

TOUR DES HOPITAUX DU RÉSEAU ITINÉRAIRES CLINIQUES

2012

Marlène Karam: marlene.karam@uclouvain.be
Roxane Dierckx de Casterlé: roxane.dierckx@uclouvain.be
Tel: +32 2 764 31 50

Réseau Itinéraires Cliniques / RIC / Université catholique de Louvain

Clos Chapelle-aux-Champs, 30 B1 30 01
1200 Bruxelles
Belgique

Secrétariat RIC

Yolande Pycke
Tél. +32 (0)2 764 34 56
Fax +32 (0)2 764 34 35

Responsable académique

Pr Elisabeth Darras

Editeurs

Roxane Dierckx de Casterlé
Marlène Karam

Institutions de soins participantes

Cliniques universitaires Saint-Luc
Centre Neurologique William Lennox
Centre Hospitalier Chrétien
Centre Hospitalier du Luxembourg
Centre Hospitalier de Wallonie Picarde
Grand Hôpital de Charleroi
Hôpitaux Iris Sud
Association Intercommunale Vivalia

Design

Valérie Van Butsele
Yolande Pycke

Pour une copie de ce document, veuillez contacter : roxane.dierckx@uclouvain.be
Voir à : <http://www.uclouvain.be/325646.html>
Date : Avril 2013

Table des matières

Lexique	4
Table des graphiques et tableaux	5
I. Introduction	6
II. Conception du guide d'entretien	7
A. Attentes des coordinateurs vis-à-vis du « Tour des hôpitaux du RIC »	7
a. Rencontre de la direction	7
b. Rencontre des équipes	8
c. Autres projets « qualité-sécurité » et contexte institutionnel	8
d. Environnement externe	8
e. Suggestions émises par les coordinateurs suisses	9
B. Les sept dimensions du guide d'entretien	9
III. Organisation pratique	10
IV. Déroulement des entretiens	12
V. Résultats :	13
Dimension 1 : Inventaire des IC actifs, en cours de développement, et suspendus	13
Dimension 2 : Fonctionnement en interne de la coordination IC	17
Dimension 3 : Etat des lieux de l'informatisation dans votre institution	24
Dimension 4 : Implication des patients dans les IC	27
Dimension 5 : Communication autour des IC (interne et externe)	30
Dimension 6 : La pérennisation des IC : autres moyens mis en place	33
Dimension 7 : Attentes par rapport au réseau	36
VI. Observation de réunions multidisciplinaires	45
VII. Comparaison avec le bilan du RIC 2008	46
VIII. Limites du bilan	48
IX. Discussion et perspectives	49
X. Conclusions	51
XI. Annexes	52
Annexe 1 : Le guide d'entretien	52
Annexe 2 : La fiche de rapportage des réponses	56
Annexe 3 : Répartition des IC au sein de chaque discipline	67
Annexe 4 : L'échelle d'informatisation	69
Annexe 5 : La grille d'observation d'une réunion multidisciplinaire	70
Annexe 6 : L'Arrêté Royal du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier doit répondre	73

Lexique

Accident Ischémique Transitoire	AIT
Accident Vasculaire Cérébral	AVC
Arrêté Royal	AR
Comité médico-pharmaceutique	CMP
Durée Moyenne de Séjour	DMS
Equivalent Temps Plein	ETP
Evaluations pré-intervention	EPI
European Foundation for Quality Management	EFQM
Faculté de santé publique	FSP
Itinéraires Cliniques	IC
Joint Commission	JC
Netwerk Klinische Paden	NKP
Outil d'Auto Evaluation des Processus de Soins	OAEPS
Plan Stratégique	PS
Quartier Opérateur	QO
Réseau Itinéraires Cliniques	RIC
Résumé Clinique Minimum	RCM
Résumé Infirmier Minimum	RIM
Service Public Fédéral	SPF
Transfert Extra-Muros	TEM
Transfert Intra-Muros	TIM
Transfert Intra-Muros des patients Instables	TIMI
Travaux de Fin d'Etudes	TFE

Table des graphiques et tableaux

Tableaux :

Tableau I.	Synthèse des données sur les hôpitaux et coordinateurs impliqués dans le « Tour des hôpitaux du RIC »
Tableau II.	Temps dédié des coordinateurs aux IC

Graphiques :

Graphique 1.	Répartition des IC par discipline
Graphique 2.	Représentation de l'appui médical lors de la mise en œuvre d'un IC
Graphique 3.	Collaborateurs qui appuient les IC
Graphique 4.	Répartition des collaborateurs qui donnent l'information au patient
Graphique 5.	Canaux de communication en interne
Graphique 6.	Canaux de communication en externe
Graphique 7.	Bénéfices du RIC
Graphique 8.	Nombre de visites de devrait effectuer le RIC auprès des institutions de soins affiliées
Graphique 9.	Type de projets qui intéressent les coordinateurs

I. Introduction:

Entre octobre 2007 et janvier 2008 un premier bilan¹ sur l'utilisation et l'organisation des itinéraires cliniques (IC) au sein du Réseau Itinéraires Cliniques (RIC) a été effectué par la coordinatrice du RIC.

Ce bilan était composé d'une partie descriptive, qui détaillait les projets IC au sein des institutions affiliées au Réseau et d'une autre partie qualitative qui avait pour but d'explorer les forces, les difficultés, le suivi, l'organisation interne des IC, les plans d'avenir et les attentes des institutions.

Ce projet qui avait pour objectif de faire une remise en question du Réseau après 4 ans d'existence, était en même temps une complémentarité à la même démarche effectuée du côté de nos collègues néerlandophones du Netwerk Klinische Paden (NKP).

Quatre ans plus tard, il est pertinent de refaire un bilan auprès des coordinateurs du RIC ; nous avons conçu un guide d'entretien proche du précédent, permettant ainsi une comparaison ne fût-ce que partielle entre la situation des IC dans les institutions de soins en 2008 et celle en 2012.

Les objectifs de ce deuxième tour sont multiples :

- Etablir un état des lieux des projets IC en Belgique francophone, au Grand-Duché de Luxembourg et en Suisse.
- Identifier les facteurs favorables ou défavorables à la pérennisation des IC dans chaque institution.
- Mieux comprendre les forces et les faiblesses des IC, telles qu'elles sont vécues sur le terrain.
- Situer les IC par rapport aux différents projets qualité en cours dans les hôpitaux du RIC.
- Identifier les moyens déployés pour impliquer les patients dans les différentes phases d'un IC.
- Recueillir les avis sur le fonctionnement du RIC et sur son potentiel.

¹ Utilisation et organisation des itinéraires cliniques (IC) dans le Réseau Itinéraires Cliniques « BILAN RIC 2008 », N. Chaidron

II. Conception du guide d'entretien:

Pour la conception du guide d'entretien, nous nous sommes basés sur les attentes des coordinateurs vis-à-vis d'une telle visite ; concrètement nous avons organisé le 14 décembre 2011 une journée autour de la « Pérennisation des IC » ou « Keeping pathways alive », à laquelle nous avons invité les directions, les responsables de la qualité dans les différentes institutions, en plus des coordinateurs actuels, anciens et futurs².

Ce séminaire avait pour objectif de répondre aux questionnements suivants : comment pérenniser vos IC ? Quelle est l'utilisation que vous faites du RIC ? Comment la coordination du RIC peut-elle mieux vous appuyer ?

Chacun des coordinateurs était invité à répondre à la question suivante : « *et si on lançait un 2^{ème} tour des hôpitaux du RIC, que voudriez-vous que ce tour couvre comme sujets, quels objectifs ?* ». Ci-dessous un récapitulatif des réponses récoltées :

A. Attentes des coordinateurs vis-à-vis du « Tour des hôpitaux du RIC » :

- a. **Les coordinateurs souhaitent que la cellule de coordination du RIC ait une rencontre avec la direction** générale, médicale, infirmière, et le responsable des IC au niveau médical pour :
- Informer/former davantage leur hiérarchie.
 - Susciter le positionnement clair de la direction vis-à-vis des IC : si on y adhère, on dégage les moyens et on soutient les équipes qui s'engagent.
 - Justifier le temps et les moyens nécessaires à la réussite d'un tel projet, comme par exemple l'informatisation des dossiers, la motivation et la sensibilisation du corps médical et du médecin chef de projet.
 - Expliquer la plus-value clinique et la singularité des IC « *patient au centre des soins* » par rapport à des méthodes processus.
 - Argumenter l'importance stratégique des 3 piliers (soutien direction, coordinateur médical, coordinateur infirmier).
 - Insister sur l'impact des IC sur le travail quotidien du personnel soignant et des équipes pluridisciplinaires.
 - Les personnes qui ont manifesté un intérêt pour une affiliation prochaine.

² Les personnes qui ont manifesté un intérêt pour une affiliation prochaine.

- Etayer l'impact financier, le coût par pathologie, le Résumé Clinique Minimum (RCM) ; et la satisfaction des patients et du personnel par des chiffres et des indicateurs cliniques.
 - Insister sur l'utilité d'un plan stratégique (PS) qualité où l'on voit clairement les responsables en matière de qualité.
 - Mettre en valeur et accroître la visibilité interne et externe des projets qualité.
 - Expliquer l'importance de la communication structurée en interne.
- b. Les coordinateurs souhaitent également que la cellule de coordination du RIC rencontre les équipes afin de :**
- Informer les chefs infirmiers d'unités.
 - Expliquer l'importance de la structuration des dossiers médicaux et infirmiers pour faciliter la mise en place des IC.
 - Assurer une formation pour les équipes opérationnelles et les chefs de projet.
 - Montrer aux chefs de service (professeurs) que cela ne perturbe en rien leur enseignement, mais plutôt le soutient.
- c. Par rapport aux autres projets « qualité-sécurité » et au contexte institutionnel, le souhait des coordinateurs vis-à-vis de la coordination du RIC était de :**
- Montrer la cohérence et l'interdépendance entre tous les projets en cours et à développer, et les différentes initiatives qui touchent la qualité : IC, patient safety, évènements indésirables.
 - Expliquer l'importance de la communication autour ET entre ces différentes initiatives.
- d. Par rapport à l'environnement externe:**
- Réaliser un benchmarking entre les hôpitaux.
 - Réaliser une analyse macro au niveau des mutualités, avec des données chiffrées, sur l'utilité des IC.
 - Promouvoir les IC comme un outil de fédération lors de fusions ou de mise en place de collaborations interservices/sites, compatibles avec le contexte de restructuration et des « économies ».

e. Suggestions émises par les coordinateurs suisses :

- Rencontrer la direction « projet et qualité » pour présenter l'importance de l'intégration des IC dans le plan stratégique de manière plus détaillée.
- Contacter le responsable du programme qualité pour une formation pour les équipes de terrain et les chefs de projet qualité.

Le premier constat suite à ces réponses était que la rencontre de la direction et des équipes est effectivement une des priorités des coordinateurs. Notre visite devrait avoir comme objectif de les appuyer auprès des directions, de promouvoir la visibilité des IC en interne surtout, et de renforcer la place des IC dans le plan stratégique de l'institution, au même titre que tous les autres projets qualité.

D'autres attentes semblaient dépasser notre domaine d'action, ou en tout cas le cadre d'une visite rendue à l'hôpital, telles le benchmarking ou l'analyse macro réalisée par les mutualités.

B. Les sept dimensions du guide d'entretien:

Tenant compte de toutes ces suggestions, de l'ancien guide d'entretien du bilan du RIC de 2007, et de celui créé en 2010 par nos collègues du NKP pour leur tour des hôpitaux néerlandophones, nous avons conçu un nouveau guide, qualitatif en grande partie de type qualitatif, et qui reprend 7 dimensions, la plupart du temps à questions ouvertes (annexe 1) :

1. Inventaire des IC actifs, en cours de développement et suspendus.
2. Fonctionnement en interne de la coordination IC.
3. Etat des lieux de l'informatisation dans votre institution.
4. Implication des patients dans les IC.
5. Communication autour des IC (interne et externe).
6. Autres moyens mis en place pour la pérennisation des IC.
7. Attentes par rapport au réseau.

Ce guide fut ensuite testé auprès d'un coordinateur, et les questions revues en fonction de la difficulté de compréhension et des redondances évoquées.

III. Organisation pratique:

Nous avons présenté les 7 dimensions du guide d'entretien du « Tour des hôpitaux du RIC » aux coordinateurs et avons demandé un feedback conséquent.

Nous leur avons demandé également de nous inviter dans leurs institutions pour :

- Assister à une réunion d'équipe IC multidisciplinaire.
- Et/ou: une rencontre avec :
 - Le coordinateur-même (réunion pour parcourir les différentes dimensions du guide d'entretien).
 - Un membre de la direction en charge de la qualité des soins.
 - Un médecin référent d'un des IC mis en place dans l'institution.

Concernant notre présence à une réunion d'équipe IC multidisciplinaire, notre souhait était de pouvoir y assister en tant qu'observatrices des interactions des membres de l'équipe, du déroulement de cette réunion et de l'atmosphère en général. Et nous leur avons demandé de nous communiquer, dans la mesure du possible, une date qui combinerait une réunion multidisciplinaire et l'entretien d'1h30 pour répondre aux différentes dimensions du guide.

La durée fixée pour finaliser le « Tour des hôpitaux du RIC » était du 1^{er} mars 2012 jusqu'au 30 juin 2012.

Enfin, pour être en mesure d'effectuer l'inventaire des IC (1^{ère} dimension du guide d'entretien), nous avons communiqué à nos coordinateurs notre dernière mise à jour de la cartographie de leurs IC, dans un fichier Excel, avec les informations que nous possédions déjà, en leur demandant de simplement compléter ou corriger ces informations, et de nous la renvoyer avant la date de notre rendez-vous.

L'objectif de cette collecte de données étant de pouvoir mettre la cartographie mise à jour, à leur disposition sur intranet, favorisant ainsi leurs échanges au sein du Réseau.

En même temps, nous avons informé par mail, la dernière cohorte de coordinateurs ou cohorte 6 (de l'année 2011), du déroulement du « Tour des hôpitaux du RIC », en précisant que ce dernier sera conduit essentiellement auprès des anciens coordinateurs du Réseau, mais que s'ils estiment que leur projet IC est assez avancé, qu'une visite de notre part n'est pas prématurée, et qu'ils désirent qu'on passe les voir, nous répondrons à cette demande.

La cohorte 6 compte 13 coordinateurs de 7 institutions différentes. Nous avons eu 2 invitations à des réunions multidisciplinaires, et malheureusement une de ces deux visites n'a jamais eu lieu. Un seul coordinateur de cette cohorte a répondu au guide d'entretien.

Hormis les coordinateurs suisses, 14 coordinateurs des 12 institutions affiliées, ont été contactés. Quant aux anciens coordinateurs suisses, ils sont au nombre de 13 venant de 2 hôpitaux différents. Nous leur avons transmis le guide d'entretien par mail et n'avons reçu aucun retour excepté le remplissage d'une échelle d'informatisation.

Nous tenons à préciser que vu la distance géographique, nous n'avons pas émis de demande de visite auprès des coordinateurs suisses.

Donc sur 27 anciens coordinateurs contactés, 10 ont répondu au guide d'entretien, 2 nous ont invitées à des réunions. Entre la cohorte 6 et les cohortes précédentes, nous avons un total de 3 réunions multidisciplinaires. Le tableau I reprend la synthèse de ces données.

Tableau I. Synthèse des données sur les hôpitaux et coordinateurs impliqués dans le « Tour des hôpitaux du RIC »

	Nombre d'hôpitaux	Nombre de coordinateurs	interviews	Nombre de réunions pluridisciplinaires
Cohorte 6	7	13	1	1
Anciennes cohortes	12	14	10	2
Hôpitaux suisses	2	13	/	/

Quant aux types d'institutions interrogées, il y avait 7 institutions hospitalières et 1 centre de réadaptation; certains coordinateurs provenaient donc parfois de la même institution.

Excepté un coordinateur, tous sont infirmiers de formation, en charge de la qualité ou cadre intermédiaire.

Aucune proposition de date de rencontre avec la direction ou avec un médecin référent des IC ne nous a été communiquée ; nous reviendrons sur notre interprétation de ce fait à la fin de ce rapport.

IV. Déroulement de l'entretien

L'entretien se déroulait dans leur institution ou à la Faculté de santé publique (FSP), dans des conditions optimales pour favoriser les échanges.

Pour faciliter le rapportage, nous avons conçu une fiche avec les réponses possibles où il suffisait de cocher celles du coordinateur, et d'inscrire dans les espaces libres existants, toute réponse non prévue (annexe 2).

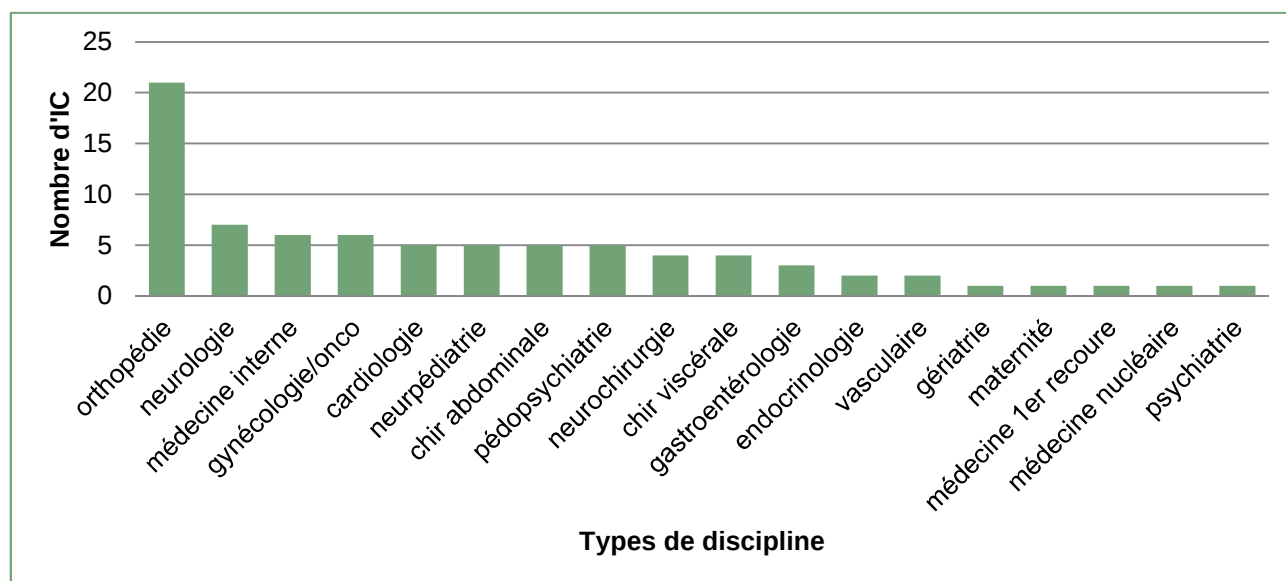
V. Résultats

Dimension 1: Inventaire des IC actifs, en cours de développement et suspendus

Le but de cette première dimension était de répertorier les IC dans les hôpitaux du RIC, d'actualiser la cartographie et d'y rajouter des informations essentielles, à savoir les objectifs, les indicateurs et les interventions clés. Comme déjà mentionné nous voudrions mettre cette cartographie à disposition des coordinateurs, de façon à ce qu'ils puissent retrouver facilement les coordonnées des personnes qui ont travaillé sur tel ou tel IC, et s'inspirer du travail déjà effectué.

Suite à la mise à jour de la cartographie³, nous avons effectué une répartition des IC par discipline (graphique 1) que nous vous présentons ci-dessous :

Graphique 1. Répartition des IC (N=80) par discipline



³ Cette cartographie n'est pas exhaustive. Les données ont été traitées par rapport aux réponses reçues avant le 30/06/2012

Les IC les plus fréquents sont donc les IC de type orthopédique, neurologique, de médecine générale, cardiaque et gynécologique (oncologie). Afin d'avoir une vue globale, nous avons également réparti les types d'IC par discipline (Annexe 3).

Sur ces 80 IC, 38 sont en vigueur, 39 en développement et suivent le cours normal de l'élaboration d'un IC, 1 en standby et 2 sont en évaluation c'est-à-dire en pré- ou post-mesure.

Seuls quelques coordinateurs ont pu nous donner une estimation du **pourcentage des patients qui suivent un IC** sur le total des patients de leur institution. Et ils ont tous répondu que ce pourcentage était inférieur à 10%.

Pour les autres coordinateurs, il était plus facile de nous donner une estimation des patients suivis par un IC sur le total de patients admis pour la pathologie ; les réponses variaient d'un IC à l'autre: par exemple, 20% (maternité) ; 31.32% (PTG) ; 50.6% (PTH) ; 75% (PTG) ; 100% (cancer du rectum, fracture du fémur,...).

Quant aux **moyens dont ils disposent pour les aider à préciser ce pourcentage**, les réponses étaient multiples :

Soit ils ne disposent d'aucun moyen à cet effet, ou bien il s'agit d'une «estimation subjective» quand il s'agit d'un hôpital multi-site. D'autres font appel au « service informatique » ou à « la cellule de gestion», ou bien encore à « un calcul simple : Patients pris en charge par un IC/ nombre total d'hospitalisations ».

Tous nous ont donné leur **accord** pour publier les éléments de leur cartographie sur l'intranet du RIC-NKP.

Nous constatons que **la révision des IC** se fait pour différentes raisons et à des moments différents d'une institution à une autre :

- Il s'agit parfois d'une post mesure non satisfaisante :
- Processus non efficient et qui engendrait une perte de temps du personnel.
- Processus non respecté par les différents acteurs.
- Chiffres et indicateurs non satisfaisants : résultats cliniques ou financiers.
- Révision de certaines activités clés comme les sessions d'informations.
- Rajout d'informations pour les patients notamment sur les frais de séjour.

Ou alors un IC est révisé pour :

- Répondre à la mise à jour de la législation de prise en charge de la pathologie aux urgences⁴.
- L'adapter à la création d'une clinique⁵.
- Y intégrer la mise en route du rôle infirmier en pré-hospitalisation.
- Adapter la prise en charge par les kinésithérapeutes.
- Y rajouter de nouveaux indicateurs.
- Structurer les aspects organisationnels.
- Améliorer le carnet préopératoire.
- Adapter les traitements.
- Adapter certains éléments comme le logigramme, la brochure en vue d'une diffusion plus large sur les autres sites.

En fonction de l'IC, cette révision se fait parfois tous les 6 mois, parfois tous les 3 mois ou alors après chaque bilan ou chaque analyse des dossiers.

Concernant **la cartographie** actuelle des IC et qui se trouve sur intranet, les coordinateurs ont tous, à l'exception de deux personnes, répondu qu'ils l'utilisent.

Les informations qu'ils y cherchent sont les suivantes :

- L'hôpital qui a développé le même IC.
- Le coordinateur à contacter.
- Les documents.
- Les présentations Powerpoint.
- En phase d'initiation d'un nouvel IC, ils regardent s'il existe des IC sur la pathologie choisie, des indicateurs et des interventions-clés.

Les raisons de la non-utilisation de la cartographie se résument comme suit :

- Manque de crédibilité de certains hôpitaux affiliés au RIC vis-à-vis d'autres institutions.
- Concurrence directe de certains hôpitaux.
- Manque de temps imparti pour les IC.
- Manque d'habitude.

⁴ AVC et thrombolyse par exemple.

⁵ La clinique de la cicatrisation.

Quant aux **données** qui devraient s'y trouver, les réponses des coordinateurs étaient assez partagées.

Certains trouvaient que ces données devraient dépasser le simple titre ; chacun devrait revoir et reformuler correctement les indicateurs en termes de numérateur et de dénominateur, et expliciter ses critères d'inclusion et d'exclusion. De même, ils souhaiteraient avoir l'accès aux objectifs et aux interventions clés.

Et d'autres estimaient qu'il ne faut pas mettre trop de données sinon ils risquent de ne plus s'y retrouver ; et que chacun devrait faire la démarche auprès des autres coordinateurs pour demander les documents dont il a besoin.

Quelques-uns aussi ont relevé la difficulté de trouver l'information sur l'intranet.

Un coordinateur considérait que la partie néerlandophone de l'intranet pouvait être supprimée, du fait qu'elle n'est pas consultée.

Nous remarquons suite aux réponses sur cette 1^{ère} dimension qu'un grand nombre de patients admis pour une pathologie concernée par un IC, sont en effet suivis selon l'IC ; même si ces patients ne constituent pas encore un pourcentage important par rapport à la totalité des admissions par an. Par ailleurs ce pourcentage est difficilement estimable.

Nous remarquons aussi que les IC font l'objet d'une révision assez régulière et selon les besoins, répondant ainsi à la roue de Deming et le principe de l'amélioration continue.

Autre constat, c'est que malgré la concurrence interinstitutionnelle, la cartographie reste un moyen d'échange efficace entre les coordinateurs des différents hôpitaux.

Dimension 2 : Fonctionnement en interne de la coordination IC

Cette 2^{ème} dimension avait pour objectif d'explorer le soutien interne que les coordinateurs reçoivent pour la mise en place et le suivi des IC au sein de leurs institutions.

Elle visait également à étudier la place et l'organisation de la qualité en général et des IC en particulier dans chacun des hôpitaux du Réseau.

A la question « **La direction serait-elle d'accord** si vous vous lanciez dans un nouveau projet IC ? », la réponse était souvent « oui ». Certaines directions ne sont pas demandeuses, mais le coordinateur les informe simplement du lancement du projet, ou bien demande leur avis par rapport à la pathologie.

Dans d'autres hôpitaux, les IC s'inscrivent indirectement dans le plan stratégique, d'où la demande explicite de la direction d'en développer.

D'autres ont répondu que la direction serait d'accord, et qu'elle est même demandeuse, sans toutefois octroyer les moyens nécessaires.

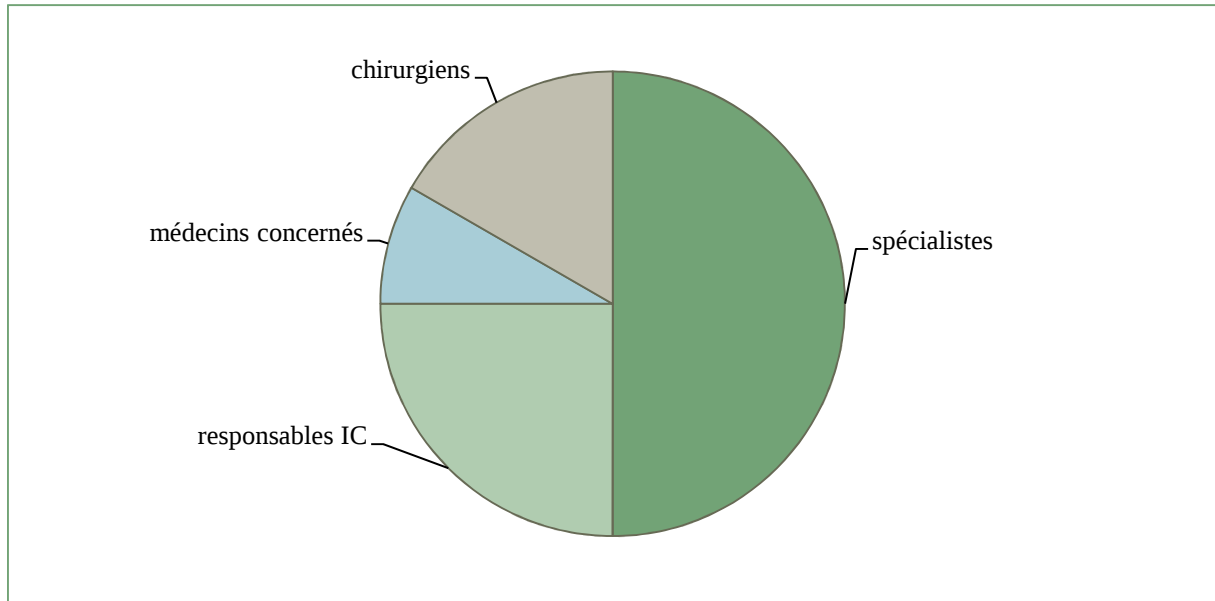
Dans un des hôpitaux du Réseau, l'organisation interne actuelle, due à une phase de transition, implique l'absence d'un médecin en charge de la qualité et d'un cadre qualité ; d'où la réponse négative à notre question de départ. Ce coordinateur ne se sent soutenu par personne au niveau de la direction.

Les directions infirmière et médicale étaient les plus citées comme étant **un appui au coordinateur**. Les directions administrative et générale apportent leur soutien également, ainsi que la direction médicale du site dans le cas d'une fusion.

Hormis les directions, les chefs de service infirmiers, les chefs de départements qui sont concernés par l'IC et le médecin chef apportent également leur appui au coordinateur.

Du côté du corps médical, les médecins, motivés et volontaires, les plus cités comme étant un support aux IC sont les spécialistes, les responsables IC, et les médecins qui sont concernés par l'IC. Les avis par rapport aux chirurgiens étaient plus partagés ; certains coordinateurs estiment avoir leur appui, tandis que d'autres disent que les chirurgiens « posent le plus de problème » dans la mise en œuvre d'un IC (graphique 2).

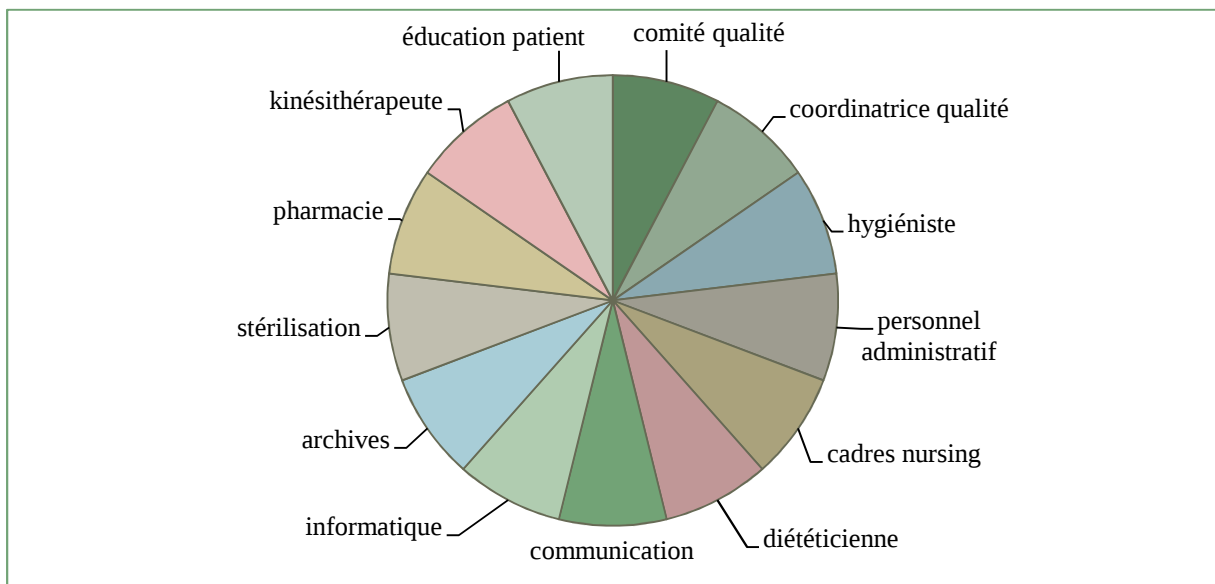
Graphique 2 : Représentation de l'appui médical (N=12) lors de la mise en œuvre d'un IC



Les internistes eux, sont perçus comme étant ouverts aux IC en général.

D'autres collaborateurs ont été cités par nos coordinateurs comme étant un appui pour eux, en voici une représentation schématique (graphique 3):

Graphique 3: Collaborateurs (N=13) qui appuient les IC



D'autres personnes ont été évoquées, leur rôle est lié directement à l'organisation interne spécifique à chaque hôpital ; à savoir la responsable de plans de soins types pour un hôpital, la coordinatrice du projet « cancer colorectal » pour un autre, et la collaboratrice IC pour un troisième.

L'aide du secrétariat semble être assez problématique dans les hôpitaux, dans le sens où la majorité de nos coordinateurs n'en bénéficie pas. Certains ont précisés qu'ils peuvent solliciter le secrétariat médical au besoin, d'autres le secrétariat des archives, mais pour des tâches ponctuelles.

Quant à **leur temps de travail imparti pour les IC**, nous constatons que la plupart de nos coordinateurs ont un mandat clair de 0.5 Equivalent Temps Plein (ETP) ou moins, et que la plupart de temps ils ont de multiples casquettes et de multiples missions à accomplir indépendantes des IC. Voici leurs principales réponses :

- 0 ETP
- 0.10 à 0.15 ETP
- 0.5 ETP
- 0,5 ETP combiné à 0,10- 0,15 ETP : dans le cas de deux coordinatrices dans le même hôpital.
- 0.8 ETP coordinatrice et 0.5 ETP collaboratrice IC.

Ci-dessous d'autres personnes qui apportent leur appui aux coordinateurs, et de nouveau, les fonctions de ces personnes sont liées à chaque fois à une organisation et à un hôpital assez spécifiques :

- La responsable des processus au niveau macro.
- Le nouveau coordinateur IC qui est en cours de formation à la méthodologie des IC.
- Le cadre de proximité qui assure le suivi des IC en place.
- Le responsable secrétaire.
- Le cadre intermédiaire.
- La cellule Résumé Infirmier Minimum (RIM).
- L'infirmier référant « douleur ».
- Le service de facturation.

Une personne nous a néanmoins signalé qu'elle ne recevait aucun appui.

« Le soutien de la direction est-il perçu par les équipes multidisciplinaires ? »

La plupart des coordinateurs estiment que ce soutien est bel et bien perçu par les équipes, que ce soit par le positionnement clair de la direction, ou par la présence de cette dernière lors des réunions importantes et même lors des réunions de comité de pilotage des IC, ou encore du fait que le coordinateur se réfère à la direction pour le choix de l'IC, ou enfin parce que les IC constituent un projet institutionnel. D'autres disent que ce soutien est mis en valeur grâce aux cadres intermédiaires et de la communication interne et externe autour des IC.

Deux coordinateurs ont trouvé que les moyens nécessaires sont déployés par la direction quand ils sont bien justifiés ; et que cette allocation de ressources dépend du choix de l'IC.

Peu d'entre eux nous ont répondu que le soutien de la direction n'était pas perçu par les équipes. Et un parmi eux estimait que ceci ne constitue pas un problème si l'équipe est motivée.

Tous ont affirmé qu'il existe un **comité qualité** dans leur institution. Ce comité est en suspens pour l'instant dans un des hôpitaux.

A la question, « **Comment s'organisent les projets IC au sein de tous les autres projets qualité dans votre institution ? Quelle place pour les IC ? Quels liens avec les autres projets qualité sécurité ?** », la plupart ont dit qu'il existait une cohérence entre les IC et les différentes initiatives qualité et sécurité du Service Public Fédéral (SPF) Santé Publique, de la Chaîne alimentaire et Environnement.

D'autres réponses se résument comme suit :

- Lien entre IC et Transfert Extra-Muros (TEM) : projet de transfert des patients gériatriques dans un hôpital du RIC.
- Les IC font partie de la qualité.
- L'institution suit le modèle de l'European Foundation for Quality Management (EFQM) et les IC se trouvent dans la partie processus.
- Les IC et les autres projets qualité sont complémentaires.

En parallèle aux réponses précédentes, un seul coordinateur nous a dit que les IC ne sont pas prioritaires dans l'institution et qu'ils ne figurent nulle part bien qu'ils font partie du PS ; et un autre a affirmé que les IC restent un projet à part, même s'il existe quelques liens avec les autres projets qualité de son institution.

La place qu’occupe la qualité en général au sein du PS de chaque institution semble être importante dans la plupart des cas ; certains ont même répondu que cette place est primordiale. Ci-dessous le recueil de réponses à cette question :

- Le PS est composé de gros axes déclinés en grandes actions à déployer et qui parfois rejoignent les IC, sans que ces derniers ne soient cités comme tels.
- Place primordiale de la qualité dans le PS qui se compose de 8 axes stratégiques. Les IC font parties de deux axes : orientation patient et excellence clinique.
- Place importante de la qualité dans le PS surtout avec le contrat du SPF.
- Place importante de la qualité; nous faisons partie du projet d’une fédération hospitalière.
- La qualité a pour rôle d’améliorer la coordination entre les différentes spécialités, et de mettre en valeur les réalisations dans l’institution.

D’autres réponses moins positives :

- En théorie, elle [la qualité] a sa place.
- La qualité et les IC ne sont pas nommés dans le PS mais les liens sont faciles à faire.
- La qualité chez nous, n’est qu’un aspect légal.
- Aucune.

Pour améliorer cette place, voici les principaux **moyens déployés par le comité qualité :**

- Demande d’ouvrir un poste de directeur qualité et qui soit référent qualité.
- Demande de clarifier la vision et la mission du comité qualité au niveau de la direction générale.
- Demande que la direction générale présente officiellement le comité qualité à l’ensemble de l’hôpital.
- Travail sur :
 - o les incitants « qualité », EFQM, visites des évaluateurs, comptes à rendre au niveau national, standards d’accréditation comme Joint Commission (JC), etc.
 - o l’analyse statistique / analyse des risques.
 - o le contrat qualité et sécurité du SPF, et la mesure de la culture de sécurité.
 - o le suivi des indicateurs.
 - o le Transfert Intra-Muros (TIM) / Transferts Intra-Muros des patients Instables (TIMI).
 - o la communication interne autour de la qualité.

Ou encore :

- « Je n’ai jamais assisté, je ne sais pas ».
- « Pour l’instant on ne fait que ce qu’il faut pour obtenir les subsides ».
- « Aucun moyen n’est déployé par le comité qualité ».
- « Aujourd’hui, rien ».
- « Aujourd’hui, ils se débattent ».

Les équipes semblent rencontrer certaines difficultés à **déployer les moyens nécessaires** afin **d'améliorer la place de la qualité en général au sein du PS** ; le département infirmier est toutefois demandeur.

Les coordinateurs IC jugent comme « travail de qualité », le travail effectué par leurs équipes au quotidien, mais disent bien qu'à cause de leur charge de travail, « il ne faut pas toujours venir leur parler de qualité au sens large car elles ne sont pas prêtes à l'entendre », bien qu'elles soient désireuses d'améliorer les processus de soins, l'organisation et le leadership.

Dans certains contextes, les équipes sont soucieuses de bien faire et de mieux faire mais elles ne sont pas mises en valeur. Et dans certaines unités c'est encore plus difficile à cause des problèmes de structure, de pénurie, ou de manque de temps. Comme le mentionne un coordinateur, « elles essaient de survivre ».

Les initiatives prises au sein de certaines équipes, et visant toujours à améliorer la place de la qualité en général, s'articulent autour du travail sur les incidents : les analyses et les comptes rendus des événements indésirables, et les rencontres des infirmiers-chefs des unités concernées par ces incidents.

D'autres initiatives sont l'élaboration des trajets de soins, la proposition de groupe de travail et le travail sur les objectifs : objectifs d'équipes et objectifs par plateau.

La plupart des coordinateurs disent ne pas avoir de **comité IC** dans leur institution. Pourtant, dans l'une d'entre elles, un comité IC avait été créé lors de l'élaboration d'IC mais, il a été dissout récemment.

Dans un hôpital, le comité IC est le comité qualité ; il se réunit une fois toutes les 6 semaines et est constitué du coordinateur qualité-sécurité, du directeur médical, du directeur du département infirmier, du directeur administratif, et de la pharmacie. Les membres de ce comité ne disposent pas d'un descriptif de fonction clair.

Dans un autre établissement, le comité IC est en cours d'initiation ; et en feront partie, le coordinateur IC, le directeur médical adjoint et un cadre intermédiaire.

En l'absence du comité IC, **le comité qualité met les IC à son agenda** quand nécessaire, ou quand c'est le coordinateur IC-même qui prend cette initiative, souvent en phase de développement d'un IC ou pour informer le comité de l'état d'avancement du projet.

Dans certains hôpitaux, les IC sont mis à l'agenda du comité qualité 1fois/an, 2fois/an, voire jamais.

Aucun autre comité ne suit les IC, sauf pour un hôpital où le comité médico-pharmaceutique (CMP) contrôle les protocoles médicamenteux et pour un autre où l'équipe « projet lean » aide par moment à l'élaboration d'IC.

Nous voudrions conclure cette deuxième dimension en mettant en avant tous les efforts déployés par les coordinateurs IC, les comités, et les équipes pluridisciplinaires pour améliorer la place de la qualité en général et des IC en particulier, au sein de leurs hôpitaux.

Il serait judicieux de relever également le manque de ressources humaines et matérielles, la charge de travail et le peu de temps imparti pour les IC, qui résument le contexte actuel dans lequel les coordinateurs sont amenés à travailler. S'ajoutent à cela les exigences du contrat du SPF relatif à la qualité et la sécurité des patients, et les normes d'accréditation auxquelles leurs hôpitaux seront obligés de répondre dans un avenir très proche.

Recommandations :

La présence du coordinateur IC dans le comité qualité l'hôpital serait une stratégie efficace d'organisation et de répartition des tâches entre les différents membres associés à ce comité.

Dimension 3 : Etat des lieux de l'informatisation dans votre institution.

Cette dimension établit un état des lieux de l'informatisation en s'attardant sur les dossiers médicaux et infirmiers dans chacun des hôpitaux du RIC. Nous identifierons aussi les ressources disponibles et les besoins des coordinateurs en termes d'informatisation.

A cette fin, nous avons élaboré une échelle avec des questions binaires, tout en laissant aux coordinateurs la possibilité de faire des commentaires supplémentaires (annexe 4).

Suite à l'analyse des réponses, nous avons pu émettre plusieurs constats :

- L'informatisation des dossiers a en effet sa place dans les projets institutionnels ; le dossier médical est informatisé dans de nombreux hôpitaux, même si ce n'est que partiellement dans certains. Certains hôpitaux ont choisi d'y intégrer les prescriptions médicamenteuses et les résultats des examens ; dans d'autres c'est le médecin qui encode les prescriptions directement dans le dossier infirmier, évitant ainsi les erreurs de retranscription. Mais parfois on n'y retrouve que les ordonnances externes ou les résultats des examens et des prises de sang, ou éventuellement quelques documents ou attestations. De son côté le dossier infirmier reste en version papier dans presque la moitié des hôpitaux du RIC, tandis que dans l'autre moitié, l'informatisation est en cours ; et on retrouve des dossiers constitués d'un mixte des deux versions, papier et informatique.
- La programmation et la validation des soins sont possibles dans les dossiers infirmiers actuels, même s'il s'agit parfois de documents séparés qu'on rajoute au dossier ; ces deux actions sont prévues pour les versions informatiques en cours de développement.
- Dans la majorité des cas, le dossier infirmier permet le suivi des variances dans le sens où il permet de voir les soins qui n'ont pas été faits et les traitements qui n'ont pas été administrés. Il ne s'agit pas pour autant de l'ensemble des variances possibles.
- La planification des interventions clés reste difficile à faire dans les dossiers infirmiers dans 50% des hôpitaux.
- Les dossiers infirmiers permettent l'extraction manuelle ou automatisée des indicateurs dans la grande majorité des hôpitaux. Cette extraction n'est possible que partiellement dans certaines institutions et pour des indicateurs bien précis, comme la durée de séjour ou certains délais.

- On relève un problème de documentation dans la plupart des hôpitaux ; la planification des interventions, le suivi des variances et l'extraction des données ne sont faisables que lorsqu'on dispose d'un dossier bien rempli et complet ; ce qui pour l'instant n'est pas le cas partout. Serait-ce à cause de la charge de travail ou d'un problème de « culture de la documentation », les raisons n'ont pas fait l'objet de cet entretien, mais méritent bien d'être explorées dans le futur.
- Une rubrique pour la transmission ciblée et les notes d'observations structurées est prévue dans tous les dossiers infirmiers, répondant ainsi, dans les hôpitaux belges, aux exigences légales de l'Arrêté Royal (A.R) du 28 décembre 2006 qui détermine les conditions générales minimales auxquelles ce dossier est tenu (annexe 6).
- Seulement la moitié des hôpitaux bénéficie d'un portail unique du dossier patient.
- L'archivage des dossiers se fait presque toujours d'une manière centralisée et électronique. Les dossiers papiers sont rarement archivés tels quels ; souvent ils sont scannés et joints au dossier informatique.

Quant aux **ressources** dont disposent les institutions, nous constatons une variation importante d'un hôpital à l'autre, qui fait que forcément, **les besoins** ne sont pas pareils non plus.

A titre d'exemple, d'un côté nous avons un hôpital qui fonctionne avec des dossiers médicaux et infirmiers informatisés, avec une gestion des rendez-vous et du quartier opératoire informatisée également, et qui dit avoir besoin d'une gestion de données afin de pouvoir extraire les indicateurs à travers les dossiers. D'un autre côté un hôpital différent dit avoir besoin ne fût-ce que des rubriques pour les infirmières dans le dossier médical, et d'un intranet.

Ci-dessous nous énumérons les ressources informatiques disponibles dans nos hôpitaux actuellement, mais nous insistons sur le fait qu'elles sont dispersées d'une façon non égalitaires entre ces hôpitaux et qu'aucun hôpital ne dispose de la totalité de ces ressources :

- Dossier médical : en partie ou en totalité.
- Dossier infirmier : en partie ou en totalité.
- Portail unique : dossier électronique.
- Gestion des données administratives.
- Gestion des entrées et des sorties.
- Gestion des admissions et des rendez-vous.
- Gestion des consultations et des évaluations pré-intervention (EPI).
- Gestion du Quartier Opératoire (QO).
- Monitoring du temps.
- Données chiffrées : pourcentage de tel ou tel diagnostic.
- Archive des dossiers scannés.
- Intranet.
- Nombreuses applications « home-made » ou achetées.

Plusieurs de ces ressources ont été citées comme « besoins » par des coordinateurs dont l'hôpital n'en dispose pas encore.

D'autres besoins en termes d'informatisation et en dehors de cette liste ont été évoqués ; nous pouvons citer : le dossier patient intégré, la gestion de flux et de processus des patients, une meilleure communication entre les différentes applications et un intranet.

En conclusion, nous pouvons affirmer la variation forte entre les hôpitaux affiliés au RIC en termes d'informatisation ; les difficultés techniques à passer à une informatisation plus générale, parfois au sein d'un même hôpital et le manque de ressources nécessaires pour une informatisation plus large.

Dimension 4 : Implication des patients dans les IC

Depuis le rapport précédent, une nouvelle préoccupation a émergé, celle d'impliquer le patient dans sa propre prise en charge. D'où la 4^{ème} dimension qui vise à explorer le rôle que joue le patient dans le développement et le suivi de l'IC et l'importance accordée à ses attentes et à ses besoins dans la conception et l'évaluation de l'IC. Quelles sont les stratégies utilisées pour que les soins soient centrés sur le patient et sa famille?

En grande majorité, les réponses quant à **l'implication des patients dans les différentes phases des IC** mettaient en avant l'information du patient. On informe le patient de son parcours, oralement et/ou par brochure, parfois sans lui dire explicitement qu'il « rentre dans un IC ».

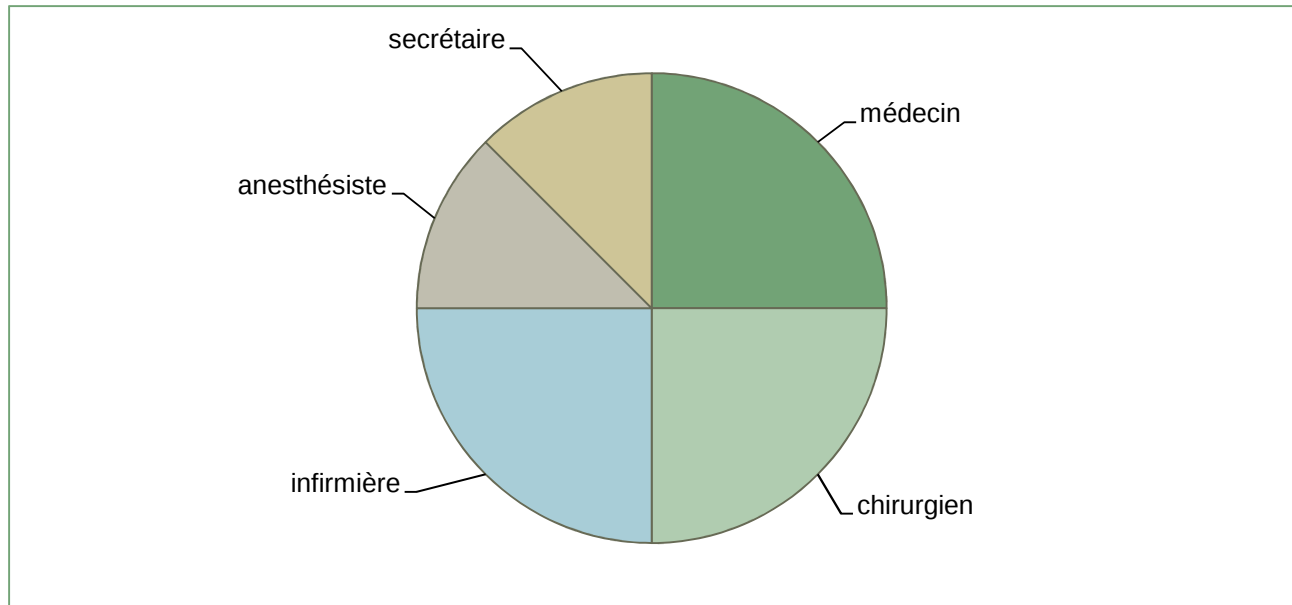
Des sessions d'informations collectives sont pratiquées dans un des hôpitaux, et mobilisent un grand nombre d'intervenants, tels que l'anesthésiste, le chirurgien, l'infirmier chef, un infirmier du QO, l'assistant social et l'ergothérapeute. Un recueil des avis des patients se fait systématiquement après chaque session.

Jusqu'à présent, les patients sont rarement impliqués dans la phase de préparation de l'IC. A l'exception de deux coordinateurs qui réalisent une enquête de satisfaction avant le développement d'un IC, ces enquêtes sont menées durant l'hospitalisation ou bien à la sortie du patient. Et parfois même cette démarche s'avère difficile voire impossible quand il s'agit de personnes âgées démentes ou confuses.

Quant à la **périodicité** de ces enquêtes, les réponses variaient entre « une fois tous les 6 mois », ou « une fois tous les ans », et parfois la distribution et la collecte des questionnaires se font en continu mais l'analyse a lieu une fois par an. En général les résultats se situent entre « satisfaits » et « très satisfaits ».

Qu'on l'informe ou pas qu'il « rentre dans un IC », le patient est la plupart de temps tenu **au courant de son parcours** dès la consultation. Les informations (graphique 4) sont données par le médecin, le chirurgien, l'infirmière ou l'anesthésiste. Des détails plus administratifs sont parfois expliqués par la secrétaire.

Graphique 4 : Répartition des collaborateurs (N=8) qui donnent l'information au patient



Plus rarement l'information a lieu au moment de l'admission ou pendant l'hospitalisation si le patient a été admis en passant par le service des urgences. Dans ce cas, les explications sont données soit à la famille, soit au patient lui-même si son état de santé le lui permet (patient AVC ou Accident Ischémique Transitoire (AIT) par exemple).

Dans deux IC, les patients ne sont pas tenus au courant systématiquement.

Les **enquêtes de satisfaction** auprès des patients donnent, dans tous les cas, des résultats très satisfaisants. Ces enquêtes sont soit distribuées en continu, pour tous patients confondus, soit ciblées pour l'IC désigné. En fonction de l'hôpital, ces enquêtes de satisfaction ont lieu, une fois par an, 1 fois tous les six mois ou selon les besoins et le temps disponible.

Nous pouvons, pour conclure, affirmer que le patient est impliqué dans sa propre prise en charge, que ça soit à travers une information individuelle, ou collective et qui mobilise un grand nombre d'intervenants multidisciplinaires, de façon à lui donner l'information la plus complète. Les enquêtes de satisfaction montrent aussi le souci que les soins soient centrés autour du patient, de ses besoins et ses préférences.

Toutefois, et dans l'avenir proche, la campagne « empowerment » des patients sera lancée par le SPF Santé Publique comme l'un des piliers du plan pluriannuel 2013-2017. Elle visera la participation active du patient et son engagement « nothing about me without me ».

Cette campagne devrait représenter pour les hôpitaux, le levier qui les aidera à trouver les stratégies pour impliquer les patients dans la prise de décision, pour les inviter aux réunions de développement de l'IC, et les considérer comme partenaires actifs et membres à part entière des comités décisionnels.

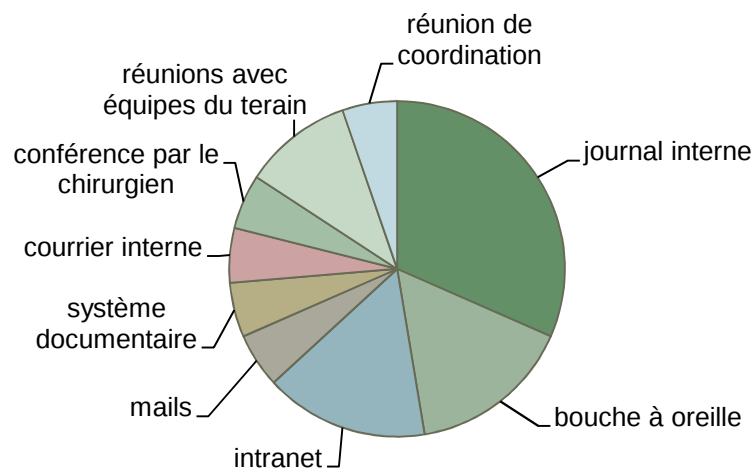
D'autant plus que la méthodologie des IC est l'une des rares méthodologies par processus qui implique le patient dans son plan de soins depuis sa conception jusqu'à son évaluation.

Dimension 5 : Communication autour des IC (interne et externe).

Au cours de la 5^{ème} dimension, nous avons parcouru les canaux de communication utilisés en interne (graphique 5) au sein des institutions du Réseau, et recueilli les aspects qui seront importants pour une comparaison en externe (graphique 6), du point de vue de nos coordinateurs.

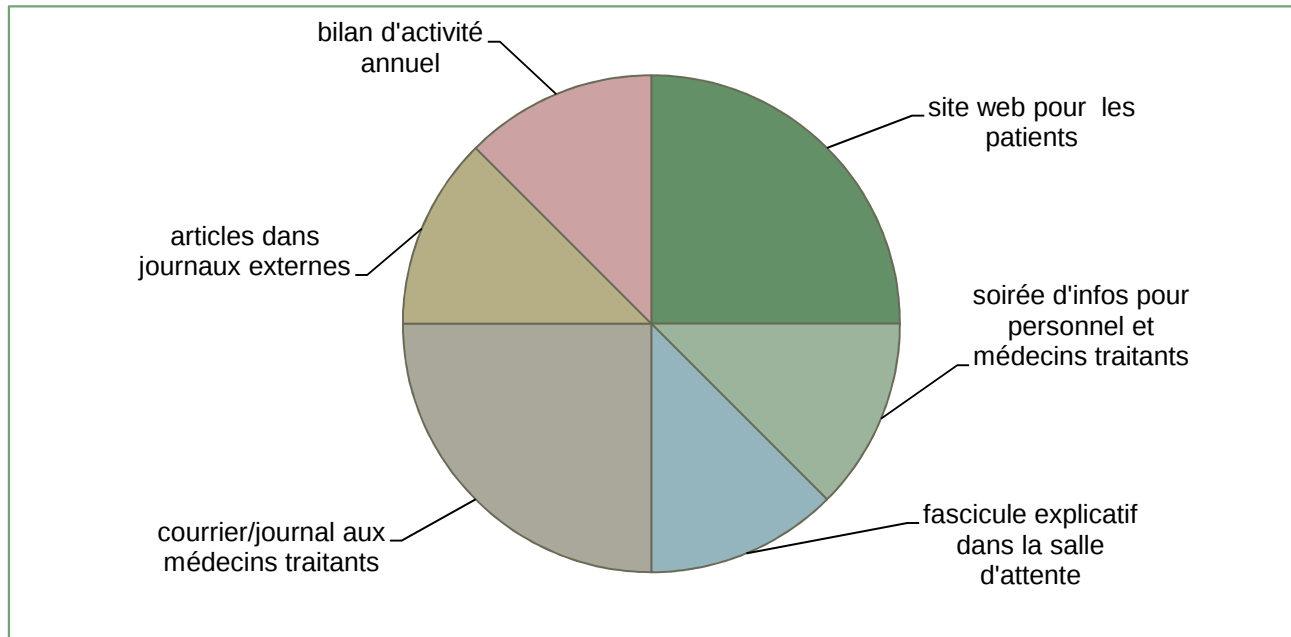
En **intra-hospitalier**, les canaux d'informations les plus utilisés sont les suivants :

Graphique 5: Canaux de communication en interne (N=19)



En ce qui concerne **la communication externe**, les moyens les plus utilisés sont :

Graphique 6: Canaux de communication en externe (N=8)



Quant à **l'efficacité de ces canaux**, les coordinateurs estiment en grande majorité qu'ils sont « plus ou moins efficaces », d'autres confirment cette efficacité pour une information large, surtout via le site web. Certains coordinateurs trouvent que les paramédicaux jouent de plus en plus un rôle très important dans la communication externe, surtout l'équipe de la gériatrie de liaison et les diététiciennes. Et enfin certains estiment ne pas pouvoir mesurer l'impact de ces canaux d'informations.

« A quels niveaux/aspects souhaiteriez-vous vous comparer avec d'autres hôpitaux? ».

Plus de la moitié des coordinateurs voudraient comparer leurs résultats et leurs indicateurs avec les autres hôpitaux par un benchmarking. Quelques-uns souhaiteraient voir comment les autres installent un IC, quels obstacles ils rencontrent et comment ils y remédient. Ou encore quels IC existent ailleurs. Certains sont intéressés par l'état de l'informatisation dans les autres hôpitaux et comment intégrer les IC dans un dossier patient. Une personne a abordé l'aspect plus relationnel et humain à comparer : remise en question des médecins ou encore la satisfaction des patients et du personnel.

Toutefois certains estiment que les IC sont difficilement comparables sauf dans le cas de deux contextes institutionnels plus ou moins similaires. Pour eux, cette difficulté est notamment présente dans le cas des hôpitaux multi-sites.

Les **meilleurs moyens de comparaison** cités sont par ordre décroissant, les échanges d'expériences au sein du réseau, les meetings, discussions, groupes thématiques, invitations entre hôpitaux et visite du terrain ; vient ensuite le téléphone comme moyen de comparaison, suivi par l'intranet du RIC.

D'autres idées ont été émises comme le fait d'utiliser les mêmes indicateurs et les mêmes définitions, et de se comparer à l'aide des statistiques du SPF.

Nous remarquons qu'en interne, plusieurs moyens de communication autour des IC, formels ou informels, sont utilisés. L'objectif étant d'informer, de sensibiliser et surtout de motiver les équipes.

En externe, plusieurs autres moyens sont mis en œuvre en fonction du public cible qu'on voudrait atteindre : les médecins généralistes, les spécialistes ou alors les patients.

Reste à se poser la question « comment évaluer l'efficacité de ces moyens de communication? ».

Plusieurs outils peuvent être utilisés pour mesurer l'impact de cette communication, certains sont quantitatifs (combien de personnes ont assisté à la réunion ? combien de brochure ont été distribuées ? combien de personnes ont consulté l'intranet ? etc.) ; d'autres outils sont qualitatifs (le niveau de motivation a-t-il augmenté ? les personnes viennent-elles avec des idées créatives aux réunions ? les médecins traitants nous adressent-ils plus souvent leurs patients ? les patients viennent-ils de leur propre initiative pour être pris en charge par un IC ? etc.)

Cette évaluation des résultats devrait guider les hôpitaux dans leurs stratégies qui visent à créer un environnement favorable aux IC en interne.

En externe le résultat d'une telle communication serait de sensibiliser d'avantage aux IC, les patients, les médecins généralistes et la 1^{ère} ligne, ainsi que les spécialistes ; facilitant ainsi la collaboration et la mise en place d'IC transmuraux.

Dimension 6 : La pérennisation des IC : autres moyens mis en place.

Il s'agit d'une nouvelle dimension qui n'a pas été explorée dans le passé, mais qui constitue une préoccupation primordiale pour le RIC et les hôpitaux membres, dans leur recherche d'une durabilité des IC mis en place.

Et comme déjà mentionné au début de ce rapport, l'un des objectifs du « Tour des hôpitaux du RIC » est de mieux comprendre les forces et les faiblesses des IC d'une part, et d'identifier les facteurs favorables ou défavorables à leur pérennisation d'autre part ; à cette fin nous avons posé une série de question dans cette 6^{ème} dimension autour des moyens nécessaires pour la pérennité des IC, mais aussi autour de l'impact de la fusion de certains hôpitaux sur ces IC ; voici un récapitulatif des réponses :

La motivation du leader ou du chef de projet est citée par la majorité des coordinateurs comme étant un « **moyen qui a été mis en œuvre et qui explique le succès de certains IC** ». En effet la motivation du leader est une variable importante qui joue sur l'engagement, sur le dynamisme, et sur la performance des équipes.

Ci-dessous d'autres moyens énumérés par les coordinateurs et qui ont aussi une importance primordiale dans la réussite des IC :

- l'organisation de l'institution et sa structure.
- Le soutien de la direction médicale.
- Le responsable des IC : la coordinatrice.
- La motivation des équipes.
- « le fait de réussir le 1^{er} IC est stimulant pour en faire d'autres ».
- La rigueur.
- Les contacts du coordinateur avec le RCM qui pousse la direction à mettre en place des IC et pousse les médecins à diminuer la Durée Moyenne de Séjour (DMS).
- L'amélioration de l'interface d'échanges entre les différents acteurs.
- La démonstration des bénéfices des IC par les résultats.
- Le bilan annuel sur les IC.
- Le contexte extérieur à l'institution : exemple : normes et financement pour le cancer du sein (pour la clinique du sein); cancer du rectum (Procure),...
- « Pour avoir du succès, il faut une culture IC, il faut aussi faire de la publicité, dégager du temps, avoir une direction impliquée et avoir le médecin responsable soutenant ».

Nous retrouvons une grande partie de ces éléments cités ci-dessus dans la réponse à la question sur **les moyens supplémentaires dont l'absence pourrait expliquer le non aboutissement de certains IC.**

En effet nous pouvons résumer qu'il s'agit de moyens clés, qui sont indispensables à la réussite et à la pérennisation d'un IC, et dont l'absence ou le manque constitue une menace à l'aboutissement de cet IC. Les coordinateurs ont notamment évoqué le manque de motivation des équipes et des médecins, le manque d'adhésion par ces derniers ou encore le manque de temps.

Certains autres moyens dont l'absence pourrait être un facteur défavorable aux IC se résument comme suit :

- Les rapports de forces entre médecins.
- L'indisponibilité du personnel surtout au niveau du nursing.
- La pénurie infirmière.
- Le changement de direction médicale.
- Le déploiement de trop de moyens pour peu de patients.
- Le manque d'un système intégré de récolte et d'analyse de données indispensables, pour la mise en place et pour le suivi.

Et enfin, quand il n'y a pas de changement fondamental perçu, et que l'IC n'apporte pas de nouveautés.

Sur la question concernant **l'impact d'une fusion sur les IC** dans les institutions qui ont fait l'objet de ce changement, les réponses étaient de nouveau partagées. Certains ont évoqué des effets plutôt négatifs, dans le sens où il n'y a pas eu de spécialisation par hôpital ou par site, mais une reproduction des projets sur chaque site. Ou du fait que le coordinateur n'avait plus une seule personne de référence et qu'il ne savait plus à qui s'adresser. Ou encore parce que le coordinateur a dû combiner plusieurs tâches : accueil/admission, coordination de la qualité-sécurité, et coordination IC. Ou enfin à cause du retard qu'il y a eu au début de la fusion (+ ou – un an), avant d'avoir l'accord de « l'institution ».

D'autre part la fusion de certains hôpitaux a eu des effets plutôt positifs sur les IC ; et ceci se justifie par des subsides, par un renforcement des liens entre les coordinateurs IC et qualité-sécurité des différents sites, par le fait que cette fusion a parfois mis au pouvoir des instances dirigeantes preneuses des IC ou encore que celle-ci a permis de fédérer plusieurs services de sites différents.

Quant à **l'impact des IC sur la fusion**, celui-ci ne semble pas être d'une grande importance ; les gens ne sont pas encore dans un esprit de fusion mais ils appartiennent toujours à des institutions différentes. Sachant que dans un des hôpitaux multi-sites du Réseau, la volonté institutionnelle est de développer les IC en intersites, mais que ce projet s'avère assez difficile pour le moment.

La fusion des hôpitaux est souvent la résultante de plusieurs facteurs, dont les difficultés financières de l'hôpital initiateur de la demande, mais surtout les intérêts convergents et la complémentarité de l'ensemble des institutions concernées par cette demande. Sans oublier le rôle important que joue l'environnement externe sur la décision, par les politiques fédérales ou régionales, la concurrence, ou encore la pénurie en personnel médical ou infirmier.

Toutefois, seule la fusion ne garantit pas le succès des projets « institutionnels » mis en place ; et selon Henry Ford « se réunir est un début ; rester ensemble est un progrès ; travailler ensemble est la réussite ».

La pérennisation des IC dépend en effet de tous les facteurs cités par nos coordinateurs, mais aussi de la vision commune du pouvoir décisionnel d'une part, et de l'appropriation du projet par les équipes du terrain d'autre part. Cette appropriation serait la résultante de la sensibilisation des équipes aux outils de la qualité.

Recommandation :

Le rôle des directeurs, celui d'atteindre la « qualité » devrait être un axe stratégique dans le plan de gestion, qui se déploie par la motivation du personnel soignant et surtout médical, par l'allocation de ressources nécessaires, et par une implication du comité de direction.

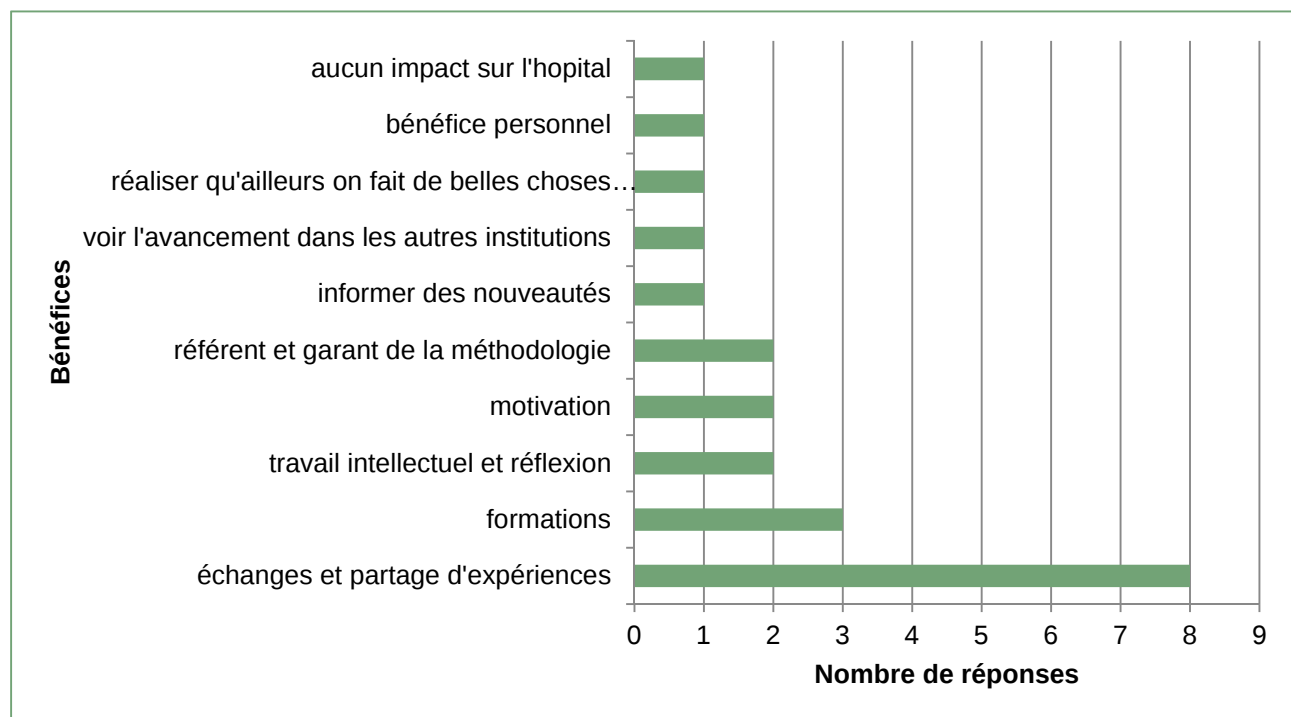
Dimension 7 : Attentes par rapport au RIC.

Nous arrivons enfin à la dernière dimension, celle qui a été consacrée à recueillir les attentes des coordinateurs vis-à-vis du RIC et leurs avis sur son fonctionnement et sur ce qu'il pourrait leur apporter de plus.

D'après la totalité des coordinateurs interrogés, **les bénéfices du Réseau plusieurs années après son lancement** résident dans les échanges et le partage des expériences, et pour certains dans le fait que le RIC reste un référent et un garant de la méthodologie.

Ci-dessous une représentation (graphique 7) de tous les bénéfices qui ont été cités :

Graphique 7: Bénéfices du RIC (N=22)



Une minorité des coordinateurs estime que le bénéfice qu'ils retirent du RIC est un bénéfice personnel, et qui n'a aucun impact au niveau de l'hôpital. D'autant plus que les informations deviennent redondantes avec celles qu'ils reçoivent du SPF dans le cadre du contrat « qualité-sécurité » ou d'autres projets.

En termes de **visibilité pour le coordinateur**, celle-ci est promue par sa participation à la formation des nouveaux de temps en temps, sa participation à des congrès, et par la visite rendue par le RIC à l'institution.

Concernant **l'évolution des attentes des coordinateurs** vis-à-vis du RIC, les anciens ont répondu qu'avant, leur demande concernait essentiellement la formation, et qu'aujourd'hui ce qu'ils recherchent, c'est l'acquisition de nouvelles connaissances pour les aider dans leur travail. Tandis que les nouveaux coordinateurs ont répondu qu'ils commencent seulement à avoir des attentes plus spécifiques⁶. Certains coordinateurs disent être toujours aussi satisfaits des meetings, et que leurs attentes n'ont pas vraiment changé avec le temps.

Voici une liste des principales **attentes** que les coordinateurs ont exprimées, combinée avec les réponses à la question « **Qu'est-ce que le RIC pourrait vous apporter de plus ?** » :

- Exercer un peu plus de pression sur les coordinateurs afin de pouvoir comparer les résultats.
- Organiser un groupe de travail sur la recherche d'indicateurs spécifiques aux IC.
- Identifier une vingtaine d'IC prioritaires, cibler certains, et inciter les coordinateurs à travailler sur ces IC.
- Créer des groupes de travail sur certains IC, par exemple la clinique du sein.
- Organiser des meetings sur des partages d'expériences.
- Faire venir des gens extérieurs au Réseau pour animer les meetings.
- Faire intervenir les anciens dans les formations modules et/ou meetings
- Voir ce qui existe au niveau de la littérature internationale par rapport à l'impact des IC.
- Montrer à l'équipe IC, qu'on fait des IC partout en Belgique, dans tous les hôpitaux, et non seulement dans notre institution.
- Répondre aux demandes ponctuelles, par exemple : être présent pour les résultats post-mesure de l'Outil d'Auto Evaluation des Processus de Soins (OAEPS) ; participer à une récolte de données sur le terrain.
- Faire plus de publicité pour toute la Wallonie, via les publications par exemple.
- Atteindre plus étroitement les écoles d'infirmières.
- Créer un carnet ou un fascicule RIC.
- Faciliter les contacts avec ma cohorte
- « Vous apportez suffisamment par rapport à ce que j'utilise »
- « Vous êtes là, on peut compter sur vous.

⁶ L'expérience du réseau montre que les coordinateurs ont besoin de quelques années afin d'assimiler, de transmettre et d'utiliser la méthodologie dans son entièreté. Par conséquent, il n'est pas anormal que les coordinateurs plus récents ne ressentent pas immédiatement un besoin de formation supplémentaire, ni même d'attentes particulières.

Quelques autres réflexions ont émané suite à cette question :

- « Dommage que les hôpitaux (surtout les suisses) ne soient pas plus présents. Plus il y a du monde aux meetings, plus c'est constructif ».
- « le RIC ne pourra plus apporter grand-chose aux anciens coordinateurs ; ce qui restera c'est le réseau entre les coordinateurs. Et pour que ce dernier survive, il faut garder les réunions communes. La coordination du RIC devrait créer ces réunions en évitant les redondances avec les autres projets « qualité-sécurité ».

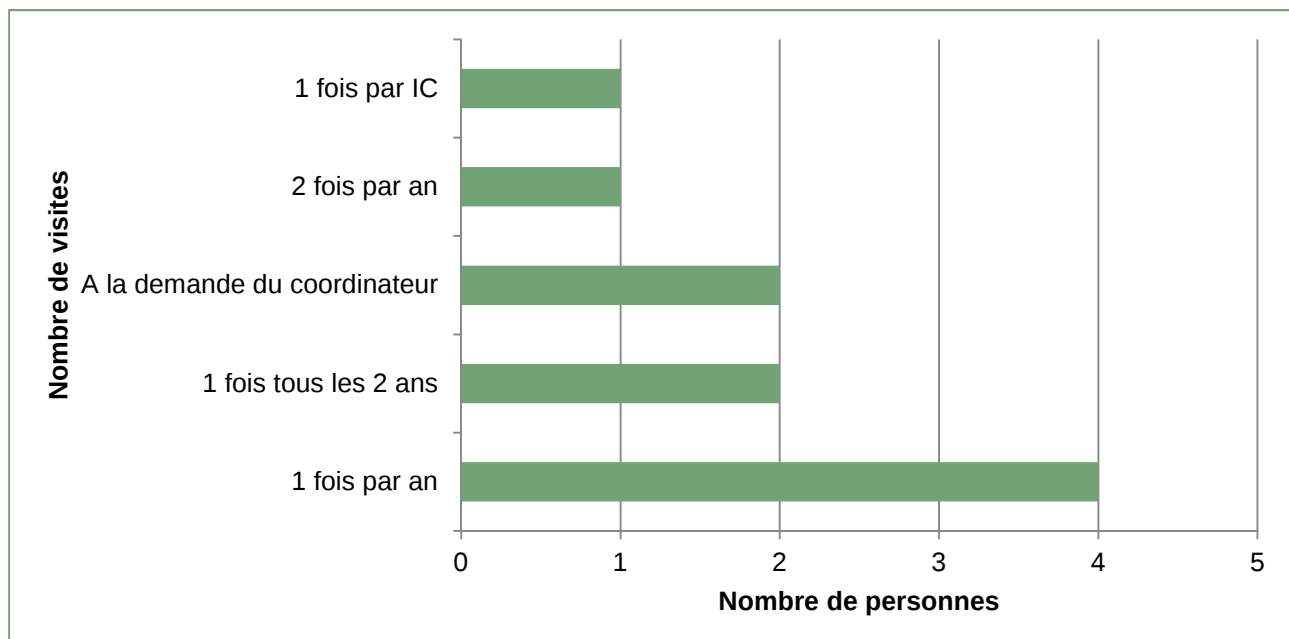
Tous les coordinateurs ont répondu qu'ils ont l'impression d'avoir **une place dans le Réseau**.

Que ce soit en tant que membres du Réseau à part entière, ou bien en tant qu'experts.

Certains disent avoir leur place par le respect des autres coordinateurs, ou bien du fait qu'ils soient reconnus et interpellés à certains moments. Pour d'autres c'est du fait qu'ils soient simplement participants et parfois orateurs.

Ci-dessous (graphique 8) les réponses à la question « **Combien de fois par an le RIC devrait-il venir vous rendre visite ?** » :

Graphique 8 : Nombre de visites que devrait effectuer le RIC auprès des institutions de soins affiliées



Toutefois, tous les coordinateurs n'estiment pas nécessaire ou même souhaitable une visite de la part du RIC ; en effet une des réponses était la suivante: « cela me dérange surtout si vous souhaitez participer à des réunions pluridisciplinaires car certaines choses peuvent être dites sans que vous ne connaissiez les antécédents et peuvent donc être mal perçues ».

Et si nous venons dans leurs hôpitaux, **les attentes** des coordinateurs **vis-à-vis d'une telle visite, et par rapport à la direction** seraient multiples; ils voudraient que le RIC joue un rôle dans l'information de la direction quand nécessaire, par exemple, pour susciter leur positionnement clair, leur montrer la plus-value et la singularité des IC ; que le RIC anime une réunion où on synthétiserait tout ce qui a été fait depuis 2004 ; qu'on insiste sur les apports et les avantages de travailler avec la méthodologie IC ; qu'on motive la direction et qu'on l'invite à des journées de formation; qu'on promeuve la culture de la qualité, et qu'on effectue un comparatif avec les hôpitaux du RIC, notamment avec les suisses. Pour certains notre simple présence est suffisante parce qu'elle accroît la visibilité du coordinateur et confirme sa possibilité d'avoir un appui de la part du Réseau.

En parallèle certains nous ont dit que l'attente principale de la direction elle-même serait que le RIC puisse effectuer des benchmarkings entre les hôpitaux membres du Réseau, et de prouver par-là, la plus-value des IC.

Autre réponse, c'est que le coordinateur est autonome et libre dans sa fonction, et ne compte donc pas sur la direction. Mais aussi, certains nous ont dit ne pas avoir d'attentes tant que « tout fonctionne bien ».

Par rapport aux **comités qui appuient les IC**, les attentes vis-à-vis d'une telle visite seraient de prouver qu'un IC n'est pas une perte de temps même si l'impact n'est pas tout de suite visible ; de montrer qu'on fait partie d'un réseau et qu'on est soutenu par l'université ; de participer à une réunion du comité qualité et le mettre au courant des approches qualité innovantes ; de participer aux réunions pluridisciplinaires ; d'intervenir en fonction des questions que poseraient les différents acteurs ; d'aider à analyser des résultats et à rédiger un rapport d'activités des IC en interne.

Pour certains, cette visite auprès des comités qui appuient les IC devrait s'organiser à la demande du coordinateur, et selon ses besoins, pour l'aider à montrer la visibilité du Réseau, les objectifs des IC, les enjeux, et les améliorations à mettre en place.

Enfin certains nous ont répondu ne pas avoir d'attentes spécifiques.

Comme mentionné plus haut, **la présence du RIC à des réunions d'équipes** n'est pas toujours souhaitable. Certains nous ont même dit que ce n'est pas notre place, que les témoins sont parfois gênants, qu'une activité pareille n'est pas utile ou qu'elle ne plaira pas aux équipes. Sachant que les avis étaient partagés, plusieurs coordinateurs estiment pourtant que le RIC devrait assister à des réunions d'équipes pour voir l'animation et comment la méthodologie enseignée est concrètement utilisée ; d'autres souhaitent que cette présence soit ponctuelle et à la demande, ou que notre rôle s'en tienne à l'observation.

Autres activités pour lesquelles une visite du RIC semblerait pertinente aux coordinateurs, seraient les réunions des médecins dans le but de clarifier la confusion entre le programme de soins, les filières de soins, les trajets de soins et les IC ; et la présentation des IC à l'échelle d'une institution.

A la question « **votre institution a-t-elle une expérience qu'elle aimerait montrer à d'autres équipes?** », la grande majorité des coordinateurs a répondu « oui, les IC, le fait que ça marche », ou ont nommé un IC spécifique qui fonctionne bien et dont ils sont fiers. Une personne mentionne qu'il y a une expérience à montrer, mais que malheureusement l'institution n'a pas la culture des chiffres. Et d'autres ont donné une réponse négative.

Concernant **les outils que l'institution utilise pour appuyer les différents projets**, les réponses étaient assez variées et en voici une liste :

- Le mini registre d'indicateurs.
- L'automatisation des indicateurs.
- L'informatique en général.
- Le dossier infirmier.
- La méthode des post-it.
- La mise au vert.
- Le site internet.
- Les interviews des patients.
- Le TIM/TIMI (les IC à long terme mais pas encore).
- Omnipro, notamment pour le RCM, mais sans spécificités liées aux IC.
- PRINCE II (outil de diffusion et de fonctionnement d'un projet).

Deux coordinateurs ont dit ne pas avoir d'outils spécifiques à leur disposition pour appuyer leurs projets.

Tous ont répondu qu'ils étaient prêts à **organiser une rencontre avec l'appui de la coordination du RIC**, à l'exception d'un coordinateur qui nous a signalé que son institution avait d'autres priorités.

Tous aussi ont dit avoir des **contacts avec les autres coordinateurs IC en dehors des meetings**, que ce soit par mail ou par téléphone, même si certains disent ne contacter que ceux qu'ils connaissent, ou que les contacts sont unidirectionnels. Les **sujets** de ces contacts sont multiples :

- Les IC dans l'ensemble.
- La mise en place d'un nouvel IC ou quand IC particulier.
- Demande de documents, difficultés pour certaines choses, construction d'un questionnaire, etc.
- « trucs et astuces » d'un IC.
- Pour préparer une présentation.
- pour s'occuper des étudiants.
- pour une brochure.
- pour faire de la publicité et montrer ses IC.

La **fréquence** de ces contacts est variable ; parfois 2 à 3 fois par an, ou 3 à 4 fois par an, ou alors au besoin.

Tous ont dit recevoir une **réponse** positive de la part du coordinateur contacté ; à l'exception d'une seule fois où il n'y a pas eu de réponse.

D'après les coordinateurs interrogés, **pour faciliter ces contacts**, la coordination du RIC devrait préciser des IC cibles, et créer des échanges par rapport à certains IC et non pas par rapport à la méthodologie : intérêt, attentes, confrontation, etc.

Elle devrait aussi créer une liste des noms et des numéros de téléphone et des adresses électroniques⁷ et mettre le plus d'informations possibles sur intranet. Le RIC devrait jouer le rôle de relais et mettre en contact les gens qui ne se connaissent pas. Enfin il devrait maintenir les meetings et trouver les thématiques.

⁷ Nous reviendrons sur cette demande spécifique à la fin du rapport, dans la partie « discussion et perspectives ».

L'intranet du RIC-NKP est utilisé par la majorité des coordinateurs; ils consultent **les rubriques** des modules et les formations, ou bien ils y cherchent de la documentation, de la littérature, des présentations, des travaux, des Travaux de Fin d'Etudes (TFE)... Certains consultent la cartographie, le listing des coordinateurs, des hôpitaux et des IC ; et d'autres sont plutôt intéressés par la méthodologie, ou par les publications qui y existent.

Quant à la **fréquence** de cette utilisation, elle est assez variable ; certains y vont souvent, d'autres par trimestre, d'autres encore utilisent l'intranet d'une façon ponctuelle ; ou alors pas souvent.

Le petit nombre de personnes qui n'utilisent pas du tout l'intranet, expliquent ceci par le manque de temps imparti pour les IC, par la difficulté linguistique, par le manque d'habitude et par l'aspect peu convivial du site.

Nous avons recueilli quelques **suggestions pour améliorer son fonctionnement**:

- Rajouter du contenu par rapport à certains IC, indicateurs,...
- Mettre des liens directs avec les adresses mails des coordinateurs.
- Créer un forum interactif.
- Rajouter un lexique en français des mots anglais.
- Créer un site en français.

Tout le monde n'éprouve pas de difficulté majeure relative à la recherche ou à l'utilisation en général de l'intranet : « quand je cherche, je trouve ».

« Et si la coordination du RIC organisait un prix, y participeriez-vous ? ».

La moitié des coordinateurs a répondu négativement pour les raisons suivantes :

- « Tout ce qui est concours peut perturber la collaboration ».
- « Nos IC sont très anciens ».
- Par manque de temps.
- « Probablement pas sauf si nous avons un projet bien bâti et un IC qui fonctionne bien ».
- « Je n'ai rien de transcendant à montrer ».

L'autre moitié a répondu par un « oui » mais qui est conditionnel :

- Dans un an ou deux (« pour être sûr d'avoir un bon IC et que ça fonctionne bien »)
- « Pourquoi pas mais si ce n'est pas moi qui présente ».
- « Si j'ai quelque chose à présenter ».

Un seul coordinateur était absolument prêt à y participer.

Mais malgré leur réticence à rentrer dans le concours, la grande majorité des coordinateurs a répondu qu'elle serait **présente à cette journée**, et voici quelques suggestions recueillies sur l'organisation de celle-ci :

- En français.
- Inciter les médecins à y assister.
- Organiser le prix en parallèle avec une semaine qualité du SPF.
- Officialiser les critères d'évaluation, puis évaluation externe.
- Inviter des gens « hors du commun » (ex : Mr. Anthony Staines)
- Présentation de ce qui « marche bien ».
- Explication sur l'implication active des patients, les focus group, etc.

Ou alors « Je ne suis pas sûre qu'il faille un prix : le principe de concours ne m'intéresse pas mais par contre, une journée où les différentes expériences sont montrées est intéressante ! ».

Les attentes vis à vis du RIC évoluent en fonction des années d'ancienneté dans le réseau. La majorité des coordinateurs sont surtout en demande d'un suivi personnalisé, de journées d'échanges d'expérience pendant lesquelles ils peuvent intégrer un nombre d'informations importantes. Ils sont aussi en demande d'acquérir de nouvelles compétences. Le RIC qui, originellement formait à la méthodologie IC doit évoluer vers une structure plus adaptée aux besoins et non redondantes avec d'autres initiatives.

Leur appartenance au RIC est fort ancrée. Ils se sentent y avoir une place. Par ailleurs, ils créent aussi des liens entre eux hors du RIC.

Malgré les IC existants au sein des hôpitaux, nombreux d'entre eux ne souhaitent pas montrer leur travail. Est-ce par appréhension, par manque de temps ?

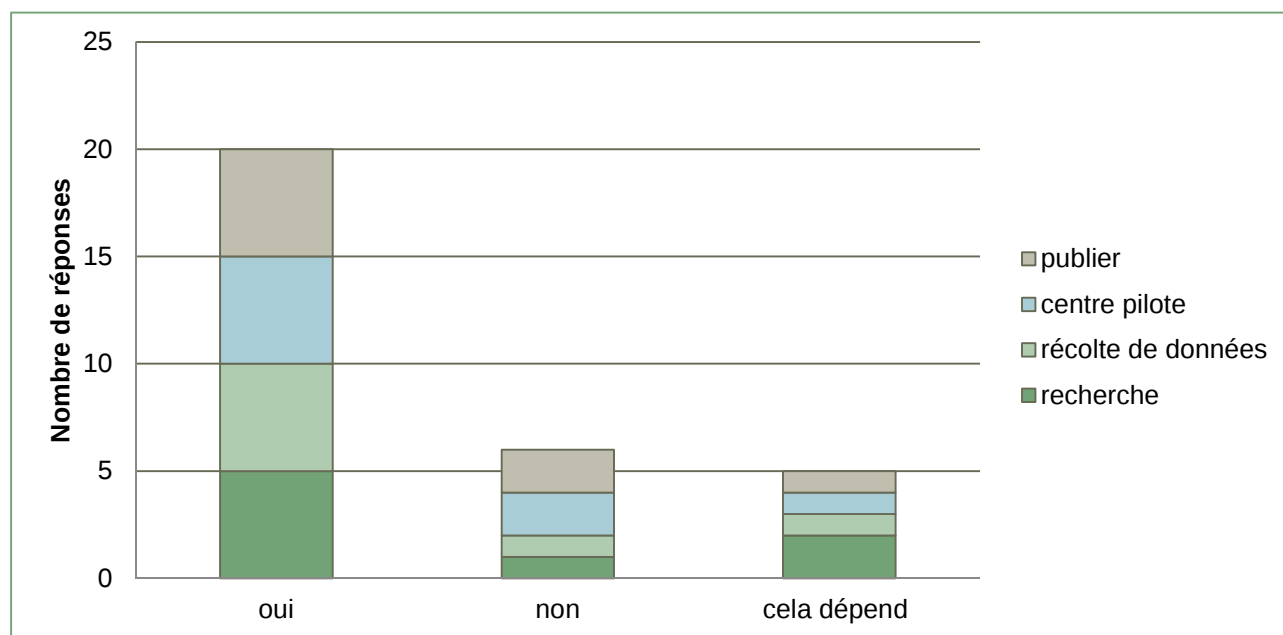
Divers outils sont utilisés dans les hôpitaux mais ils ne sont généralement pas spécifiques aux IC.

Si l'intranet est peu utilisé, la question à se poser est « comment augmenter son degré d'attractivité ? » Si l'information déposée sur l'intranet est intéressante et utile pour les coordinateurs, alors, ceux-ci utiliseront la plateforme plus fréquemment.

Après la lecture des résultats, nous pouvons observer que concourir pour obtenir un prix ou de la reconnaissance n'intéresse pas les coordinateurs. Pourtant de nombreux projets novateurs, bien construits et intéressants pourraient en ressortir. Par ailleurs, ce prix pourrait aider à améliorer la visibilité interne et externe des hôpitaux participants. Néanmoins, tenant compte de ces remarques, il serait plus judicieux d'organiser un congrès international plutôt qu'un prix.

Enfin, ci-dessous un graphe (graphique 9) représentant les réponses des coordinateurs à des questions fermées qui concernent leur intérêt pour faire de la recherche, pour servir de centre pilote, pour la récolte des données, et pour la publication.

Graphique 9 : Type de projets qui intéressent les coordinateurs



Pour conclure notre entretien, nous avons à chaque fois demandé au coordinateur s'il restait **une question que nous n'avions pas posée et qu'il aurait aimé qu'on lui pose**. La majorité des coordinateurs trouvaient que notre guide était assez exhaustif, et que ses dimensions couvraient les sujets les plus importants.

Toutefois, deux questionnements ont clôturé deux entretiens différents, le premier c'était de savoir « Comment se dégager de ses fonctions actuelles pour faire des IC ? » ; et le deuxième concernait la vision au long terme du Réseau: « Combien d'années vais-je encore venir? Quel est l'avenir ? Je risquerai de ne plus rien apprendre ».

Nous reviendrons sur la discussion des attentes des coordinateurs vis-à-vis du RIC à la fin de ce rapport.

VI. Observation de réunions multidisciplinaires

En complément aux entretiens avec les coordinateurs, nous avons été invitées, à notre demande, à trois réunions pluridisciplinaires, en vue d'observer les échanges entre les différents acteurs, le déroulement en général de la réunion, et le processus de prise de décision. Et nous avons, à cette fin, élaboré une grille d'observation (annexe 5).

Les trois hôpitaux « observés », dont un est universitaire, sont aigus et multi-sites.

La **préparation** de la réunion s'est passée sans souci majeur, à l'exception de l'ordre du jour qui, dans deux cas, ne nous a pas été transmis à l'avance. Le local était approprié, les outils et supports étaient adéquats, et les aspects logistiques avaient été pensés et pris en charge.

Quant au **contexte et à l'organisation**, il s'agissait dans deux cas d'un IC en phase de développement, et pour le troisième c'était un bilan plusieurs années après son lancement.

Un grand nombre de participants de différentes disciplines était à chaque fois présent : chirurgiens, infirmiers-chefs, assistants sociaux, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, rhumatologues, médecine physique, réservation, secrétariat, etc.

Le coordinateur IC animait les réunions, et était en même temps gestionnaire du temps et 2 fois/3, il était aussi secrétaire.

Les rôles étaient définis à l'avance par la nature de la fonction de chacun, sans qu'il n'y ait une répartition claire des tâches.

Concernant le **déroulement** de la réunion, celle-ci était introduite à chaque fois par un rappel de l'objet, du contexte, des objectifs, et du temps prévu. Un rapide tour de table était effectué 2 fois/3, sachant qu'il avait été nécessaire pour les trois réunions.

Nous pouvons affirmer avoir observé des échanges basés sur l'écoute, la prise de parole de chacun, le jeu de questionnement et la mise en relief des paroles de certains, dans les 3 hôpitaux.

Très peu de tensions, d'oppositions ou de conflits ont fait surface même si les gens n'hésitaient pas parfois à désapprouver certains sujets.

Les coordinateurs ont montré un sens de gestion de réunions, ils respectaient l'ordre du jour, recentraient avec tact et fermeté, calmaient le jeu quand nécessaire, écoutaient, et reformulaient.

Quant au processus de **prise de décisions**, toutes les propositions ont été prises en considération, et toute l'équipe participait à cette décision.

Pour **conclure** la réunion, un plan d'action avait été formulé pour la rencontre suivante, avec des détails sur qui fait quoi, l'échéancier, et la date de la prochaine réunion.

Nous avons apprécié observer le déroulement constructif, organisé et respectueux de ces 3 réunions et nous pouvons dire que les 3 équipes sont motivées et porteuses des IC.

VII. Comparaison avec le bilan du RIC 2008

Comme mentionné au début de ce rapport, un des objectifs du « Tour des hôpitaux du RIC » est de comparer la situation des IC dans les institutions de soins en 2008 et celle en 2012. Ci-dessous les éléments retenus pour cette comparaison:

1. Moins de coordinateurs ont participé à l'enquête et répondu au guide en 2012. Le pourcentage des répondants est passé de presque 95%, en 2008, à 37% en 2012. Ce bas taux de réponse pourrait être attribué à la charge de travail croissante des coordinateurs et à la diversité des projets institutionnels dont ils ont la charge. S'ajoutent à cela les exigences du contrat qualité-sécurité du SPF auxquels les coordinateurs doivent répondre, et le peu de temps imparti pour les IC. En conséquence, les projets, les meetings, et les activités du RIC peuvent être parfois perçus comme non prioritaires pour eux. Une autre explication est que certains coordinateurs formés à la méthodologie ne sont plus en charge des IC. Néanmoins, nous les tenons toujours informés et nous les comptons encore comme personne affiliée à part entière.
2. Le temps dédié aux coordinateurs IC pour le suivi et la coordination des IC est représenté dans le tableau (tableau II) ci-dessous ⁸.

Tableau II: Temps dédié des coordinateurs aux IC

Nombre ETP	2008 (N=16)	2012 (N=11)
0 ETP	50%	17%
0.1 à 0.5 ETP	31%	50%
0.6 à 1 ETP	18%	33%

Nous constatons une amélioration globale dans les ETP dédiés aux IC, dans le sens où l'on a moins de coordinateurs qui ne bénéficient pas du tout d'ETP pour les IC, et plus de coordinateurs qui ont entre 0.1 et 1 ETP. Toutefois la variabilité des ETP investis reste présente et le pourcentage des coordinateurs qui bénéficient de plus de 0.5 ETP pour assurer la mise en place et le suivi des IC reste faible.

⁸ Les pourcentages correspondent au nombre de coordinateurs interrogés par enquête, soit 16 personnes en 2008 et 11 en 2012.

3. Les difficultés vis-à-vis des projets IC restent plus ou moins identiques au travers des années. Le manque de temps et de moyens, la motivation des collaborateurs, l'implication des médecins, la diversité des tâches du coordinateur et l'informatisation des dossiers, restent parmi les facteurs défavorables relevés par les coordinateurs.

4. Les attentes des institutions vis-à-vis du RIC en 2008 qui portaient sur le contenu de la formation et sur la méthodologie n'ont pas refait surface en 2012. Le contenu avait été revu et la méthodologie des 30 activités avait été remplacée par celle en 7 phases.

Restent toujours parmi leurs attentes, la rencontre et la stimulation de la direction, le maintien des réunions d'échanges et des meetings, le benchmarking et la comparaison des indicateurs. Mais surtout les coordinateurs s'attendent toujours à ce que le Réseau reste un garant de la méthodologie, un référent et un organe de formation.

Quelques nouvelles attentes ont été également formulées ; nous les avons expliquées plus haut dans ce rapport (cfr dimension 7).

VIII. Limites du bilan

Ce bilan comporte quelques limites qu'il serait judicieux de relever :

- Le nombre de participants à notre bilan était assez bas et ce pour les raisons déjà expliquées. Toutefois ce petit échantillon est probablement représentatif, car il était constitué de coordinateurs travaillant dans des structures et des contextes assez différents⁹.
- Les coordinateurs suisses n'ont pas été interviewés à cause de la distance géographique ; les questionnaires leur ont été envoyés par mail mais nous n'avons eu aucun retour excepté le remplissage d'une échelle d'informatisation (cfr dimension 3). Il aurait été intéressant d'avoir leur point de vue et de pouvoir le confronter à celui des coordinateurs belges et luxembourgeois.
- Seuls les coordinateurs IC ont été interrogés ; sachant que le travail sur les IC est l'affaire d'une équipe multidisciplinaire, la rencontre de ces différents acteurs nous aurait permis de mieux comprendre les relations interprofessionnelles et les points de vue de chacun. Nous tenons toutefois à préciser que nous avons effectué des observations de réunions multidisciplinaires dans plusieurs hôpitaux. Même si ces observations ne remplacent pas les entretiens individuels, elles nous ont permis de construire une idée des relations et des interactions entre les différents membres des équipes.
- Aucune rencontre avec la direction ni avec un médecin référent n'a été possible. Il nous est difficile d'interpréter ce fait, surtout que nous avons émis cette demande en nous basant sur les attentes des coordinateurs vis-à-vis d'une éventuelle visite du RIC dans leurs institutions. Serait-ce par manque de disponibilité des directions ? par manque de motivation des médecins pour nous recevoir ? par manque de temps pour les coordinateurs pour organiser une telle rencontre ? nous estimons que la question mériterait d'être investiguée et en fonction des réponses, une adaptation devrait être apportée à notre plan d'action.

⁹ Hôpitaux multi-sites ou site unique, universitaires ou non, fusionnés ou non, aigus ou centre de réadaptation.

IX. Discussion et perspectives

Les attentes des coordinateurs peuvent être regroupées sous quatre catégories distinctes :

- **Les « services offerts par le RIC mais dont les coordinateurs ignorent l'existence ».**

Nous pensons notamment à la demande d'une **liste** avec les noms des coordinateurs et leurs coordonnées de contact, qui existe bien sur intranet. Ou alors aux **revues de la littérature** que nous faisons régulièrement. Pour les tenir au courant systématiquement des articles scientifiques récents, nous pourrions les publier sur intranet ou en discuter pendant les meetings, ou alors les leur faire parvenir sur demande, évitant ainsi de saturer leurs boîtes à message.

- **Les « services offerts par le RIC mais dont les coordinateurs ne profitent pas ».**

Il s'agit principalement de notre disposition à venir dans leurs hôpitaux pour **rencontrer la direction et les comités qui appuient les IC**, pour assister à des **réunions d'équipes** ou de médecins, pour la présentation des IC ou des résultats de l'OAEPS par exemple. Non seulement ces visites nous intéressent et améliorent notre vision de la réalité du terrain, mais elles font partie inhérente de la convention entre les hôpitaux et le RIC. Nous tenons à préciser que suite au « Tour des hôpitaux du RIC » une demande de rencontre de la direction nous a été adressée, et une autre de suivi et **d'accompagnement personnalisé**. Nous répondrons bien entendu à ces deux demandes.

- **Les « services à maintenir ».**

Les coordinateurs apprécient la présence aux meetings **d'orateurs externes**, dont le domaine d'expertise n'est pas spécialement celui des IC. L'année passée nous avons invité des experts en éthique, en droit, en communication, en journalisme, en « qualité », etc. Nous sommes persuadées, par les échanges au sein de ces meetings et des évaluations des coordinateurs, de la nécessité de maintenir ces invitations. **Impliquer les coordinateurs** dans les différentes formations est une activité à maintenir également. Nous continuerons à les inviter comme orateurs, aux congrès, aux formations continues organisées par l'UCL, à celles de nouvelles cohortes de coordinateurs IC, au cours de master en santé publique, etc.

- **Les « services à développer ».**

Les résultats du « Tour des hôpitaux du RIC », nous ont permis d'identifier plusieurs pistes d'amélioration du Réseau.

Nous nous rendons compte de la nécessité de promouvoir notre **visibilité externe** pour toucher un public large de médecins généralistes ou spécialistes, d'étudiants infirmiers, de patients et de leurs familles. La publicité du Réseau est importante pour sa viabilité et, est faisable via des fascicules ou des cartes de visite distribuées à large échelle, un site web destiné à la fois aux patients et aux acteurs des deuxième et troisième ligne, des visites et des collaborations avec les Hautes écoles d'infirmières, et surtout des publications sur la méthodologie, les avantages et les résultats des IC.

Au sein du réseau, nous comptons organiser plus de meetings autour des **partages d'expériences**. D'une part les coordinateurs ont demandé explicitement qu'il y ait plus d'occasions d'échanges sur les IC en général, sur les difficultés de leur mise en place, les stratégies de solutions, etc. et d'autre part tous ont répondu avoir des outils ou une expérience à montrer et ont dit être prêts à organiser une rencontre avec l'appui de la cellule de coordination. D'autant plus que nous éviterons ainsi la redondance avec les thématiques couvertes par le SPF santé publique.

Et pour répondre à l'évolution des attentes des anciens coordinateurs, qui eux ne cherchent plus une formation à la méthodologie des IC, nous organiserons des meetings autour de **nouvelles connaissances** et de nouveaux outils ; nous pensons notamment à la gestion de réunion et à la gestion de projets.

La création de **groupes de travail** sur certains IC cibles n'est pas du tout exclue ; nous devrions réfléchir à une organisation adéquate qui permet de cibler certains IC et d'inclure le plus grand nombre possible de coordinateurs dans ces groupes.

L'amélioration de l'**intranet** est une priorité également. Le comité de suivi du RIC est en cours de discussion sur les stratégies pour le rendre plus convivial et interactif, de façon à ce que les coordinateurs puissent y trouver des documents qui dépassent le simple titre d'un IC, sans toutefois que cette plateforme électronique ne se substitue aux échanges personnels entre les coordinateurs.

Le développement de notre **pôle de recherche** est aussi très important, surtout vu l'intérêt des coordinateurs à la recherche et leur disposition à la récolte de données et à servir de centre pilote. La difficulté reste d'ordre financier ; il faudra trouver les fonds pour engager une personne dont le temps de travail sera dédié à la recherche, et trouver le financement suffisant pour son projet.

Enfin l'organisation d'un **prix IC** ne semble pas être une priorité pour les coordinateurs, même si certains nous ont donné des suggestions très intéressantes quant à la conception de l'évènement.

X. Conclusions

Pour conclure, nous pouvons affirmer que les objectifs du « Tour des hôpitaux du RIC » ont été atteints.

Nous avons en effet pu établir un état des lieux des projets IC dans les hôpitaux du Réseau, et les situer par rapport aux différents projets qualité en cours. De même, nous avons approfondi notre compréhension des forces et des faiblesses des IC et avons pu identifier les facteurs favorables ou défavorables à leur pérennisation dans chaque institution.

De plus, nous avons réussi à identifier les moyens déployés pour impliquer les patients dans les différentes phases d'un IC. Et enfin nous avons recueilli les avis des coordinateurs sur le fonctionnement du RIC et sur son potentiel. Et nous avons proposé des pistes d'amélioration afin de répondre au mieux à leurs attentes dans le **point IX « Discussions et perspectives »**.

Malheureusement certaines de ces attentes ne pourront pas être satisfaites, principalement du fait qu'elles sortent de notre domaine d'action et de notre rôle.

Nous pensons notamment au benchmarking et à l'analyse macro au niveau des mutualités, avec des données chiffrées sur l'utilité des IC. En effet ces deux activités ne relèvent pas du rôle propre du RIC, et nous estimons imprudent de vouloir se substituer aux organismes qui assurent ces tâches.

Et malgré que la comparaison quantitative soit absente de nos plans d'avenir, une comparaison qualitative des résultats est envisagée. Comme mentionné plus haut nous comptons bien organiser des rencontres d'échanges d'expériences, où les coordinateurs peuvent apprendre les uns des autres et comparer leurs différentes démarches: le choix de l'IC, le choix des objectifs et des indicateurs, les difficultés, les pistes de solutions, etc.

Enfin nous souhaitons conclure en précisant qu'en complément à notre « Tour des hôpitaux du RIC », un bilan du Réseau a été effectué, reprenant toutes nos activités et celles de nos coordinateurs depuis 2004; et qu'une charte du RIC a également été conçue par le comité de suivi qui reprend notre mission, notre vision, nos valeurs et nos axes stratégiques pour les années à venir.

XI. Annexes

Annexe 1 : le guide d'entretien du « Tour des hôpitaux du RIC ».

7 dimensions

1. Inventaire des IC actifs, en cours de développement, et suspendus.
2. Fonctionnement en interne de la coordination IC.
3. Etat des lieux de l'informatisation dans votre institution.
4. Implication des patients dans les IC.
5. Communication autour des IC (interne et externe).
6. Autres moyens mis en place pour la pérennisation des IC.

1. Inventaire des IC actifs, en cours de développement et suspendus:

- 1.1 Voici les IC qui sont répertoriés pour votre institution.
 - 1.1.1 Cette liste est-elle correcte et à jour ?
 - 1.1.2 Disposez-vous d'autres objectifs pour ces différents IC ?
 - 1.1.3 Disposez-vous d'autres indicateurs pour ces IC ?
 - 1.1.4 Disposez-vous d'interventions-clés pour ces IC ?
 - 1.1.5 Pouvez-vous nous donner une estimation du pourcentage de patients qui suivent un IC sur le total des patients de l'organisation (ou au moins 1 site) ?
 - 1.1.6 De quels moyens disposez-vous pour vous aider à préciser ce pourcentage ?
 - 1.1.7 Nous autorisez-vous à publier ces éléments sur l'Intranet du RIC-NKP ?
- 1.2 Quels IC vont-ils être révisés ?
 - 1.2.1 Pourquoi ?
- 1.3 Utilisez-vous la cartographie actuelle des IC ?
 - 1.3.1 Si oui, pour y trouver quelles informations ?
 - 1.3.2 Si non, pourquoi pas ?
 - 1.3.3 Quelles données devraient s'y trouver ou être supprimées ?

2. *Fonctionnement en interne de la coordination IC*

2.1 La direction serait-elle d'accord si vous vous lanciez dans un nouveau projet IC ?

2.2 Qui dans votre institution vous apporte son appui :

1. Direction
2. Chefs de service
3. Médecins
4. Collaborateurs staff
5. Secrétariat
6. ETP coordinateur IC
7. Autres

2.3 Le soutien de la direction est-il perçu par les équipes multidisciplinaires ?

2.4 Existe-t-il un comité qualité dans votre institution ?

2.5 Comment s'organisent les projets IC au sein de tous les autres projets qualité dans votre institution ? quelle place pour les IC ? quels liens avec les autres projets qualité sécurité ?

2.6 Quelle place occupe la qualité en général au sein du plan stratégique de votre institution ?

2.7 Pour améliorer cette place, quels sont les moyens déployés :

2.7.1 par le comité qualité?

2.7.2 par les équipes ?

2.8 Existe-t-il un comité IC dans votre institution ?

2.8.1 Si oui, qui en fait partie ? Quelle discipline ?

2.8.2 Si oui, combien de fois par an se réunit-il ?

2.8.3 Si oui, existe-t-il un descriptif de fonction clair de chaque membre du comité IC ?

2.8.4 Si non, le comité qualité met-il les IC à son agenda ? (1-2x, 3-4x, 6-12x/an)

2.8.5 Si non de nouveau, y a-t-il un autre comité qui suit les IC ?

3. *Etat des lieux de l'informatisation dans votre institution*

3.1 Pouvez-vous vous situer sur cette échelle en termes d'informatisation ?

4. Implication des patients dans les IC:

- 4.1 Comment impliquez-vous les patients dans les différentes phases des IC ?
- 4.2 Quand le patient est-il au courant de son parcours ?
 - 4.2.1 Et comment ?
- 4.3 Quelle est la date de la dernière enquête de satisfaction auprès des patients IC ? Quels ont été les résultats

5. Communication autour des IC (interne et externe)

- 5.1 A propos de l'IC et toujours en intra-hospitalier, quels sont les canaux d'information les plus utilisés ?
 - 5.1.1 Ces canaux sont-ils efficaces ?
- 5.2 A quels niveaux/aspects souhaiteriez-vous vous comparer avec d'autres hôpitaux ?
- 5.3 Quels sont les meilleurs moyens de comparaison à votre avis ?

6. Autres moyens mis en place pour la pérennisation des IC :

- 6.1 Y a-t-il dans votre institution d'autres moyens qui ont été mis en œuvre et qui expliquent le succès de certains IC ?
- 6.2 Y a-t-il dans votre institution des moyens supplémentaires dont l'absence pourrait expliquer le non aboutissement de certains IC ?
- 6.3 Quel a été l'impact de la fusion, si c'est le cas, sur les IC dans votre institution?
- 6.4 Et vice versa l'impact des IC sur la fusion

7. Attentes par rapport au RIC :

- 7.1 D'après vous, quels sont les bénéfices du Réseau Itinéraires Cliniques x années plus tard?
 - 7.1.1 Et en termes de visibilité pour le coordinateur ?
- 7.2 Vos attentes vis-à-vis du Réseau Itinéraires Cliniques ont-elles évolué ? Dans quel sens ?
 - 7.2.1 Que pourrait-il apporter de plus?
- 7.3 Avez-vous l'impression d'avoir une place dans le Réseau Itinéraires Cliniques et laquelle ?
- 7.4 Combien de fois par an le RIC devrait-il venir vous visiter :
- 7.5 Quelles seraient vos attentes vis-à-vis de cette visite, par rapport aux :
 - 7.5.1 Directions ?
 - 7.5.2 Comités qui appuient les IC ?

- 7.6 Devrait-il assister à des réunions d'équipes IC ?
- 7.7 Pour quelles autres activités une visite du RIC vous semblerait-elle pertinente ?
- 7.8 Votre institution a-t-elle une expérience qu'elle aimerait montrer à d'autres équipes
 - 7.8.1 Si oui, laquelle ?
 - 7.8.2 Votre institution a-t-elle des outils qu'elle utilise pour appuyer les différents projets ?
 - 7.8.3 Si oui, seriez-vous prêts à organiser une rencontre avec l'appui de la coordination du RIC ?
 - 7.8.4 Si non, seriez-vous intéressés par de telles rencontres ?
- 7.9 En dehors des meetings, avez-vous des contacts avec les autres coordinateurs IC ?
 - 7.9.1 Si oui, comment ?
 - 7.9.2 Et à quels sujets ?
 - 7.9.3 À quelle fréquence ?
 - 7.9.4 Si non, pourquoi pas ?
 - 7.9.5 Quelle réponse reçoit votre initiative de contact de la part des coordinateurs ?
 - 7.9.6 Comment la coordination du RIC peut-elle faciliter ces contacts ?
- 7.10 L'Intranet du RIC-NKP ne rencontre pas le succès escompté :
 - 7.10.1 L'utilisez-vous ?
 - 7.10.1.1 Si oui : pour quelles rubriques
 - 7.10.1.2 et à quelle fréquence ?
 - 7.10.1.3 Si non : pourquoi pas ?
 - 7.10.2 Avez-vous des suggestions pour améliorer son fonctionnement ?
- 7.11 Si la coordination du RIC organisait un prix RIC,
 - 7.11.1 Y participeriez-vous ?
 - 7.11.2 Seriez-vous présents à cette journée?
 - 7.11.3 Si non, pourquoi pas ?
 - 7.11.4 Avez-vous des suggestions pour un tel évènement?
- 7.12 Etes-vous intéressés par des projets de recherche ?
 - 7.12.1 Participer à une récolte de données ?
 - 7.12.2 Servir de centre pilote ?
 - 7.12.3 Publier ?
 - 7.12.4 Réaliser un TFE ?

- Quelle est la question que l'on ne vous a pas posée et que vous auriez aimé que l'on vous pose?

Annexe 2 : la fiche de rapportage des réponses.

1. Inventaire des IC actifs, en cours de développement et suspendus:

1.1 Voici les IC qui sont répertoriés pour votre institution :	
1.1.1 Cette liste est-elle correcte et à jour ?	
1.1.2 Disposez-vous d'autres objectifs pour ces différents IC ?	Lesquels ?
1.1.3 Disposez-vous d'autres indicateurs pour ces IC ?	Lesquels ?
1.1.4 Disposez-vous d'interventions-clés pour ces IC ?	Lesquelles ?
1.1.5 Pouvez-vous nous donner une estimation du pourcentage de patients qui suivent un IC sur le total des patients de l'organisation ? (ou au moins dans un site)	☐ < 10% ☐ 10-15% ☐ 15-25% ☐ 25-50% ☐ > 50%
1.1.6 De quels moyens disposez-vous pour vous aider à préciser ce pourcentage ?	☐ Programme informatisé ☐ Collecte des données manuelle. ☐ Aucun, il s'agit d'une estimation subjective ☐ Autres :
1.1.7 Nous autorisez-vous à publier ces éléments sur l'Intranet du RIC-NKP ?	Oui/non
1.2 Quels IC vont-ils être révisés ?	
1.2.1 Pourquoi ?	☐ Post-mesures non satisfaisantes ☐ Enquête de satisfaction des patients non satisfaisante ☐ Volonté du médecin responsable ☐ Décision de l'équipe pluridisciplinaire ☐ Mise à jour des guidelines ☐ Autres :

1.3 Utilisez-vous la cartographie actuelle des IC ?	Oui/non
1.3.1 Si oui, pour y trouver quelles informations ?	€ L'hôpital qui a développé le même IC € Coordinateur à contacter € Objectifs € Indicateurs € Autres :
1.3.2 Si non, pourquoi pas ?	€ Manque de temps € Manque d'échanges avec les coordinateurs € Manque de clarté de la cartographie € Intranet peu convivial € Manque d'habitude € Pas d'utilité. € Autres :
1.3.3 Quelles données devraient s'y trouver ou être supprimées ?	S'y trouver : Etre supprimées :

2. Fonctionnement en interne de la coordination IC

22.1 La direction serait-elle d'accord si vous vous lanciez dans un nouveau projet IC ?	☐ Oui ☐ Non
2.2 Qui dans votre institution vous apporte son appui:	☐ Générale ☐ Médicale ☐ Infirmière ☐ Autres :
2.2.1 Direction	
2.2.2 Chefs de service	☐ Chefs de départements ☐ Autres :
2.2.3 Médecins	☐ Responsable IC ☐ spécialiste ☐ chirurgien ☐ autres :
2.2.4 Collaborateurs staff	☐ Discipline :
2.2.5 Secrétariat	
2.2.6 ETP coordinateurs IC	
2.2.7 Autres :	
2.3 Le soutien de la direction est-il perçu par les équipes multidisciplinaires ?	☐ Positionnement clair de la direction ☐ Les moyens nécessaires sont déployés ☐ Motivation et sensibilisation du corps médical ☐ IC mis en valeur par la communication interne et externe ☐ Autres :
2.4 Existe-t-il un comité qualité dans votre institution ?	☐ Oui ☐ Non
2.5 Comment s'organisent les projets IC au sein de tous les autres projets qualité dans votre institution ? quelle place pour les IC ? quels liens avec les autres projets qualité sécurité ?	☐ Cohérence et interdépendance entre tous les projets qualité ☐ Cohérence entre les différentes initiatives qualité/sécurité ☐ Communication entre les différents projets SANS interdépendance ☐ Aucun lien/indépendance des projets
2.6 Quelle place occupe la qualité en général au sein du plan stratégique de votre institution ?	☐ Place primordiale de la qualité dans le PS ☐ Qualité fait partie des priorités secondaires ☐ Aucune. ☐ Autres :

2.7 Pour améliorer cette place, quels sont les moyens déployés par : 2.7.1 Le comité qualité ?	€ Définition d'un axe stratégique de la qualité (interventions clés /obj/ind) € Communication interne autour de la qualité € Enquête de satisfaction auprès des patients Autres :
2.7.2 Les équipes ?	€ Promouvoir les soins centrés sur le patient : éducation, information, satisfaction. € S'impliquer dans les plans du SPF qualité/sécurité : workshops, rapportage des incidents, checklists, etc. € Autres :
2.8 Existe-t-il un comité IC dans votre institution ?	oui € non
2.8.1 Si oui, qui en fait partie ?	€ Coordinateur IC= coordinateur Qualité/Sécurité € Médecin responsable € Infirmiers chefs de services € Autres disciplines : € Secrétariat Autres :
2.8.2 Si oui, combien de fois par an se réunit-il ?	€ 1x/mois € 1x/2 mois € 1x/3mois € plus
2.8.3 Si oui, existe-t-il un descriptif de fonction clair de chaque membre du comité IC ?	Oui / Non € Le même que celui du comité qualité.
2.8.4 Si non, le comité qualité met-il les IC à son agenda ?	€ Oui € Parfois € Jamais
2.8.5 Si non de nouveau, y a-t-il un autre comité qui suit les IC ?	Oui / Non

3. *Etat des lieux de l'informatisation dans votre institution*

3.1 Pouvez-vous vous situer sur cette échelle en termes d'informatisation	
--	--

4. *Implication des patients dans les IC*

4.1 Comment impliquez-vous les patients dans les différentes phases des IC ?	€ Information (orale/brochure/sessions) € Questionnaire de pré mesure pour orienter le développement de l'IC € Enquête de satisfaction pré et post. € Présence physique de l'Association des patients dans les réunions pluridisciplinaires € Autres :
4.2 Quand le patient est-il au courant de son parcours ?	€ Chez son médecin traitant € Dès sa 1 ^{ère} consultation € A la consultation d'anesthésie pré op € Aux urgences € A l'admission € En post op € Autres :
4.2.1 Et comment ?	€ Communication orale/écrite € Par le médecin/infirmier Autres :
4.3 Quelle est la date de la dernière enquête de satisfaction auprès des patients IC ? Quels ont été les résultats ?	Date : Très insatisfaits/insatisfaits/moyennement satisfaits/satisfaits/très satisfaits.

5. Communication autour des IC (interne et externe) :

5.1 A propos de l'IC et toujours en intra-hospitalier, quels sont les canaux d'information les plus utilisés ?	€ Intranet € Emails € Note de service € Courrier interne € Journal interne € Conférence/séminaires € Autres :
5.1.1 Ces canaux sont-ils efficaces ?	Oui/Non
5.2 A quels niveaux/aspects souhaiteriez-vous vous comparer avec d'autres hôpitaux ?	Nombre d'IC/disciplines/composition de l'équipe pluridisciplinaire/soutien de la direction/moyens financiers/objectifs/indicateurs/interventions clés/ Autres :
5.3 Quels sont les meilleurs moyens de comparaison à votre avis ?	€ Cartographie € Navigator € Meeting € Échanges d'expériences Autres :

6. Pérennisation des IC: autres moyens mis en place :

6.1 Y a-t-il dans votre institution d'autres moyens qui ont été mis en œuvre et qui expliquent le succès de certains IC ?	€ Implication des équipes/médecins € Soutien de la direction € Allocation des ressources adéquates € Recrutement et rétention du personnel compétent € Politique de formation des équipes et développement des compétences € Reconnaissance du bon travail qui est fourni € Infrastructure adéquate pour supporter le nouveau processus. € Démonstration des bénéfices. € Communication autour des projets IC € Mise en place d'un comité/un responsable du suivi des IC. Le contexte extérieur à l'institution (ex : le contrat Q/S du SPF) Autres :
6.2 Y a-t-il dans votre institution des moyens supplémentaires dont l'absence pourrait expliquer le non aboutissement de certains IC ?	€ Manque d'implication des équipes € Manque de motivation des médecins € Manque de soutien de la direction € Manque de ressources nécessaires € Manque de personnel compétent € Manque de politique de formation des équipes et développement des compétences € Manque de reconnaissance du bon travail qui est fourni € Infrastructure inadéquate pour supporter le nouveau processus. € Manque de démonstration des bénéfices. € Manque de communication autour des projets IC € Absence d'un comité/un responsable du suivi des IC. € Hostilité du contexte extérieur à l'institution Autres :

6.3 Quel a été l'impact de la fusion, si c'est le cas, sur les IC dans votre institution?	€ Effet plutôt négatif : manque de temps dédié aux IC par le coordinateur/culture IC non partagée/ IC ne font plus partie des priorités stratégiques/autres : € Effet plutôt positif : extension des IC sur les différents sites/nouvelles idées/ autres :
6.4 et vice versa l'impact des IC sur la fusion?	€ projet fédérateur/motivation des équipes/autres :

7. Attentes par rapport au RIC :

7.1 D'après vous, quels sont les bénéfices du Réseau Itinéraires Cliniques x années plus tard?	€ Référent et garant de la méthodologie € Formations € Échanges et partages d'expériences € visibilité du coordinateur € Autres :
7.1.1 Et en termes de visibilité pour le coordinateur ?	€ participation à des congrès € articles € participation à la formation des nouveaux € Autres :
7.2 Vos attentes vis-à-vis du Réseau Itinéraires Cliniques ont-elles évolué ? Dans quel sens ?	
7.2.1 Que pourrait-il apporter de plus?	
7.3 Avez-vous l'impression d'avoir une place dans le Réseau Itinéraires Cliniques et laquelle ?	
7.4 Combien de fois par an le RIC devrait-il venir vous visiter :	€ 1 fois/an € 2 fois/an € Autres :
7.5 Quelles seraient vos attentes vis-à-vis de cette visite, par rapport aux :	€ Stimuler la collaboration € Susciter leur positionnement clair € Visites de formation/information de la hiérarchie : La plus-value et la singularité des IC, les moyens nécessaires, l'impact des IC sur le travail quotidien du personnel soignant, etc. € Invitation à des journées de formation autour des IC € Promouvoir la visibilité interne et externe des projets IC. € Autres :
7.5.1 Directions ?	

7.5.2 Comités qui appuient les IC ?	€ Formation/information pour les équipes opérationnelles et les chefs de projet € Aider à l'organisation d'une communication en interne autour des IC € Aider à rédiger un rapport d'activité des IC en interne € Aide au développement des IC € Aide à l'analyse des résultats € Aide à l'audit € Autres :
7.6 Devrait-il assister à des réunions d'équipes IC ?	€ Si oui, à quelle fréquence ?
7.7 Pour quelles autres activités une visite du RIC vous semblerait-elle pertinente ?	
7.8 Votre institution a-t-elle une expérience qu'elle aimerait montrer à d'autres équipes ?	Oui/non
7.8.1 Si oui, laquelle ?	
7.8.2 Votre institution a-t-elle des outils qu'elle utilise pour appuyer les différents projets ?	
7.8.3 Si oui, seriez-vous prêts à organiser une rencontre avec l'appui de la coordination du RIC ?	Oui/ Non, pourquoi :
7.8.4 Si non, seriez-vous intéressés par de telles rencontres ?	Oui/ Non, pourquoi ?
7.9 En dehors des meetings, avez-vous des contacts avec les autres coordinateurs IC ?	Oui/ Non.
7.9.1 Si oui, comment ?	
7.9.2 A quels sujets ?	
7.9.3 A quelle fréquence ?	
7.9.4 Si non, pourquoi pas ?	€ Leurs coordonnées de contact sont inaccessibles € Je ne sais pas qui contacter € Je n'ai pas le temps € Mes collègues ne m'apportent rien de nouveau. € Autres :

7.9.5 Quelle réponse reçoit votre initiative de contact de la part des coordinateurs ?	
7.9.6 Comment la coordination du RIC peut-elle faciliter ces contacts ?	
7.10 L’Intranet du RIC-NKP ne rencontre pas le succès escompté :	Oui/parfois/souvent/non
7.10.1 L’utilisez-vous ?	
7.10.1.1 Si oui : pour quelles rubriques ?	€ Rubrique :
7.10.1.2 et à quelle fréquence ?	€ Fréquence :
7.10.1.3 Si non : pourquoi pas ?	€ Trop compliqué/peu de convivialité € Manque de données scientifiques € Difficulté linguistique (pour l’intranet du NKP) € Par manque d’habitude € Autres :
7.10.2 Avez-vous des suggestions pour améliorer son fonctionnement ?	
7.11 Si la coordination du RIC organisait un prix RIC,	€ Oui/ € peut être € Non
7.11.1 Y participeriez-vous ?	
7.11.2 Seriez-vous présents à cette journée ?	€ Oui/ € peut être € Non
7.11.3 Si non, pourquoi pas ?	€ Manque de temps € Manque de motivation € Mes collègues ne m’apprennent rien de nouveau. € Autres :
7.11.4 Avez-vous des suggestions pour une telle activité ?	

7.12 Etes-vous intéressés par des projets de recherche ?	☐ Oui ☐ Non
7.12.1 Participer à une récolte de données ?	☐ Oui ☐ Non ☐ Enquête de satisfaction ☐ Données financières ☐ Indicateurs
7.12.2 Servir de centre pilote ?	☐ Oui ☐ Non
7.12.3 Publier	☐ Oui ☐ Non
7.12.4 Réaliser un TFE ?	☐ Oui ☐ Non
Quelle est la question que l'on ne vous a pas posée et que vous auriez aimé que l'on vous pose ?	

Annexe 3 : Répartition des IC au sein de chaque discipline :

Discipline	IC	Nombre d'IC par discipline
Cardiologie	Syndrome coronarien aigu	3
	Décompensation cardiaque	2
Chirurgie abdominale	Chirurgie du colon	2
	Cancer du rectum	1
	Colo-rectal	2
Chirurgie viscérale	Cholécystectomie	1
	Obésité	3
Endocrinologie	Hernie inguinale	1
	Pied diabétique	1
Gastroentérologie	Maladie inflammatoires	1
	Cancer des voies digestives	1
	Sonde gastrostomie percutanée	1
Gynécologie/oncologie	Cancer du sein	6
Médecine interne générale	Insuffisance cardiaque	1
	Embolie pulmonaire	1
	Ascite cirrhotique	1
	Exacerbation aiguë de Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive	1
	Pneumonie acquise à domicile	1
	Leucémie aiguë	1
Neurochirurgie	Tumeurs cérébrales	1
	Interventions sur le rachis	1
	Hémorragie sous arachnoïdienne	1
	Hernie inguinale	1
Neurologie	Accident Vasculaire Cérébral (AVC)	7
Orthopédie	Prothèse Totale de Genou (PTG)	5
	Prothèse Totale de Hanche (PTH)	4
	Fracture col fémur	4
	PTG/PTH	2
	Fracture proximale de la hanche	1
	Ligament croisé antérieur	1
	Réparation du bourrelet	1
	Réparation de la coiffe des rotateurs	1
	Calcification de la coiffe -Traitement du conflit	1
	Ligamentoplastie du LCA	1

Vasculaire	Varicectomie	2
Neuropédiatrie	Epilepsie	5
Médecine nucléaire	Iodothérapie	1
Maternité	IC arc en ciel: vivre sereinement la grossesse et la naissance à la maternité	1
Gériatrie	Liaison gériatrique	1
Médecine 1^{er} recours	Diabète	1
Pédopsychiatrie	Trouble envahissant du développement	5
Psychiatrie	Alcoolisme	1

Annexe 4 : Echelle en termes d'informatisation (Tour des hôpitaux RIC 2012)

Items	Oui	Non	Commentaires
1. Dans les unités où on retrouve des IC, le dossier médical est-il informatisé ? Si oui, y trouve-t-on les prescriptions médicamenteuses et les ordres (examens, labo...) ?			
2. Dans les unités où on retrouve des IC, le dossier infirmier est-il informatisé ?			
3. Le dossier infirmier des patients IC permet-il la programmation et la validation des soins et des traitements prescrits ?			
4. Permet-il de suivre les variances ?			
5. Peut-on y planifier les interventions clés ?			
6. suivre facilement les indicateurs ?			
7. Existe-il dans les dossiers une rubrique consacrée aux notes d'observations structurées? (évaluation des résultats attendus, suivi des problèmes, attentes des patients).			
8. Existe-t-il dans votre institution un portail unique du dossier patient ?			
9. Les dossiers des patients sont-ils archivés de manière centrale ?			
10. Les dossiers des patients sont-ils archivés de manière électronique ?			

Quels sont les outils informatiques à votre disposition ? Et quels sont ceux qui vous manquent ?
Quels sont vos besoins en termes d'informatisation ?

Outils informatiques à disposition	Besoins en termes d'informatisation

Annexe 5 : La grille d'observation d'une réunion multidisciplinaire.

Préparation de la réunion	
Invitations transmises suffisamment à l'avance ?	
Ordre du jour transmis à l'avance ?	
Préparation logistique	<u>Local</u> : Approprié, calme, adapté au nombre de personnes, disposition adéquate de la salle et des participants.
	<u>Outils</u> : Support informatique Tableaux Graphiques Support papier protocoles
	<u>Autres aspects logistiques</u> : restauration, parking...
Contexte et organisation.	
Quel IC ?	
Etape de l'IC	
L'équipe est constituée de qui ?	Nombre et fonctions des membres.
Qui est présent ?	
Qui est absent ?	
A quelle fréquence ont lieu les réunions ?	
Qui anime la réunion ?	
Y a-t-il un secrétaire ?	
Y a-t-il un gestionnaire du temps ?	
Les rôles sont-ils définis à l'avance ?	
Par qui ?	
Y a-t-il permanence dans les rôles ?	
Raisons aux éventuels changements de rôles ?	

Déroulement de la réunion.	
Introduction de la réunion	<u>Rappel de:</u> l'objet, du contexte, des objectifs, des modalités pratiques, du temps prévu, du suivi. Tour de table si les participants ne se connaissent pas. Rajout de points à l'OJ par les participants/organisateur.
Les membres du groupe sont-ils bien clairs sur les objectifs de la réunion ?	
Existe-t-il des liens hiérarchiques entre les participants ? (leadership formel / informel)	Médecins chef de service Infirmiers chefs Direction (médicale-générale-infirmière) Autres liens hiérarchiques :
Quel est le caractère des échanges ?	Ecoute Prise de parole de chacun Jeu de questionnement Mise en relief des paroles de certains Tension due aux divergences Oppositions/conflits
Quels sont les comportements non verbaux des participants ?	A l'écoute Prise de note Indifférence (Dés) approbation
Sur le plan du fonctionnement, peut-on repérer une organisation dans le groupe ?	Des pauses, des temps de silence Respect de l'ordre du jour Sinon, recentrage sur le sujet avec tact et fermeté. Respect de la chronologie.

En cas de conflits, quelle tournure la réunion prend-t-elle ?	L'animateur « calme le jeu » Il régule la circulation de l'information en donnant la parole à chacun. Il écoute, reformule, fait répéter. Il établit une liste des avantages et des inconvénients d'une solution Il fait un recensement des arguments pour, puis des arguments contre. Il interdit les attaques des personnes. Il perd le contrôle. Il est incapable de gérer les conflits et l'agressivité. La réunion part dans tous les sens. La réunion est interrompue sans prise de décision.
Fait-on référence à la méthodologie des IC ?	
Prise de décisions	
Validation des décisions :	Toutes les propositions sont-elles prises en considération ? Existe-t-il des procédures ? des règles ? un vote ? Qui participe à la décision ? Est-elle énoncée clairement ? Est-elle actée ?
Par quel canal la décision prise sera-t-elle communiquée ?	
Conclusion	
Récapitulatif de ce qui a été dit et décidé.	
Plan d'action formulée pour la prochaine réunion	La suite : qui fait quoi ? échancier ? compte-rendu ? prochaine réunion ?

Annexe 6 : L'Arrêté Royal du 28 décembre 2006 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier doit répondre.

En vigueur du 30/07/2007 au ... page 1 Wallex – Le droit wallon

28 DÉCEMBRE 2006. – Arrêté royal déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier infirmier, visé à l'article 17^{quater} de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre (M.B. du 30/01/2007, p. 4739)

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 17^{quater}, inséré par la loi du 29 décembre 1990 et modifié par la loi du 29 avril 1996;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, notamment l'annexe, « Normes générales applicables à tous les établissements », rubrique « II Normes fonctionnelles », 8°, inséré par l'arrêté royal du 14 août 1987;

Vu l'avis du 11 mai 2006 du Conseil national des établissements hospitaliers;

Vu l'avis du 20 juin 2006 du Conseil national de l'art infirmier;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances du 1er septembre 2006;

Vu l'avis n°41.443/3 du Conseil d'Etat, donné le 24 octobre 2006 en application de l'article 84, §1er, alinéa 1er, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat; Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons:

Chapitre premier. – *Dispositions générales*

Article 1er. §1er. Dans un hôpital, comme visé à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, un dossier infirmier est ouvert pour chaque patient. Combiné au dossier médical, ce dossier constitue le dossier du patient.

§2. Le dossier infirmier peut être tenu et conservé sous forme électronique pour autant qu'il soit satisfait à toutes les conditions fixées dans le présent arrêté. Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut fixer les modalités pratiques concernant l'échange électronique de données provenant du dossier infirmier et concernant l'archivage électronique et la transformation digitale des documents du dossier infirmier.

§3. Le dossier infirmier doit être conservé pendant au moins vingt ans dans l'hôpital.

Art. 2. §1er. Le dossier infirmier est le reflet de la démarche en soins infirmiers et est un outil permettant d'assurer la continuité des soins infirmiers.

§2. Le dossier infirmier comporte au moins les documents et renseignements suivants:

- 1° l'identité du patient;
- 2° l'anamnèse infirmière, notamment l'ensemble des éléments qui ont pour but d'identifier les habitudes de vie du patient, les évaluations, les évolutions, les modifications actuelles et potentielles de ses besoins et tous les éléments de préparation de sa sortie;
- 3° l'information médicale et paramédicale nécessaires pour assurer la qualité et la continuité des soins infirmiers au patient;
- 4° les traitements médicaux prescrits, notamment les traitements médicamenteux, les examens à visée diagnostique, les prestations techniques et les actes confiés;
- 5° le plan de soins, notamment le document décrivant le jugement clinique de l'infirmier(ère) dans l'approche des problèmes de santé qui relèvent de sa responsabilité spécifique. Le plan de soins est composé de problèmes de soins infirmiers et/ou diagnostics infirmiers, des objectifs, des résultats escomptés et des interventions infirmières;
- 6° la programmation des soins qui est la liste des soins planifiés, dispensés ou pas en relation avec le plan de soins et les traitements prescrits;
- 7° les notes d'observations structurées qui documentent l'évaluation des résultats obtenus et qui assurent le suivi des problèmes et des attentes du patient;
- 8° une copie du rapport de sortie infirmier.

Art. 3. La gestion des informations visées à l'article 2, §2, 2°, 5°, 6°, 7°, 8°, est attribuée à un infirmier.

AR/20061228/AA 28 décembre 2006. – Arrêté royal

En vigueur du 30/07/2007 au ... page 2 **Wallex**

Le droit wallon

Art. 4. §1er. Le rapport de sortie infirmier visé à l'article 2, §2, 8°, contient les éléments nécessaires pour assurer la continuité des soins infirmiers.

§2. Le rapport de sortie infirmier visé à l'article 2, §2, 8°, est:

- 1° soit remis au patient;
- 2° soit transmis au praticien traitant d'une profession des soins de santé ou au praticien d'une profession des soins de santé désigné par le patient.

Art. 5. Le dossier infirmier doit être le compte rendu fidèle de la démarche infirmière.

Art. 6. Le dossier infirmier forme la base de l'enregistrement du Résumé Infirmier Minimum visé aux articles 2, 3bis et 7ter de l'arrêté royal du 6 décembre 1994 déterminant les règles suivant lesquelles certaines données doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

Art. 7. Les dossiers de tous les patients ayant quitté le service sont classés et conservés dans des archives infirmières organisées de préférence de manière centrale et électronique ou tout au moins groupées au niveau du service avec un numéro unique par patient au sein de l'hôpital. Les dossiers doivent être accessibles en permanence aux infirmiers associés aux soins au patient

Art. 8. §1er. Dans l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, le 2e point 8° de l'annexe, « Normes générales applicables à tous les établissements », rubrique « II Normes fonctionnelles », inséré par l'arrêté royal du 14 août 1987, change de numérotation pour devenir un point 9°.

§2. Le point 9° de cette même annexe, renuméroté par le §1er, est abrogé.

Art. 9. Le présent arrêté entre en vigueur six mois après le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 10. Notre Ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Châteauneuf-de-Grasse, le 28 décembre 2006.

ALBERT

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique,

R. DEMOTTE

