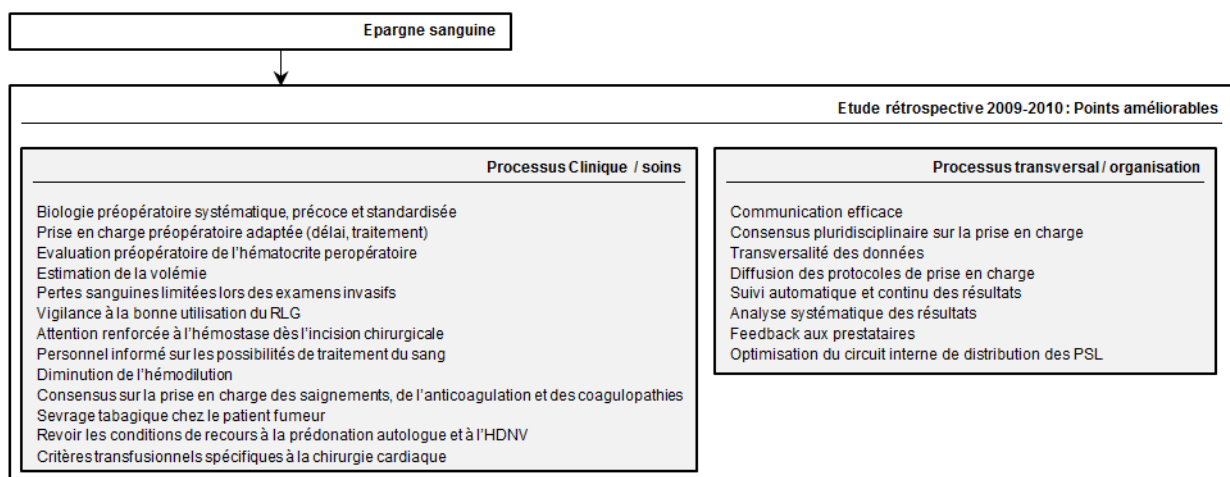


Figure 1. Une étude rétrospective descriptive a permis de mettre en évidence divers éléments pouvant être améliorés au niveau des pratiques cliniques et du processus transversal d'organisation de la prise en charge des patients opérés cardiaques au CHU de Liège, afin de concourir aux objectifs d'épargne sanguine.

Les suites immédiates de cette étude ont été d'en diffuser les résultats en interne (réunion de service, colloque, intranet) et de sensibiliser un maximum d'acteurs à la problématique de l'épargne sanguine, afin de trouver des collaborateurs et générer d'autres initiatives contribuant à ce projet ambitieux. Ces démarches se sont vues récompensées par la mise en œuvre de diverses études et actions complémentaires, dont notamment la création de groupements d'experts, la réalisation de mémoires de fin d'études et la poursuite d'études cliniques, sur des thématiques particulières ayant été soulevées.

Une approche et un soutien institutionnels s'avéraient indispensables à la poursuite du travail, de même qu'une méthode rigoureuse. En effet, le nombre d'acteurs, de services et de départements impliqués se multipliait (Figure 2) et nous étions bien conscients qu'au-delà de mesures médicamenteuses ou interventionnelles strictes, ce sont la cohérence des mesures choisies et la coordination de la prise en charge par l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, qui déterminent l'efficacité d'un programme d'épargne sanguine. La méthode des itinéraires cliniques semblait répondre à nos besoins ; une demande de projet d'itinéraire clinique chirurgical cardiaque a donc été introduite et a bénéficié d'un soutien institutionnel pour

son développement. Notre démarche était d'autant plus pertinente que, tandis qu'un tiers des centres de chirurgie cardiaque sur le territoire belge n'atteignait plus le critère d'agrément de 250 interventions par an, le CHU de Liège était déjà l'un des plus gros centres de chirurgie cardiaque de Belgique, avec plus de 600 interventions par an. En cette période de comparaison des hôpitaux et de transparence quant à leurs pratiques et leurs résultats, il y avait donc lieu de miser sur la démonstration de la qualité de nos services en plus du volume de notre activité.

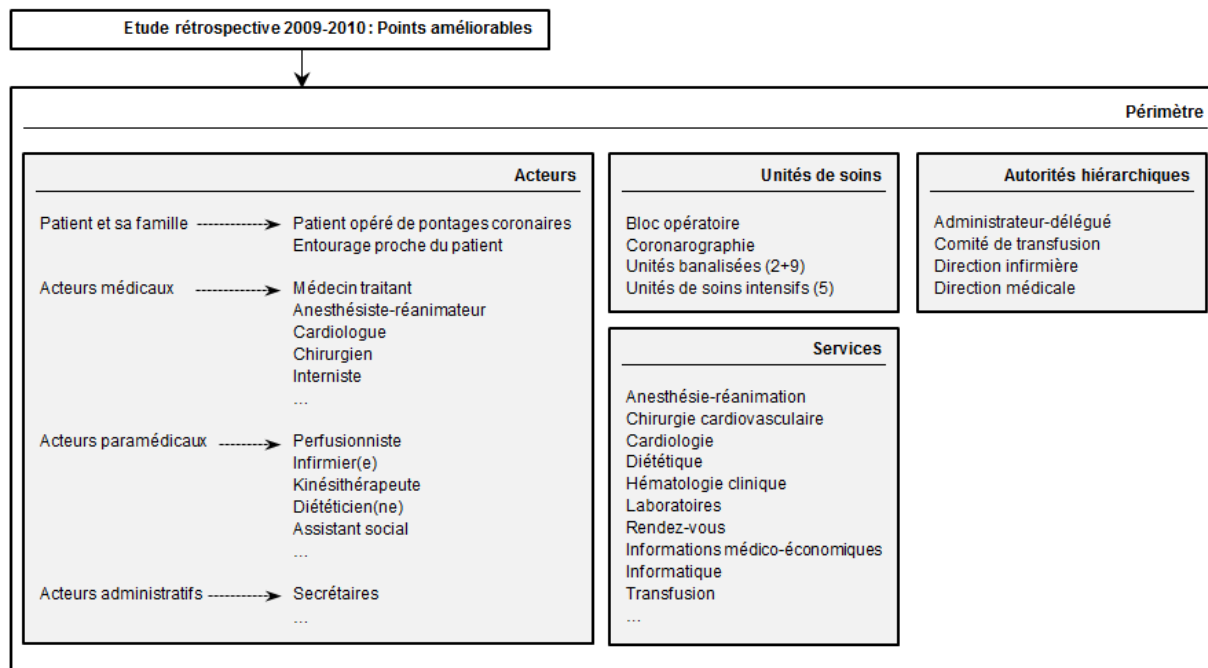


Figure 2. Les points d'amélioration mis en évidence dans l'étude rétrospective impliquaient un nombre considérable d'acteurs et de services, tant en interne qu'en externe.

3. L'intégration du projet institutionnel

L'itinéraire clinique développé traite dans un premier temps de la prise en charge du patient opéré de pontages coronaires, depuis la pose de l'indication opératoire jusqu'à la sortie d'hospitalisation. Une équipe pluridisciplinaire a été constituée des acteurs principaux impliqués dans la prise en charge de ces patients. Le processus de soins a été révisé de manière à en assurer la standardisation et l'optimisation puis a été formalisé dans un protocole. Les rôles et les activités de chacun des membres de l'équipe multidisciplinaire ainsi que des patients et de leur entourage y sont décrits et planifiés (« Qui fait quoi, quand et où ? »). Ce protocole fait référence aux procédures (« Comment ? ») et est relié aux recommandations (« Pourquoi ? »). L'évaluation continue des résultats sera assurée par un relevé d'indicateurs de structure, de processus et de résultats (Figure 3). L'application de cette méthodologie facilite l'interaction entre projets et fait des itinéraires cliniques un support idéal au développement de nombreuses démarches transversales, notamment dans le cadre de la qualité et de la sécurité des soins au patient. Les mesures nécessaires à l'épargne sanguine sont ainsi intégrées au processus et mesurées par des indicateurs spécifiques, conçus en équipe pluridisciplinaire.

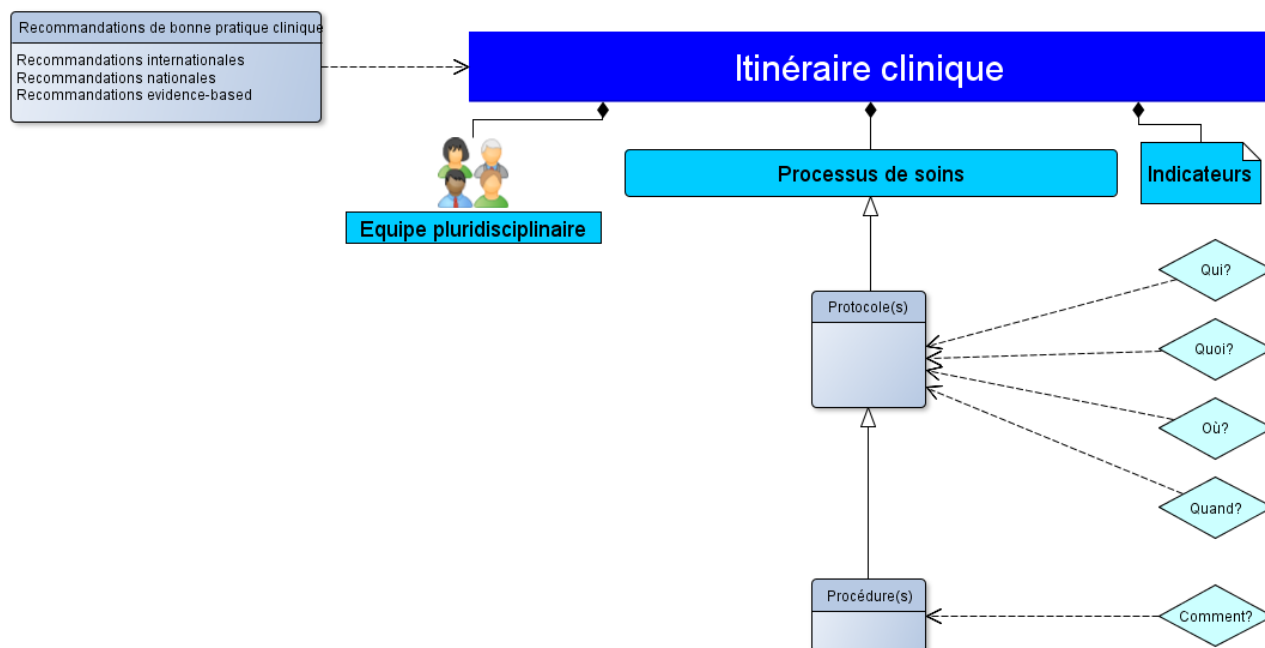


Figure 3. Définitions des composants de l'itinéraire clinique. La description du processus de soins relève d'un consensus pluridisciplinaire et est formalisée dans un protocole. Les rôles et les activités de chacun des membres de l'équipe multidisciplinaire ainsi que des patients et de leur entourage y sont décrits et planifiés (« Qui fait quoi, quand et où ? »). Ce protocole fait référence aux procédures (« Comment ? ») et est relié aux recommandations (« Pourquoi ? »). L'évaluation continue des résultats est assurée par un relevé d'indicateurs de structure, de processus et de résultats.

L'adhésion multidisciplinaire, la reconnaissance institutionnelle et la pérennité de ce projet nécessitent une juste mesure entre les innovations qu'il apporte et son intégration dans l'existant. L'interaction avec de nombreux autres projets en cours et à venir devait ainsi être étudiée et exploitée afin d'assurer leur synergie. Nous avons dès lors saisi l'opportunité de participer aux groupes de travail et de réflexion sur le nouveau plan stratégique institutionnel et y avons défendu l'idée que les itinéraires cliniques, par leurs caractéristiques, leur méthodologie de développement et leurs objectifs, représentent un support de choix au développement de nombreuses démarches transversales. Ainsi, le processus qui était initié dans le cadre de l'itinéraire clinique chirurgical cardiaque permettait de soutenir les mesures d'épargne sanguine, mais pourrait également permettre de soutenir d'autres projets et notamment de rencontrer les exigences du plan pluriannuel 2013-2017 du Service Public Fédéral Santé Publique pour la qualité et la sécurité des soins voire préparer le CHU de Liège au processus d'accréditation. De même, l'itinéraire clinique chirurgical cardiaque devait également être intégré au manuel de qualité cardiologique pluridisciplinaire dans sa partie relative au programme de soins « pathologie cardiaque » B3, développé dans le cadre du réseau « pathologie cardiaque »¹. Ces arguments ont plaidé en faveur de l'intégration du développement des itinéraires cliniques dans le nouveau plan stratégique institutionnel, aux côtés des trajets de soins, dans un projet global visant à améliorer le parcours du patient.

¹ Conformément aux dispositions de l'Arrêté royal du 12 juin 2012 modifiant l'arrêté royal du 15 juillet 2004 fixant les normes auxquelles les programmes de soins « pathologie cardiaque » doivent répondre pour être agréés : « **Art. 20. [§ 1er.** Un hôpital agréé pour un programme de soins B doit faire usage d'un manuel cardiologique pluridisciplinaire qui (...) comprend les directives pluridisciplinaires concernant la fixation du diagnostic, le traitement, le suivi et la réadaptation de patients atteints d'une pathologie cardiaque (...). »

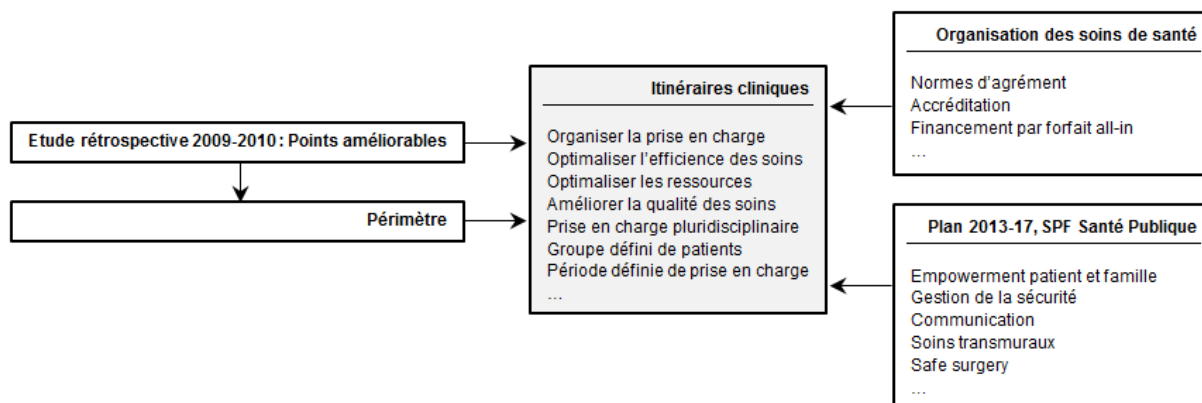


Figure 4. Les caractéristiques du projet justifiaient qu'une méthode solide guide son développement. Les itinéraires cliniques semblaient répondre à ces besoins et venaient également en réponse à l'évolution des soins de santé.

Le CHU de Liège bénéficiant déjà du support informatique pour le dossier patient (médical, infirmier, paramédical), les analyses de laboratoire, la transfusion, l'imagerie médicale, la prescription et la prise de rendez-vous, l'informatisation de l'itinéraire clinique devait être élaborée de manière à bénéficier de ces ressources tout en limitant au mieux les changements d'utilisation pour les acteurs de terrain. Notre projet a dès lors été proposé comme pilote pour la création d'un logiciel informatique de support aux itinéraires cliniques, intégré aux logiciels existants dont nous bénéficions. Des aménagements des différents logiciels sont nécessaires afin de diminuer le nombre d'actes humains automatisables et/ou informatisables et ainsi diminuer les pertes de temps et le nombre d'erreurs liées au recopiage, tenter d'améliorer le taux de complétion du dossier patient et des bases de données externes (ex : registres nationaux), faciliter l'analyse des dossiers et l'extraction d'informations. Le flux d'information doit être amélioré afin de réduire d'une part le nombre d'incidents (ou de risque d'incident) dans le cours d'un itinéraire clinique individuel et d'autre part les durées de prise en charge, notamment par une réduction du délai entre deux étapes du parcours de soins ainsi que du temps nécessaire à la réalisation de chaque étape. Enfin, l'informatisation de l'itinéraire clinique devrait nous permettre d'évaluer le degré de réalisation des objectifs fixés pour un patient ou un groupe de patients et de mesurer l'adéquation entre le parcours du patient et l'itinéraire clinique défini (assurance qualité).

Les besoins de développement de l'outil informatique soulevés dans le cadre de l'itinéraire clinique chirurgical cardiaque ont dès lors trouvé écho non seulement dans les parcours de soins relatifs à la prise en charge d'une urgence (ex : itinéraire clinique de l'accident vasculaire cérébral), mais également pour le suivi des pathologies chroniques (ex : diabète, ostéoporose, insuffisance rénale chronique, maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, etc.). L'annonce de ce projet a également attiré l'attention d'autres professionnels en charge du suivi de processus pluridisciplinaires de soins pour des groupes de patients définis sur une période de temps déterminée, notamment dans le cadre de remboursements par l'assurance-maladie (ex : suivi des endoprothèses « stentgraft ») et dans la recherche translationnelle (ex : analyse d'organes post-mortem). Nous sommes ainsi convaincus que ces développements informatiques pourraient aider au développement de l'informatisation des parcours de soins, et ainsi de contribuer également à la réalisation des objectifs d'autres projets du nouveau plan stratégique de l'institution, dont notamment l'évaluation de la qualité par le suivi d'indicateurs, la réduction de la durée moyenne de séjour, l'optimisation de l'occupation des blocs opératoires par une optimisation du fonctionnement des services

et des processus ainsi que l'optimisation du fonctionnement de l'imagerie médicale par l'amélioration de l'adressage interne.

4. La mission universitaire

La méthodologie utilisée dans ce projet relève de l'enseignement du Réseau Itinéraire Clinique^{5, 6} et vise le déploiement d'autres itinéraires cliniques dans l'institution. Le Réseau Itinéraire Clinique existe depuis une dizaine d'années en Belgique et propose son soutien aux hôpitaux dans l'élaboration, le développement, la mise en place, l'évaluation et le suivi des itinéraires de soins. Il dispense également des formations aux coordinateurs de ces projets. Ce réseau, qui regroupe un grand nombre de coordinateurs et d'hôpitaux, souhaite orienter ses actions futures notamment vers le développement d'une structure interuniversitaire pour une gestion intégrée des processus centrés sur le patient et la promotion de la qualité et de la sécurité des soins. C'est dans ce cadre que le CHU de Liège a proposé sa collaboration au réseau.

En parallèle et en complément de ces mesures, nous avons participé à la réflexion sur l'évolution du profil infirmier vers les pratiques avancées, cette évolution étant indispensable au développement ultérieur de mesures organisationnelles, cliniques et de recherches telles que celles qui ont été mises en œuvre tout au long de ce travail.

5. Conclusion

Le projet itinéraire clinique chirurgical cardiaque est un exemple de projet bottom-up. D'un besoin des équipes de soins est née une initiative locale, répondant à une réalité de terrain. Son évolution et sa mise en œuvre rencontrent d'une part, les missions spécifiques de l'institution, par une intégration des processus cliniques, de recherche et d'enseignement, et d'autre part, les objectifs stratégiques de l'institution notamment par une synergie avec des projets nationaux. L'évolution de ce projet en un maillage horizontal et vertical est l'expression de ce qu'on pourrait dénommer un « empowerment du personnel ». L'adhésion multidisciplinaire, soutenue par un leadership médical et infirmier, ainsi que la reconnaissance institutionnelle déterminent la pérennité de ce projet.

6. Références

1. Seifried E, Klueter H, Weidmann C, Staudenmaier T, Schrezenmeier H, Henschler R, et al. How much blood is needed? *Vox Sang.* 2011; 100:10-21.
2. Shander A, Javidroozi M, Ozawa S, Hare GM. What is really dangerous: anaemia or transfusion? *Br J Anaesth.* 2011; 107 Suppl 1:41-59.
3. Salem-Schatz SR, Avorn J, Soumerai SB. Influence of clinical knowledge, organizational context, and practice style on transfusion decision making. Implications for practice change strategies. *JAMA.* 1990; 264:476-83.
4. Erpicum M, Defraigne J, Larbuisson R. Epargne sanguine en chirurgie cardiaque : Etude rétrospective des pratiques. [Rapport institutionnel - CHU de Liège] Université de Liège: CHU de Liège 2013; 47]. Available from: <http://hdl.handle.net/2268/147464>.
5. 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; 2:13-27.
6. Vanhaecht K, Van Gerven E, Deneckere S, Panella M, Vleugels A, Sermeus W. 7 fasen model voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van zorgpaden. *Tijdschrift voor geneeskunde.* 2011; 67:473-81.

