

FÉVRIER 2026

Comment réduire les délais diagnostiques et thérapeutiques pour les patients atteints de cancers de mauvais pronostic ?

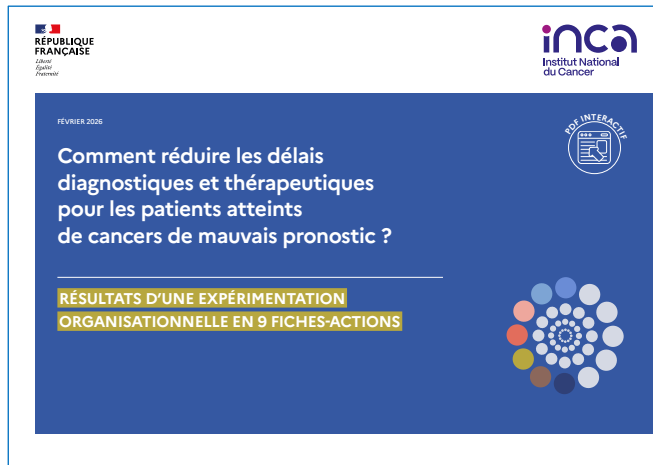
GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

DE L'EXPÉRIMENTATION ORGANISATIONNELLE

BearingPoint®

Ce guide méthodologique a été produit par Bearing Point dans le cadre de l'expérimentation organisationnelle réalisée avec l'Institut national du cancer au sujet de la réduction des délais diagnostiques et thérapeutiques pour les patients atteints de cancers de mauvais pronostic. Il décrit :

- la méthodologie détaillée, étape par étape, de la conduite d'un projet d'optimisation de parcours de soins : comment lancer la démarche ? Comment réaliser l'état des lieux ? Comment formaliser un plan d'action et le mettre en œuvre ?
- les outils clés en main d'analyse et de pilotage des travaux, avec des exemples de restitutions réalisées dans le cadre de l'expérimentation ;
- des recommandations sur le suivi et le déploiement de la démarche.



Retrouvez le recueil des 9 fiches-actions associé à ce guide, qui a été formalisé à partir des résultats de l'expérimentation [au lien suivant](#).

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| Présentation du guide | 4 |
| Une méthode répliquable structurée autour de 4 temps clés | 5 |
| 01. Lancement du projet | 6 |
| Méthode..... | 7 |
| La charte projet | 8 |
| Gouvernance projet | 9 |
| Construction des indicateurs du projet..... | 10 |
| 2. Réalisation de l'état des lieux | 13 |
| Méthode..... | 14 |
| Cartographie du parcours « patient » actuel | 15 |
| Atelier « diagnostic » : objectifs, participants, déroulé, livrables | 16 |
| Atelier « diagnostic » : activité de recensement des problématiques | 17 |
| Atelier « diagnostic » : méthode des « 5 pourquoi » pour l'analyse des causes racines des problématiques | 18 |
| Atelier « diagnostic » : compte-rendu..... | 19 |
| 3. Cadrage du plan d'action | 20 |
| Méthode..... | 21 |
| Atelier d'identification/priorisation des solutions | 22 |
| Identification des solutions en atelier | 23 |
| Identification des solutions en atelier | 24 |
| Identification des solutions en atelier | 25 |
| Priorisation des solutions en atelier | 26 |
| Exemple de restitution de plan d'action | 28 |
| 4. Mise en œuvre du plan d'action | 29 |
| Principes d'amélioration continue | 31 |
| Les outils clés pour mettre en œuvre votre plan d'action | 32 |
| Les différents rôles dans la mise en œuvre | 33 |
| Le tableau de bord de suivi du projet..... | 34 |
| Les « standards » visuels | 35 |

Présentation du guide

Ce guide s'adresse aux **professionnels de santé** ou **administratifs** exerçant dans le domaine de la cancérologie et souhaitant déployer des projets similaires d'optimisation d'un parcours de soins au sein de leur établissement/territoire.

Il s'appuie sur la méthode utilisée par BearingPoint pour accompagner 7 hôpitaux dans leurs projets d'amélioration des parcours de soins en cancérologie, dans le cadre d'une **expérimentation pilotée par l'Institut national du cancer** intitulée « Promouvoir la coordination entre les acteurs dans le cadre des cancers de mauvais pronostics ».

Il permet de disposer :

- de la **méthodologie complète**, étape par étape, de conduite d'un projet d'optimisation de parcours de soins ;
- d'**outils clés en main** d'analyse et de pilotage des travaux, avec des exemples de productions réalisées dans le cadre de l'expérimentation ;
- de recommandations sur le **suivi et le déploiement** de la démarche.

| Acronyme | Signification |
|----------|--|
| 3C | Centre de coordination en cancérologie |
| CPTS | Communauté professionnelle territoriale de santé |
| DAC | Dispositif d'appui à la coordination |
| DIM | Département d'information médicale |
| DSRC | Dispositif spécifique régional du cancer |
| HAD | Hospitalisation à domicile |
| HDJ | Hôpital de jour |
| IDEC | Infirmier de coordination |
| IDEL | Infirmier diplômé d'État libéral |
| PPS | Programme personnalisé de soins |
| RCP | Réunion de concertation pluriprofessionnelle |
| URPS | Union régionale des professionnels de santé |

Objectifs de l'expérimentation pilotée par l'INCa

Mise en place d'expérimentations sur l'amélioration du parcours de soins au sein de 7 établissements



Trois enjeux majeurs identifiés



Réduire les délais de diagnostic

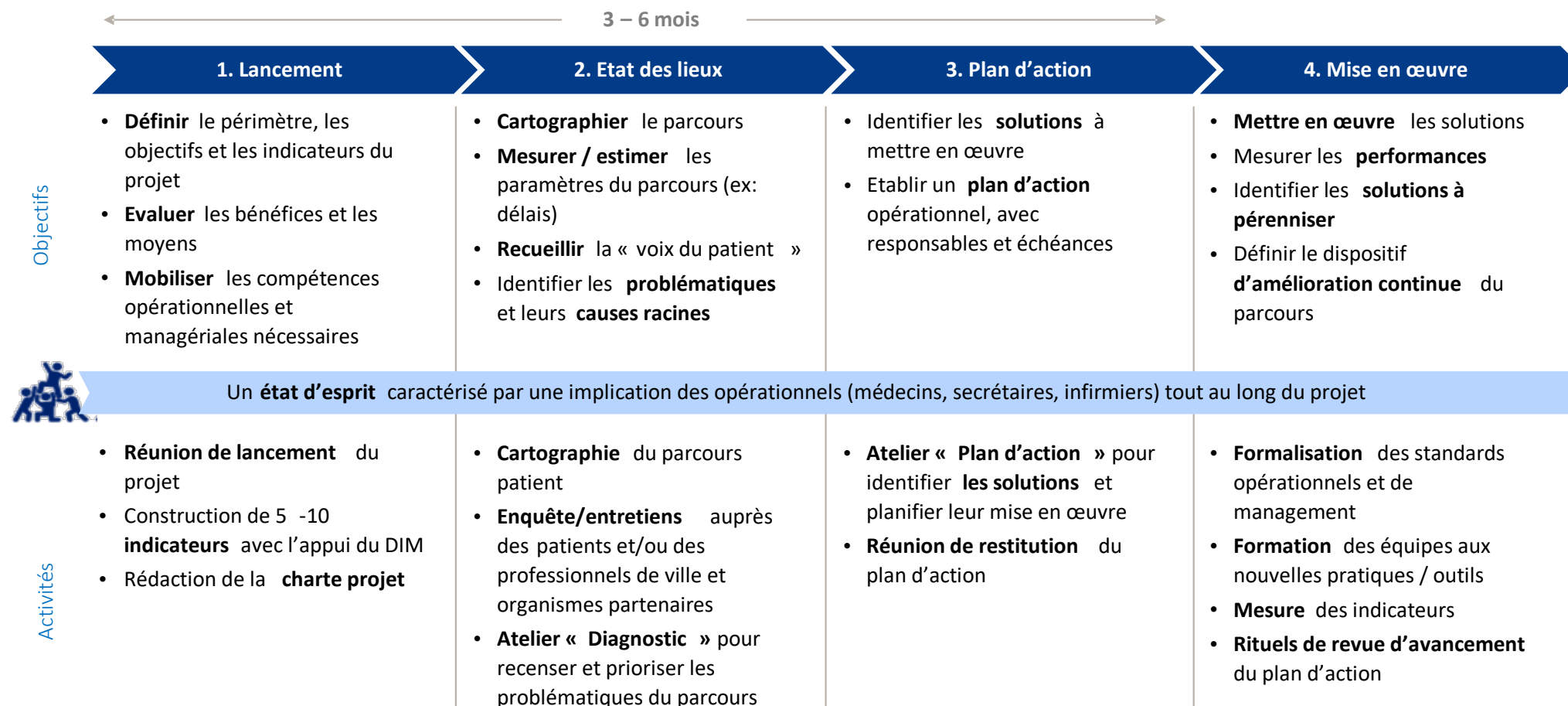


Réduire les délais de mise en traitement



Prévenir les ruptures de parcours de soins

Une méthode répliquable structurée autour de 4 temps clés



01. Lancement du projet

- 2. Réalisation de l'état des lieux
- 3. Cadrage du plan d'action
- 4. Mise en œuvre du plan d'action

Méthode

| | |
|--|--|
| Objectifs <ul style="list-style-type: none">• Définir le périmètre, les objectifs et les indicateurs du projet• Évaluer les bénéfiques et les moyens• Mobiliser les compétences opérationnelles et managériales nécessaires | Durée conseillée <ul style="list-style-type: none">• 1 mois environ |
| Activités <ul style="list-style-type: none">• Précision des contours du projet : Quel(s) service(s) ? Quels objectifs/gains recherchés ? Quel processus ? Quel calendrier ? :<ul style="list-style-type: none">- le projet identifié doit se caractériser par : un gain (qualitatif et/ou quantitatif) important pour le patient et/ou pour l'hôpital (conditions du personnel, efficience) ; un parcours de soins/processus facilement identifiable, pouvant impliquer un ou plusieurs services ;- formaliser une charte projet (V1 à présenter en réunion de lancement) : ce document présente le projet et les engagements de l'équipe• Identification de l'équipe projet :<ul style="list-style-type: none">- personnes chargées de conduire le projet (ex. : binôme médecin + cadre de proximité) ;- membres de l'équipe projet, impliqués dans les réunions et ateliers tout au long du projet : cadres de proximité et personnel opérationnel (médecins, infirmiers, secrétaires...). Il s'agit des personnes disposant du niveau de connaissance requis sur le sujet, et pouvant se rendre disponible pour réaliser les travaux ;- « Sponsors » chargés de valider les orientations stratégiques du projet et d'appuyer sa mise en œuvre : cadre de service, chef de pôle, direction (ex. : Direction des systèmes d'information, Direction qualité, Direction des opérations...).• Lors d'une réunion de lancement du projet, cadrage des travaux (en s'appuyant sur la charte projet préremplie) :<ul style="list-style-type: none">- définition du périmètre du projet et du processus/parcours étudié ;- définition du calendrier du projet : quelles échéances pour chaque phase ? Quelles contraintes calendaires (contraintes des membres de l'équipe, autres projets en parallèle...) ?- partage et recueil des informations existantes en lien avec le projet : procédures déjà réalisées, maquettes organisationnelles, enquêtes...• Construction des indicateurs du projet (lors d'une réunion dédiée avec le DIM, par exemple) :<ul style="list-style-type: none">- identifier 5-10 indicateurs prioritaires en cohérence avec les objectifs du projet ;- préciser pour chaque indicateur les modalités de mesure : données à recueillir, responsable(s) de la collecte des données, fréquence des mesures, etc.• Communication officielle : communiquer la charte projet à l'ensemble des services impliqués.• Planification de l'ensemble des réunions et ateliers pour instaurer une dynamique de projet et invitation des parties prenantes qui s'engagent à y participer. | |

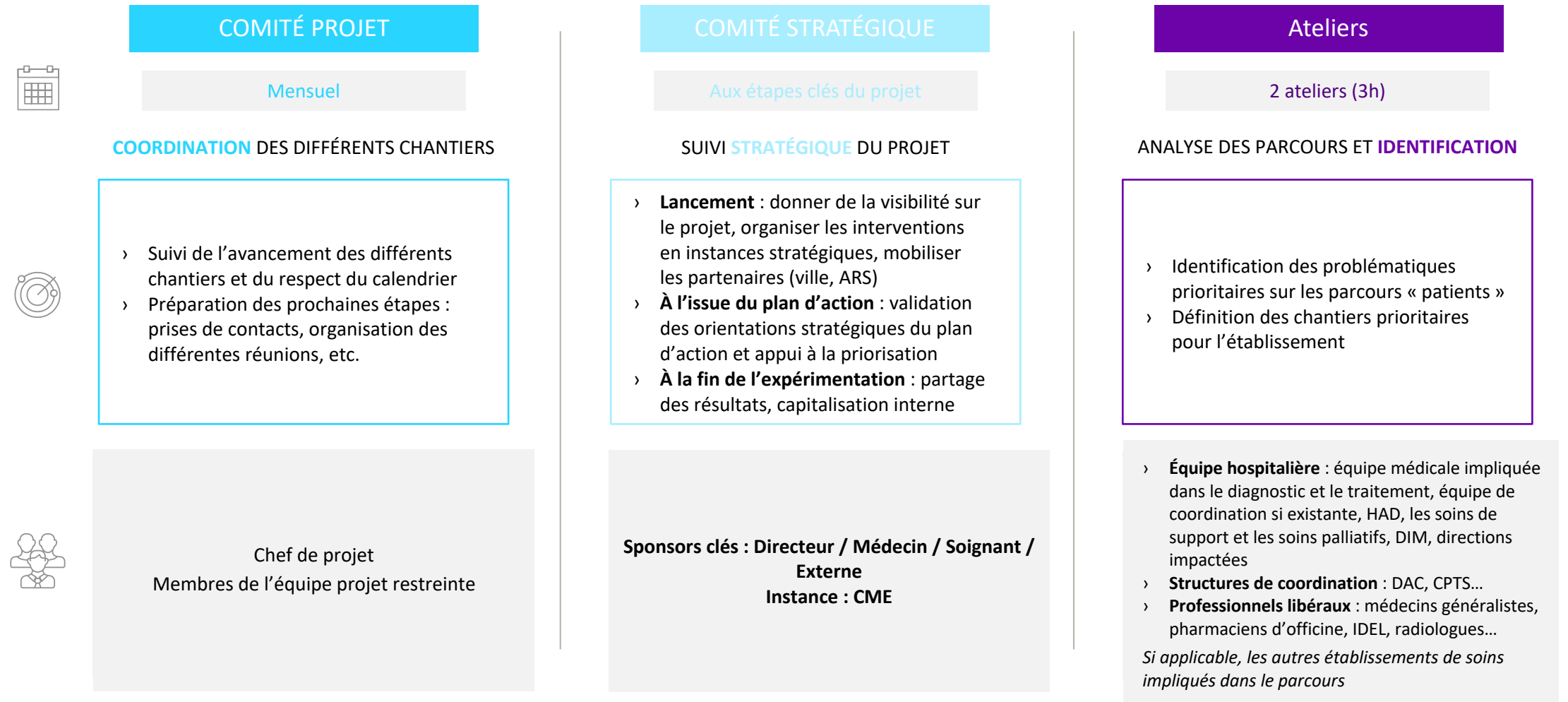
La charte projet

Exemple de charte projet conçue pour le projet FAST (prise en charge rapide des cancers des voies biliaires et du pancréas) du GHU Henri Mondor

| Définition du projet, ambition | | Objectifs et indicateurs clés | | |
|---|---|---|---------------|--------------|
| <p>Le projet Filière Accélérée de Soins et de Traitements (FAST) permet la prise en charge rapide des cancers des voies biliaires et du pancréas. Le projet proposé consiste à déployer un modèle de parcours rapide et fluidifié via une cellule FAST. Le but est de :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordonner les acteurs intra-hospitaliers et collaborer avec les acteurs de ville • Créer une RCP territoriale bilio-pancréatique • Collaborer avec les filières d'autres établissements partenaires • Elaborer un parcours complet concernant la prise en charge palliative. | | Mesure | Actuel | Cible |
| | | 1 ^{er} symptôme – 1 ^{er} RDV médical | | |
| | | 1 ^{er} RDV médical – 1 ^{er} acte diagnostic | | |
| | | 1 ^{er} acte diagnostic – 1 ^{er} RCP pour traitement | | |
| | | 1 ^{er} acte diagnostic – 1 ^{er} acte thérapeutique | | |
| | | Délais entre l'adressage et l'inscription en RCP | | |
| | | Typologies des parcours post RCP (traitement local ou systémique, soins palliatifs...) | | |
| | | Nbr de patients adressés à la cellule de coordination | | |
| | | Nbr de patients discutés en RCP | | |
| | | Nombre de nouveaux patients hospitalisés sur le territoire vs nbr passant par la filière FAST | | |
| | | Nbr de PDS adressant les patients par type de PDS | | |
| | | Satisfaction des acteurs de santé du dispositif | | |
| Environnement projet | | Equipe projet | | |
| Périmètre | <ul style="list-style-type: none"> • Parcours : diagnostic, proposition thérapeutique, traitement • Type de cancer : Cancers voies biliaires et pancréas | <ul style="list-style-type: none"> • Chef de projet : • Equipe projet : coordonnateur, responsable projet de la direction de l'hôpital, chirurgien pancréatobiliaire, endoscopiste, représentants de la CPTSUBM (gastroentérologue et généraliste de ville), hépatologue, radiologues | | |
| Facteurs clés de succès | <ul style="list-style-type: none"> - Articulation des différents services intervenant en intra-établissement - Accord entre les acteurs sur les signes d'appel clinique et les examens standards à réaliser - Visibilité de la cellule et adhésion des acteurs de ville et des établissements partenaires pour un adressage rapide dans la filière - Efficacité de la cellule de coordination à créer | <p><i>Indicateurs à consolider sur l'ensemble des expérimentations</i></p> | | |
| Risques et contraintes | <ul style="list-style-type: none"> - Prioriser des créneaux d'examens dans un contexte de surcharge d'activité - Canaliser les flux de patients entrants, pour avoir un maximum de cas avérés qui entrent dans la filière - Adhésion des partenaires de ville | | | |
| Plan d'action prévisionnel | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Elaboration et formalisation des parcours de soins • Elaboration et mise en place d'une cellule de coordination « FAST » (réception demande, analyse et orientation parcours diagnostic, organisation des parcours et suivi de la fluidité, interfaçage 3C pour la RCP « biliopancréatique ») • Elaboration campagne de communication professionnels de ville et établissements partenaires : signes cliniques évocateurs, cellule « FAST » et parcours de soins • Conception et mise en place d'une RCP « bilio-pancréatique » toutes filières confondues avec des médecins et paramédicaux avec une expertise éprouvée en ville, clinique ou hôpital | | | | |

Gouvernance projet

Exemple de schéma de gouvernance conçu dans le cadre des expérimentations



Construction des indicateurs du projet

Qu'est-ce qu'un bon indicateur ?

Un indicateur doit être SMART



Spécifique

Simple et Personnalisé pour actionner les bons leviers



Mesurable

Mesurable pour évaluer l'indicateur avec un niveau de précision suffisant



Atteignable

Réalisable en prenant en compte les ressources, le



Réaliste

Doit rester ancré dans la réalité terrain



Temporalité

Un horizon de temps cohérent avec la vitesse d'évolution

Il doit faire preuve de

**COMPLÉTUDE
FAISABILITÉ
CLARTÉ**

Il est suivi dans le temps

- Dans le cadre de l'expérimentation
- Sur le **long terme au-delà du cadre de l'expérimentation**

Il tient compte de la notion de collecte d'informations

- **Source de données (accessibilité, protection de la donnée, ...)**
- **Outils et méthodes de collecte (automatisée, manuelle, ...)**
- **Fréquence de production**
- Etc.

Exemple de matrice de construction d'indicateurs

Volume

Délai

Moyen

Qualité

Construction des indicateurs du projet (suite)

Exemples d'indicateurs de délais, de qualité, de volume et de moyens identifiés dans le cadre de l'expérimentation

| | |
|---|--|
| Volume/notoriété du parcours | <ul style="list-style-type: none">• Nombre de visites sur la page web du service/du parcours• Nombre de patients pris en charge• Nombre de médecins adresseurs pour une première prise en charge |
| Délais de diagnostic et de mise en traitement | <ul style="list-style-type: none">• Délai entre le 1^{er} contact/le dernier examen d'imagerie et l'accueil à l'hôpital• Délai entre la demande d'examen et sa réalisation : scanner, IRM, biopsie, etc.• Délais entre l'accueil et la biopsie• Délai entre la consultation d'accueil et la RCP• Délai entre la biopsie et la RCP• Délai entre la RCP et le 1^{er} traitement (chirurgie/chimiothérapie/radiothérapie) |
| Intégration des soins de support/soins palliatifs | <ul style="list-style-type: none">• % de consultations d'annonce où le spécialiste évoque les soins de support• % de patients ayant bénéficié d'un bilan complet en soins de support• % de patients ayant fait l'objet d'une consultation spécifique : assistance sociale, oncopsychologie, diététique, etc.• % de patient fumeurs ayant réalisé des entretiens de sevrage tabagique• % de patients ayant bénéficié d'une consultation d'annonce infirmière• % de patients avec consultation de soins palliatifs dans les 3 mois suivant le diagnostic• Délai entre l'accueil et la 1^{ère} consultation avec une équipe de soins palliatifs |
| Indicateurs de qualité du suivi de traitement | <ul style="list-style-type: none">• % de patients suivis par l'IDEC 3 mois après la RCP• % de patients admis aux urgences dans les X mois après la sortie• % de patients réhospitalisés après passage aux urgences |
| Autres indicateurs | <ul style="list-style-type: none">• Taux de remplissage des créneaux dédiés d'imagerie (%)• Durée moyenne de séjour (patients hospitalisés)• Satisfaction IDEC vis-à-vis de son travail de coordination• Satisfaction du patient vis-à-vis de la prise en charge (questionnaire) |

Construction des indicateurs du projet (suite)

Exemples de restitution d'une réunion sur le choix d'indicateurs clés de performance pour le projet Instadiag Poumon de l'hôpital Marie Lannelongue

| Chantier | Indicateur | Source de la donnée |
|---|--|---|
| 01. Faciliter et accélérer la détection des signes d'appels | Délai entre scanner en ville et la 1 ^{re} consultation hospitalière | <ul style="list-style-type: none"> Délai déjà renseigné dans le formulaire Instadiag (intégré au DPI), à partir des deux champs de date |
| 02. Favoriser l'annonce de suspicion et l'adressage rapide vers Instadiag | Nombre de médecins adresseurs vers Instadiag | <ul style="list-style-type: none"> Nom du médecin adresseur renseigné dans un champ libre du formulaire Instadiag. Compter 1 médecin pour chaque nom et adresse différents. |
| 03. Optimiser la planification des rendez-vous et standardiser les délais de diagnostic | Délai entre 1 ^{er} contact Instadiag et les épisodes du parcours : <ul style="list-style-type: none"> 1^{er} contact (= T0) Consultation d'accueil RCP 1^{er} jour traitement | <ul style="list-style-type: none"> Date 1er contact : champ de date du questionnaire Instadiag Date consultation accueil : date de consultation Instadiag (libellé spécifique) renseignée dans le DX Planning. Date de RCP décisionnaire : champ de date du questionnaire Instadiag. À calculer à M+2. Date de J1 de traitement : champ de date du questionnaire Instadiag. Une case oui/non sera ajoutée pour identifier les patients qui n'auront pas de traitement (et donc pas de date) |
| 05. Intégration précoce et systématique du sevrage tabagique dans la prise en charge | % de patients fumeurs ayant réalisé les entretiens de sevrage tabagique | <ul style="list-style-type: none"> Case « sevrage tabagique » cochée (ou non) dans le formulaire Instadiag, volet n°2 |
| 06. Mieux intégrer les soins de support et les soins palliatifs | % de consultations d'annonce où le pneumologue évoque les soins de support | <ul style="list-style-type: none"> Case « soins de support abordés » cochée (ou non) dans le formulaire Instadiag, volet n°3 |

Remarques sur les modalités de collecte des indicateurs :

Volume de patients attendu :

Entre 3 et 10 par semaine

Période de mesure :

Du 1^{er} décembre 2023 au 31 mai 2024

Fréquence de mesure :

Mensuelle

A quel moment mesurer ?

Toutes les données devraient être disponibles à J+15 (ex. : le 15 janvier pour le mois de décembre), sauf les dates de RCP et de 1^{er} traitement (M+2?)

Quel est le point de référence pour rattacher un patient au mois X ?

La date de 1^{er} contact

Vision par mois/cumulée ?

Si possible, afficher les deux visions

01. Lancement du projet

2. Réalisation de l'état des lieux

3. Cadrage du plan d'action

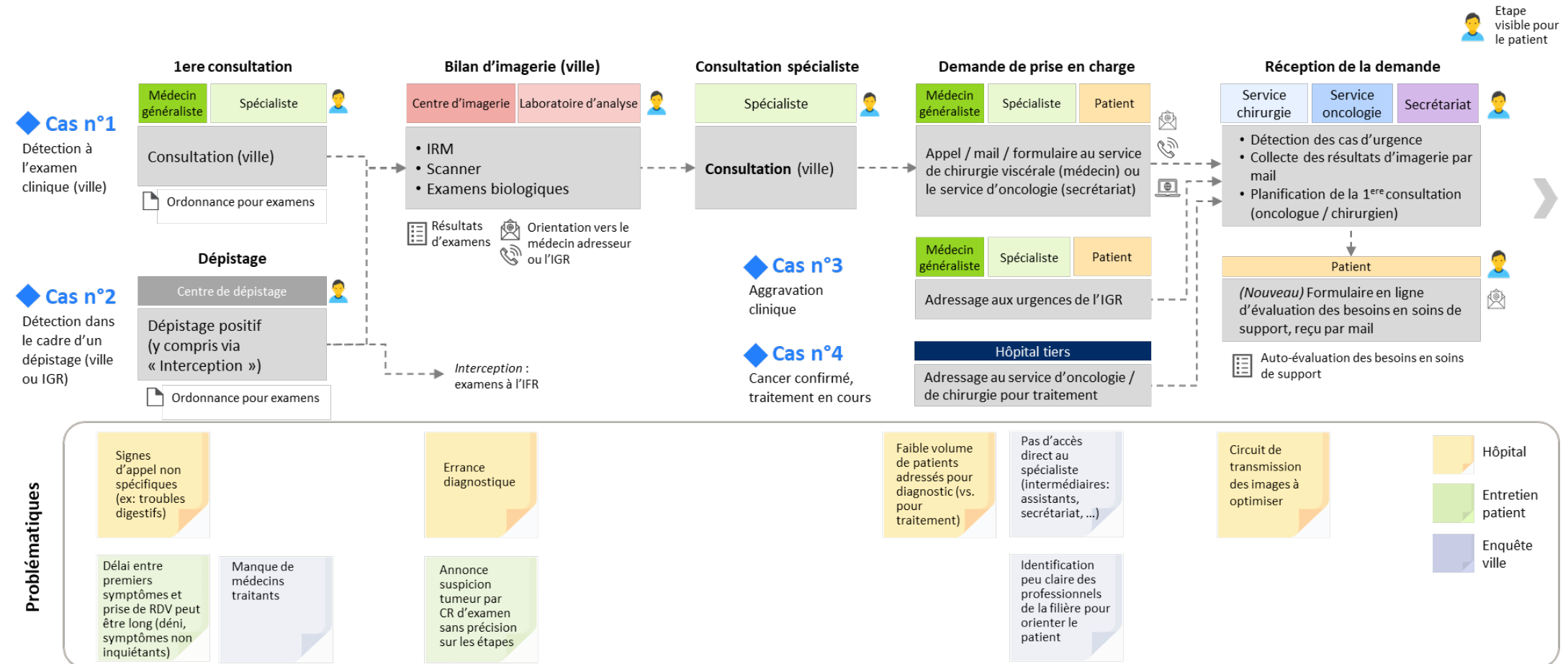
4. Mise en œuvre du plan d'action

Méthode

| | |
|---|---|
| Objectifs <ul style="list-style-type: none">• Cartographier le parcours et mesurer/estimer ses paramètres (ex. : délais)• Recueillir la « voix du patient »• Identifier les problématiques et leurs causes racines | Durée conseillée <ul style="list-style-type: none">• 1-3 mois environ, dépendant du besoin ou non d'impliquer des acteurs externes et du niveau de précision requis dans les analyses préalables (mesures de délais notamment) |
| Activités <ul style="list-style-type: none">• Cartographie du parcours actuel pour s'assurer de la bonne compréhension du parcours existant et préparer l'analyse des axes d'amélioration :<ul style="list-style-type: none">- décomposer le processus en tâches en notant pour chacune d'entre elles, les professionnels/services responsables. Ce travail doit s'appuyer sur les observations de terrain et peut être complété par une analyse documentaire (procédure, organisation, plans des locaux...);- dans le cadre d'un projet comportant un objectif de réduction de délais : relever les temps associés à chacune des tâches (ex. arrivée du patient dans le service – attente prise en charge - prise en charge – attente des résultats - sortie du patient). À défaut de réaliser des mesures précises, il est possible de s'appuyer sur des estimations déclaratives des professionnels à ce stade ;- formaliser un schéma d'illustration du parcours, sous forme de logigramme, faisant apparaître les acteurs et les paramètres de mesure (ex. : délais).• Enquête auprès des patients/proches/associations de patients pour recueillir leurs attentes vis-à-vis de la prise en charge :<ul style="list-style-type: none">- réaliser des entretiens de 1h (option privilégiée dans le cadre de l'expérimentation) ou diffuser un questionnaire auprès de patients.• Enquête auprès de médecins de ville pour recueillir leurs problématiques et suggestions d'amélioration vis-à-vis de la coordination ville-hôpital :<ul style="list-style-type: none">- diffuser un questionnaire en ligne (cible : >50 répondants*) et synthétiser les résultats ;- s'appuyer sur les CPTS pour la diffusion du questionnaire• Atelier « Diagnostic » pour recenser et prioriser les problématiques du parcours, <u>impliquant les cadres de proximité et le personnel opérationnel</u> :<ul style="list-style-type: none">- en partant d'une maquette illustrant le parcours actuel, animer une session « brainstorming » sur les principaux dysfonctionnements à chaque étape du parcours (à alimenter avec les résultats des enquêtes réalisées précédemment) ;- identifier les causes racines de ces dysfonctionnements ;- lister les premières pistes de solutions qui émergent naturellement lors des discussions sur les problématiques du parcours. <p>* Le questionnaire en ligne diffusé dans le cadre de l'expérimentation a été complété par 284 répondants (médecins, infirmiers, pharmaciens) en capitalisant sur le réseau de plusieurs établissements expérimentateurs et grâce à un appui des CPTS.</p> | |

Cartographie du parcours « patient » actuel

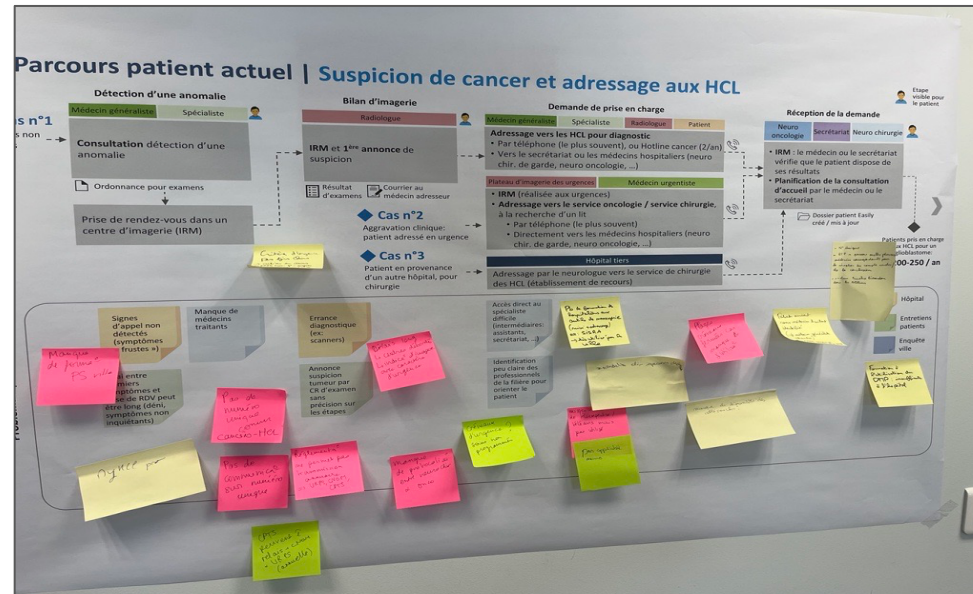
Exemple de cartographie du parcours « patient » actuel (phase préhospitalière) utilisée pour le projet « Instadiag Foie-Pancréas » de l'Institut Gustave Roussy. De premières problématiques ont été identifiées lors de sa conception, pour être ensuite être enrichies en atelier « Diagnostic ».



Atelier « diagnostic » : objectifs, participants, déroulé, livrables

| | | | | | |
|-----------|---|--------------|---|-----------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Confirmer le parcours global de soin et les irritants associés avec l'ensemble des acteurs du projet • Faire un focus sur les sous-processus prioritaires (étapes, acteurs, irritants) | | <ul style="list-style-type: none"> • Médecins spécialistes • Infirmiers • Secrétaires • Représentants de direction • Professionnels libéraux • Représentants CPTS / | | <ul style="list-style-type: none"> • Dysfonctionnements du parcours « patient » actuel, triés par ordre de priorité • Causes racines des dysfonctionnements prioritaires • Premières pistes de solutions |
| Objectifs | | Participants | | Livrables | |

- Déroulé (durée : 3h)**
- Présentation du **parcours « patient » actuel** : Cartographie des étapes, acteurs impliqués, données,
- Identification des **problématiques** (dysfonctionnements / difficultés) de chaque processus dans le cadre d'une animation sous forme
- Priorisation des **problématiques** par niveau
- Analyse des **causes racines** associées à chaque difficulté



Atelier diagnostic, Hospices Civils de Lyon

Atelier « diagnostic » : activité de recensement des problématiques

Consignes d'activité de recensement des problématiques du parcours pour un groupe de plus de 10 participants (divisé en sous-groupes)



45 MIN : RÉFLEXION EN SOUS-GROUPES

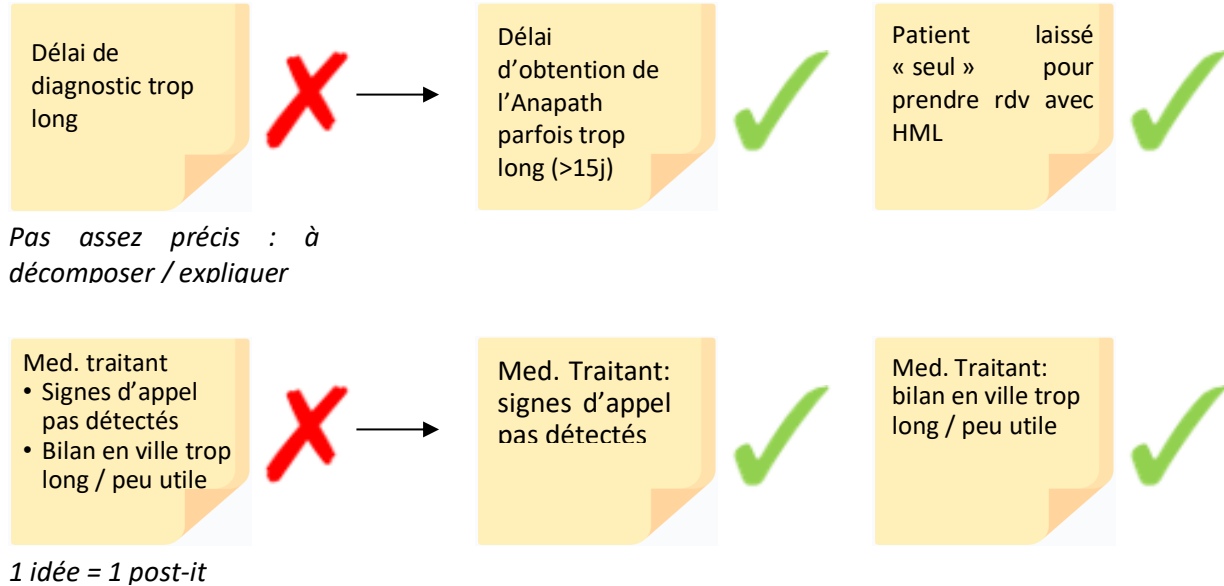
- Notez sur des post-it les difficultés / axes d'amélioration que vous percevez (1 post-it = 1 difficulté)
- Collez les post-it sur la planche, dans la partie « Dysfonctionnements » et sous
- Regrouper les idées « similaires » et prioriser



30 MIN : ÉCHANGE COLLECTIF

- Partage avec la salle des difficultés qui ont été recensées, étape par étape
- Échanger ensemble pour compléter le diagnostic

Exemples de difficultés / axes d'amélioration



Exemple de sous-groupes composés pendant l'expérimentation

Groupe 1 : équipe mixte ville-hôpital

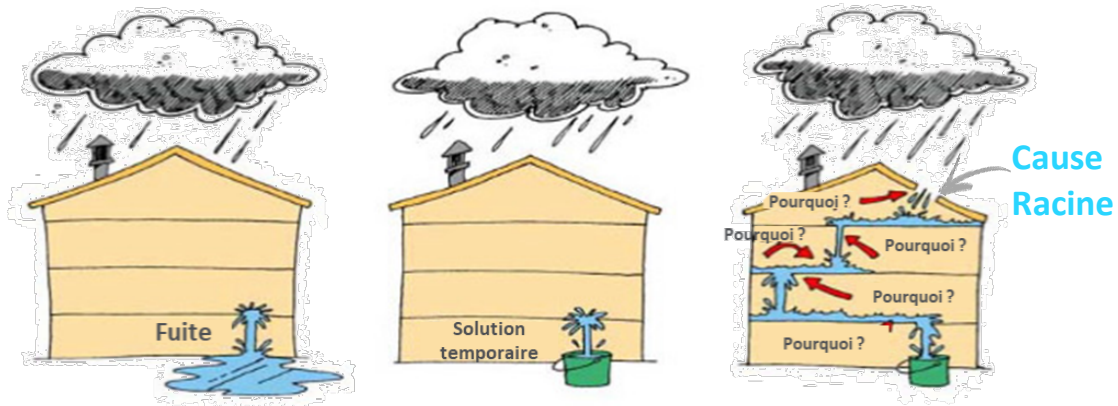
- Suspicion de cancer et adressage
- Sortie d'hôpital et suivi post-traitement

Groupe 2 : équipe hospitalière

- Bilan diagnostic
- Bilan pré-thérapeutique et mise en traitement

Atelier « diagnostic » : méthode des « 5 pourquoi » pour l'analyse des causes racines des problématiques

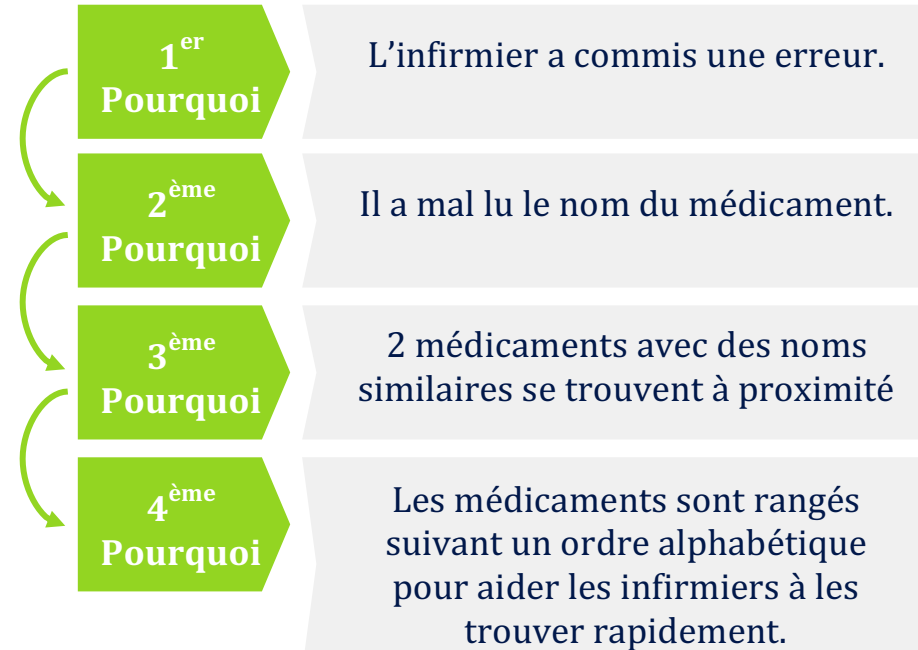
Pour générer de véritables gains, il faut aller chercher **les causes racines** des problèmes remontés



Trouver et traiter la cause racine, c'est s'assurer que le problème est bien traité à la source et qu'il ne risque pas de réapparaître

En se posant **plusieurs fois la question « Pourquoi ? »**, nous pouvons aboutir à une analyse simple mais robuste de notre problématique

Exemple : On a donné le mauvais médicament au patient



Atelier « diagnostic » : compte-rendu

Extrait d'un document de synthèse des résultats de l'atelier « diagnostic » : causes racines et pistes d'amélioration pour 5 problématiques du parcours
(sur un total de 10 à 20 problématiques identifiées par projet)

| Étape | Problématique | Causes racines | Pistes d'amélioration |
|-------------------------------------|--|--|--|
| Traitement et suivi post-traitement | Manque d'accompagnement sur les problématiques sociales avant retour à domicile | <ul style="list-style-type: none"> • Manque d'anticipation des services pour préparer la sortie • Le patient ou la famille ne sait pas qu'il peut faire appel à l'assistante sociale pour préparer la sortie • Comment contacter l'assistante sociale ? • Trop peu de formation sur le volet social • Méconnaissance du système social par les patients | |
| Traitement et suivi post-traitement | Les professionnels de ville sont insuffisamment informés sur le diagnostic, le traitement et/ou les modalités de PEC | <ul style="list-style-type: none"> • Pas de courrier de sortie pour chaque patient • Pas de lettre de liaison à destination de l'IDE à domicile concernant la prise en charge • Manque d'anticipation des transmissions des prescriptions d'antalgiques (et autres) au pharmacien référent, avant la sortie • Manque de recensement des coordonnées des professionnels de ville (médecin traitant, IDEC, pharmaciens...) | <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de Mon Espace Santé par les professionnels ? Quelle information peut-on y trouver ? Comment l'utiliser ? |
| Traitement et suivi post-traitement | Les problèmes « aigus » en début de traitement échappent au suivi | <ul style="list-style-type: none"> • Le patient ne sait pas à qui s'adresser en cas de problème • Pas d'orientation du patient en cas de problème aigu (pompiers...) : le patient est emmené à l'hôpital le plus proche, là où il n'est pas connu | <ul style="list-style-type: none"> • Numéro de téléphone unique en cas de problème |
| Traitement et suivi post-traitement | Partage d'informations insuffisant entre professionnels chargés du suivi | <ul style="list-style-type: none"> • Cahiers de suivi différents selon les opérateurs • Sous-utilisation/méconnaissance des DAC (cas complexes) | |
| Traitement et suivi post-traitement | Patients suivis par aucun professionnel de ville | <ul style="list-style-type: none"> • Patients à domicile sans médecin traitant ni soins à domicile | <ul style="list-style-type: none"> • Numéro unique pour le patient • Donner au pharmacien un rôle de référent pour les patients sans suivi |

01. Lancement du projet

2. Réalisation de l'état des lieux

3. Cadrage du plan d'action

4. Mise en œuvre du plan d'action

Méthode

| | |
|--|--|
| Objectifs <ul style="list-style-type: none">• Identifier des pistes d'amélioration permettant de répondre aux dysfonctionnements identifiés lors du diagnostic• Qualifier les pistes d'amélioration et les prioriser selon leur niveau d'impact et de complexité• Formaliser un plan d'action décrivant la mise en œuvre des actions d'amélioration retenues (action, échéance, responsable(s), contributeur(s)) | Durée conseillée <ul style="list-style-type: none">• 1-3 mois environ, dépendant du besoin ou non d'impliquer des acteurs externes et du périmètre du plan d'action |
| Activités <ul style="list-style-type: none">• Identification des pistes de solutions pour répondre aux dysfonctionnements identifiés en phase 2. Ce travail s'effectue en utilisant plusieurs modes d'investigation :<ul style="list-style-type: none">- atelier/groupe de travail : organisation d'une réunion de travail avec les acteurs impliqués sur le parcours de soins pour lister les pistes d'amélioration à partir de la restitution du diagnostic (dysfonctionnements, analyse des causes racines). Ce type de réunion peut être réalisé selon plusieurs modalités : un atelier regroupant l'ensemble des acteurs du parcours sur une durée de 3-4h pour couvrir l'ensemble du parcours de soins ou sous forme de groupe de travail dédié à une thématique (ex. : accélération de l'adressage, gestion des adressages et planification du parcours diagnostique, etc.) sur une durée courte (1h/1h30) avec les acteurs impliqués sur cette étape du parcours ;- état de l'art/benchmark : réaliser des recherches sur des modèles d'organisation remarquables ou s'appuyer sur un état de l'art formalisé pour identifier des solutions robustes.• Priorisation des pistes d'amélioration et formalisation du plan d'action de mise en œuvre des solutions retenues à travers un atelier impliquant les acteurs du parcours de soins :<ul style="list-style-type: none">- hiérarchisation de l'ensemble des solutions selon leurs bénéfices potentiels et leur complexité de mise en œuvre. Une réflexion entre les participants doit être réalisée en amont pour s'aligner sur les modalités d'évaluation des bénéfices : ces critères d'évaluation doivent s'appuyer sur les objectifs fixés dans le cadre du projet (ex. : impacts sur les délais, sur la charge de travail, sur la satisfaction des patients, etc.) ;- consolidation des solutions proposées au sein d'un plan d'action et complétion de ce plan en précisant pour chaque solution : les actions à réaliser pour assurer la mise en œuvre, le(s) responsable(s) de la mise en œuvre et les contributeurs, ainsi que l'échéance cible ;- définition des indicateurs clés pour suivre l'impact des solutions tant au niveau des moyens que des résultats.• Présentation et validation du plan d'action et des indicateurs de pilotage du projet en comité stratégique, notamment pour valider la mise à disposition des ressources nécessaires à la mise en œuvre. | |

Atelier d'identification/priorisation des solutions



Objectifs

- Faire émerger des pistes de solutions répondant aux dysfonctionnements identifiés lors du diagnostic
- Qualifier et prioriser les solutions
- S'aligner sur un plan d'action de



Participant

- Médecins spécialistes
- Infirmiers
- Secrétaires
- Représentants de direction
- Professionnels libéraux
- Représentants CPTS / DAC
- ...



Livrables

- Solution d'amélioration priorisées sur la matrice
- Plan d'action de mise en œuvre



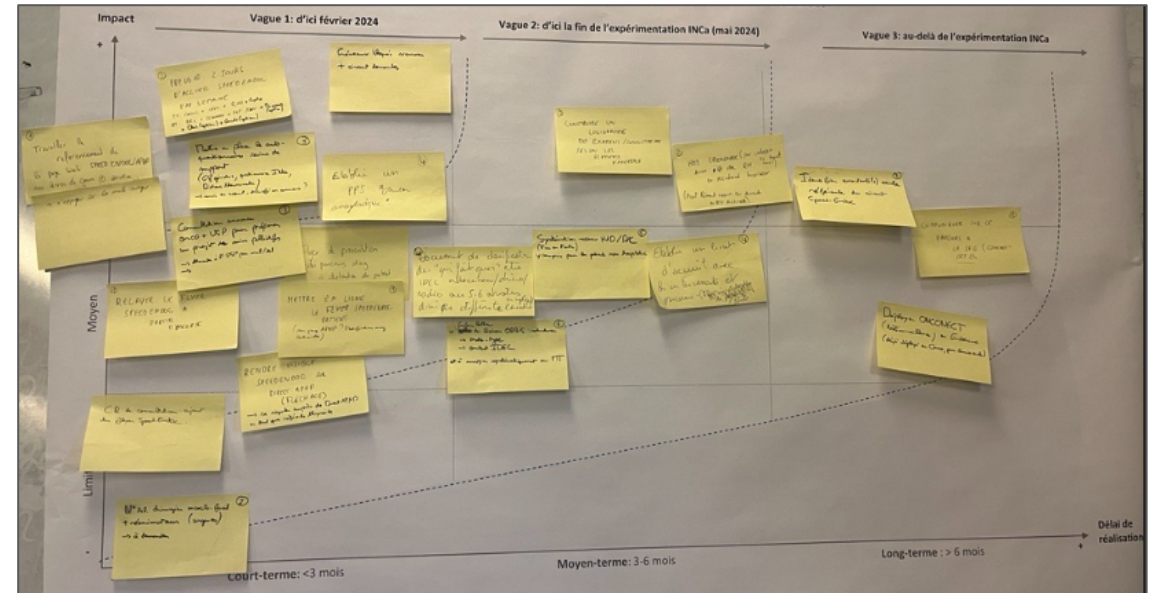
Déroulé (durée : 3h)

Identification des solutions à mettre en œuvre dans le cadre d'une animation sous forme de brainstorming à partir de l'analyse des résultats du diagnostic

Priorisation des solutions selon leur niveau d'impact et de complexité

Identification des responsables de la mise en œuvre des solutions

Première réflexion sur les modalités concrètes de mise en œuvre (étapes, interlocuteurs, indicateurs...), pour préparer le lancement des groupes de travail



Exemple de priorisation des solutions, hôpital La Pitié-Salpêtrière

Identification des solutions en atelier

Consignes pour l'activité d'identification des pistes de solution



60 MIN : RÉFLEXION EN SOUS-GROUPES

Pour chaque chantier, notez sur la fiche vos pistes de solution

Si possible, réfléchissez au niveau de priorité de chaque solution (fort/moyen/faible)

Qu'est-ce qu'un « bon » levier d'amélioration

- ✓ Suffisamment concret pour pouvoir être mis en œuvre
- ✓ Directement relié à une ou plusieurs problématiques
- ✓ Permet d'atteindre des résultats (même petits !)

Exemples

- ✗ « Mieux communiquer avec la ville en phase de suivi de traitement »
→ **Trop large, pas assez concret** : communiquer sur quoi? avec qui? comment?
- ✗ « Lancer un groupe de travail sur la réduction des délais d'imagerie »
→ **Pas un levier en soit (pas de résultats directs)**
- 👍 « Définir un 'qui fait quoi' pour la gestion des patients arrivés aux urgences »
- 👍 « Mettre en place une checklist de sortie d'hôpital à vérifier par l'IDEC »
- 👍 « Former les soignants au repérage des besoins sociaux »

Identification des solutions en atelier

Exemple de fiche qui peut être partagée aux sous-groupes pour alimenter la réflexion. Cette fiche contient les problématiques/dysfonctionnements et des leviers d'amélioration/pistes de solutions identifiées lors du diagnostic, ainsi que des solutions mises en œuvre par d'autres structures repérées grâce à un état de l'art

Chantier n°3 | Mettre en œuvre le circuit de diagnostic rapide Instadiag



Problématiques :

Entrée dans le parcours :

- › Priorisation des demandes à renforcer
- › Identification des facteurs limitants pour le projet thérapeutique (comorbidités, ...) à renforcer
- › Questionnaire soins de support (nouveau): taux de remplissage de 50%, à améliorer

Délais et nombre d'allers-retours du patient entre l'accueil et la biopsie

- › Pas de créneaux de consultation sanctuarisés
- › Pas de créneaux d'examen (radiologie, écho-endoscopie, biopsie) sanctuarisés
- › Pas de circuit spécifique standardisé pour les patients métastatiques, pour lesquels il est possible de « sauter » des étapes

Délais entre la biopsie et la chirurgie

- › Pas de créneaux sanctuarisés en bloc opératoire

Leviers d'amélioration (à préciser et compléter)

Sanctuarisation de 2 journées d'accueil avec consultation chirurgien, radiologue & oncologue

Créneaux fléchés de radiologie, écho-endoscopie et biopsie

Créneaux fléchés en bloc opératoire

Parcours « accéléré » patients métastatiques

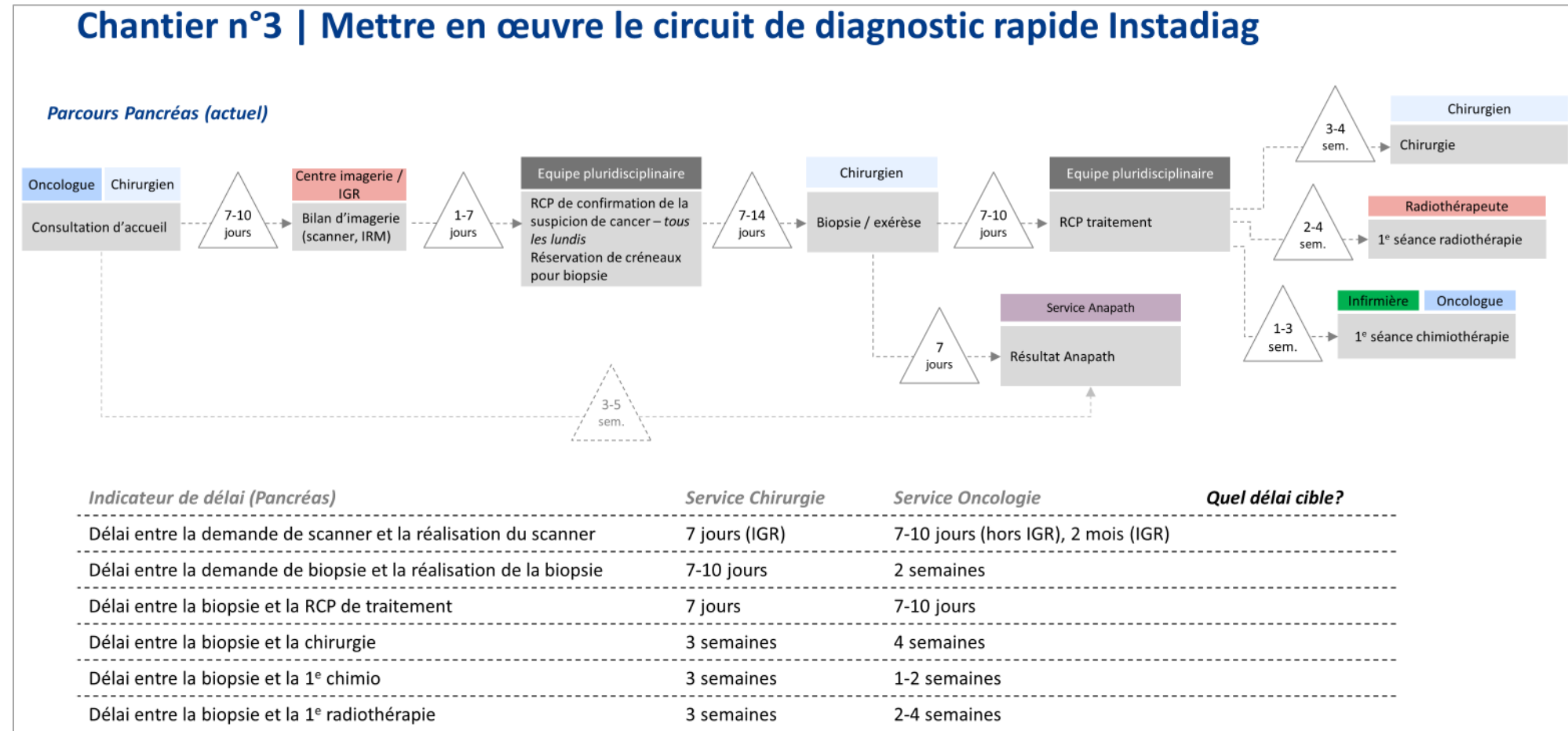


Pistes de solutions issues de l'état de l'art / autres sites

- › Instaurer le rôle de **coordinateur de parcours (IDEC)**, point de contact central du patient: planification des rendez-vous, suivi et accompagnement du patient, évaluation du dispositif, ...
- › Intégrer au début du parcours une **étape d'analyse et de filtrage des demandes sur la base des CR d'imagerie reçus**, par un binôme IDEC-médecin/radiologue (*CHU de Saint Etienne, Marie-Lannelongue, hôpital Beaujon*)
- › **Outil informatique d'aide à la planification des examens**: panorama des créneaux disponibles, choix du jour le plus proche avec le maximum d'examens possibles (*Foch, SOS Diag Poumon*)
- › **Permettre l'accès en lecture (voire en modification) aux plannings** des différents plateaux techniques (*Foch, SOS Diag Poumon*)
- › **Tableau de bord de suivi de l'avancement du parcours** « patient » (avec données de délais), et **rituels de re-priorisation** avec les IDEC et le médecin (*Karolinska, Suède*)

Identification des solutions en atelier

Exemple de fiche qui peut être partagée aux sous-groupes pour alimenter la réflexion. Cette fiche a été utilisée pour faciliter la réflexion sur la définition de délais cibles à fixer dans le parcours diagnostique puis permettre l'identification des modifications à apporter dans le déroulé des étapes pour assurer l'atteinte de ces délais cibles.



Priorisation des solutions en atelier

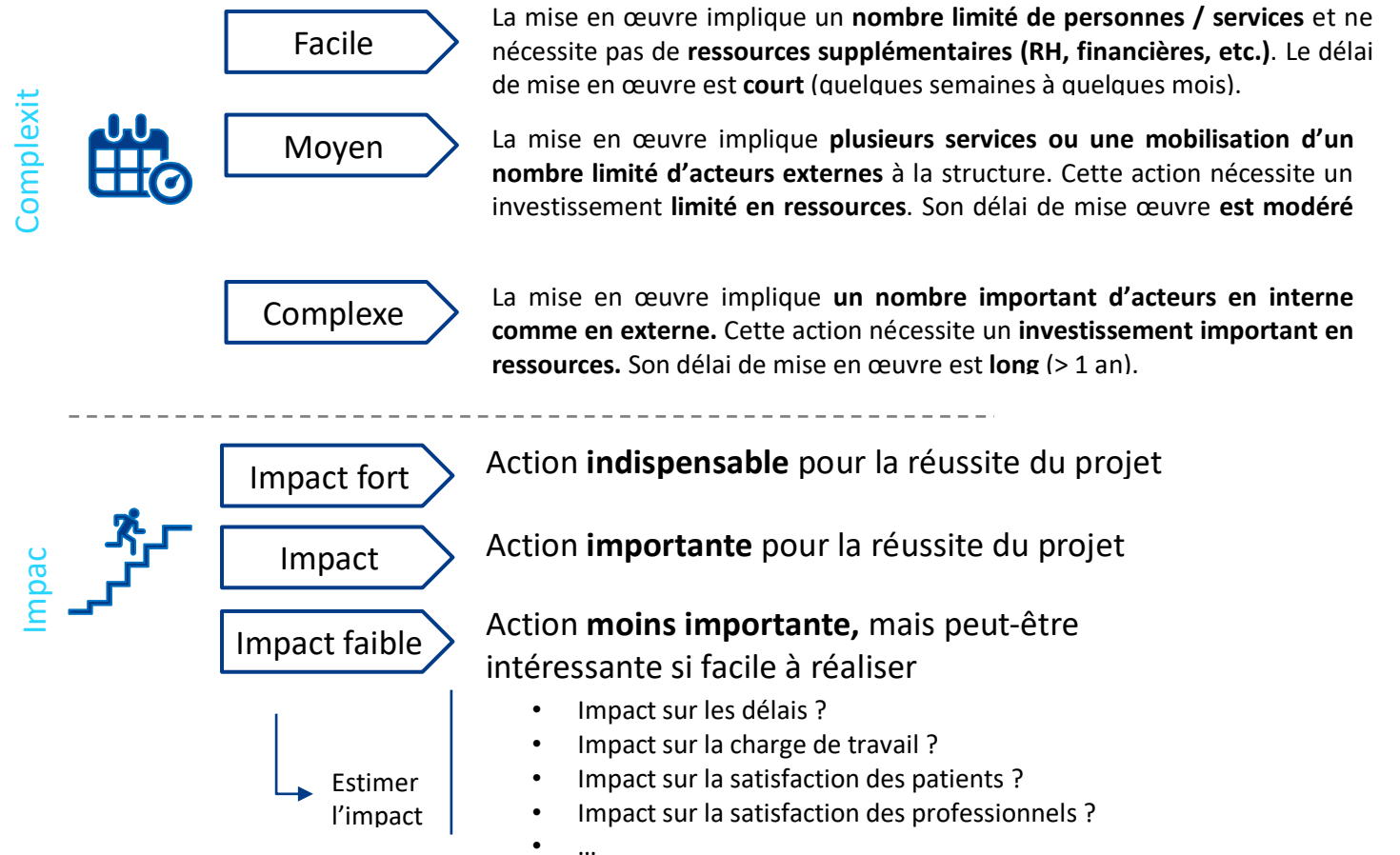
Consignes pour une activité de priorisation des solutions identifiées en première partie d'atelier



60 MIN : ÉCHANGE COLLECTIF

- S'aligner sur les critères d'évaluation de l'impact en s'appuyant sur l'objectif du projet
- Pour chaque piste de solution identifiée, estimer l'impact si cette solution était mise en place
- Pour chaque piste de solution identifiée, évaluer le niveau de complexité à la mise en œuvre (facile, moyen, complexe)
- Positionner la solution sur la matrice de priorisation en s'appuyant sur l'analyse faite en termes d'impact et de complexité

Exemple de grille d'évaluation des solutions

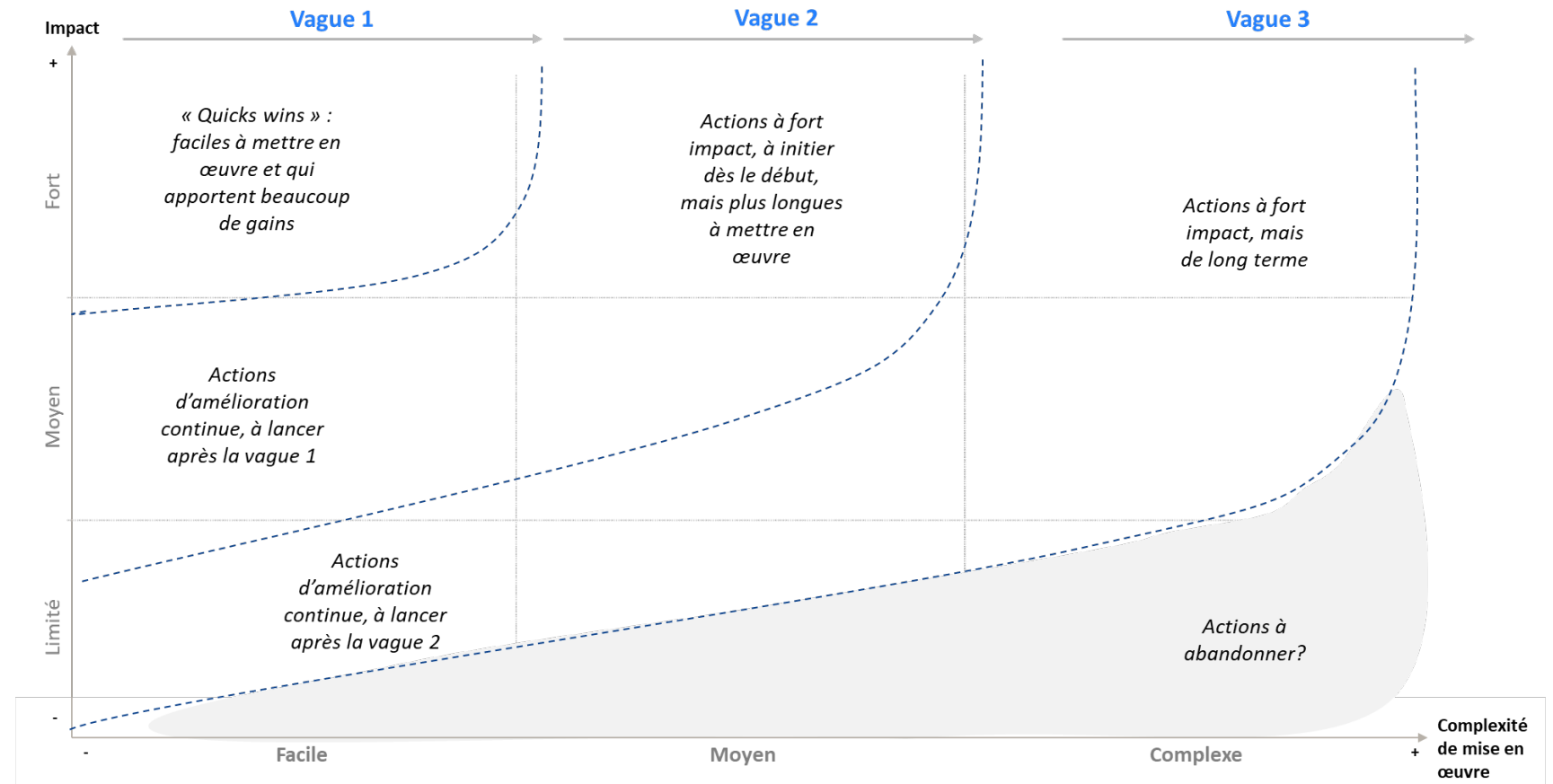


La matrice de priorisation des solutions

Matrice de priorisation des projets : les solutions inscrites sur des post-its sont placées selon leur niveau d'impact (axe vertical) et leur complexité (axe horizontal), permettant de distinguer 3 vagues de mise en œuvre du plan d'action.

La matrice permet de prioriser les solutions à mettre en place :

- Les leviers d'amélioration peuvent être priorisés sur une matrice à 2 axes : niveau d'impact (vertical) et délai de réalisation/complexité (horizontal)
- Les actions de la vague 1 (en haut à gauche) sont des « Quick Wins », faciles à mettre en place et qui apportent beaucoup de gains !
- Au contraire, les actions nécessitant un effort de mise en œuvre très important pour un impact limité sont des actions à abandonner ou déprioriser.



Exemple de restitution de plan d'action

Extrait d'un document de synthèse du plan d'action d'un site expérimentateur présentant les actions identifiées comme « quick wins » (gains rapides), avec une échéance inférieure à 3 mois. En moyenne, les plans d'actions des sites expérimentateurs contenaient environ 10-15 solutions à mettre en œuvre.

| Chantier | Levier | Responsable(s) | Echéance | Sous-actions (comment mettre en œuvre le levier?) |
|--|---|-------------------------------|--------------|---|
| 01. Adressage rapide Speed-Endoc | Travailler sur le référencement Google de la page web Speed-Endoc / APHP | Service Comm. Service Info | Février 2024 | <ul style="list-style-type: none"> Définir les mots clés pour référencement (en lien avec des PdS de ville?) Clarifier avec le service de comm / service informatique les modalités de référencement |
| 02. Accueil et planification des rdv / examens | Sanctuariser 2 journées d'accueil Speed-Endoc par semaine J1: Consultation + IDEC + Echo + Cyto J2: ORL + Scanner + PET Scan + Biopsie (option) + Chir (option) + Gériatre (option) | Service endocrinologie | Février 2024 | <ul style="list-style-type: none"> Préciser le déroulé des journées Speed-Endoc: arrivée du patient, heures des consultations / examens sanctuarisés, ... (à formaliser dans un document écrit ?) Identifier les éventuels blocages pour valorisation HDJ Se réunir avec chaque service / plateau technique concerné pour négocier les créneaux sanctuarisés |
| 02. Accueil et planification des rdv / examens | Sanctuariser des créneaux de scanner préservés et optimiser le circuit de communication pour demande de scanner | Service endocrinologie | Février 2024 | |
| 03. Soins de support et soins palliatifs | Mettre en place des questionnaires d'évaluation des besoins en soins de support / soins palliatifs, dès le début du parcours | Service oncologie / IDEC | Février 2024 | <ul style="list-style-type: none"> Identifier le / les questionnaire(s) à utiliser (G8 gériatrie, DQS, questionnaire INCa, Distress thermometer, questionnaire social) Confirmer les modalités d'utilisation: remis à l'accueil et débriefé en consultation d'annonce? Tester le dispositif pour les prochains patients |
| 03. Soins de support et soins palliatifs | Mettre en place une consultation d'annonce oncologue + UMASP pour préparer un projet de soins palliatifs avec le patient | Service oncologie / UMASP | Février 2024 | <ul style="list-style-type: none"> Préciser les critères et le circuit pour sollicitation de l'USP (par mail/tel) Tester le dispositif pour quelques patients |
| 04. Coordination interservices pendant le traitement | Etablir un PPS « cancer anaplasique » | Service oncologie / IDEC | Février 2024 | <ul style="list-style-type: none"> Repartir d'un modèle de PPS et s'accorder sur le contenu du PPS cancer thyroïde (ex: ajout d'un volet « soins de support »?) Rédiger le PPS Intégrer le PPS au système d'informations hospitalier |

01. Lancement du projet

2. Réalisation de l'état des lieux

3. Cadrage du plan d'action

4. Mise en œuvre du plan d'action

Méthode

| | |
|--|---|
| Objectifs <ul style="list-style-type: none">• Définir le dispositif d'amélioration continue du parcours• Mettre en œuvre les solutions• Mesurer les performances• Identifier les solutions à pérenniser, les solutions à abandonner | Durée conseillée <ul style="list-style-type: none">• Plusieurs mois, en fonction du plan d'action défini |
| Activités <ul style="list-style-type: none">• Définition des modalités de suivi du plan d'action<ul style="list-style-type: none">- Organiser des points de suivi hebdomadaires (20-30 min), bimensuels ou mensuels (30 min – 1h) pour suivre l'avancement du plan d'action avec les pilotes des chantiers, identifier les principales difficultés rencontrées et suivre les résultats.• Mise en œuvre des solutions et mesure des progrès accomplis<ul style="list-style-type: none">- Mettre en place les solutions sur le parcours de soin- Collecter, consolider et synthétiser les données recueillies sur les différents indicateurs pour mesurer les performances du parcours- Recueillir un retour qualitatif du personnel sur les différentes solutions mises en œuvre et la pertinence de leur pérennisation ou adaptation- Identifier les écarts entre les résultats escomptés et les résultats observés et réfléchir sur les causes possibles en vue d'aménager le plan d'action- Valider les actions à pérenniser• Pérennisation des solutions probantes<ul style="list-style-type: none">- Formaliser les standards associés à ces solutions (procédure, protocole...)- Documenter et formaliser les résultats des travaux- Capitaliser les leviers pouvant être déployés dans d'autres parcours, services ou pôles• Organisation de réunions de partage d'avancement (avec l'ensemble des parties prenantes), puis de clôture du projet | |

Principes d'amélioration continue



Un principe clé : l'amélioration continue

Le **plan d'action** défini en atelier est un document **vivant** qui doit évoluer au fur et à mesure de l'expérimentation

Chaque levier doit être testé et évalué par rapport à des **indicateurs** prédéfinis, puis conservé / abandonné / modifié selon l'impact constaté

L'amélioration n'est continue que si elle est maintenue par des « **standards** » qui décrivent la meilleure façon de faire à un instant t



Contrôler la mise en œuvre du plan d'action et le respect des standards

Mettre en place des rituels de contrôle à fréquence définie

Exemples de rituels : comité projet, revue de cas « patient »



Vérifier les impacts du plan d'amélioration à l'aide d'indicateurs prédéfinis

Vérifier si les impacts sont en phase avec les objectifs

Un écart avec l'objectif est un problème mesurable nécessitant une action corrective

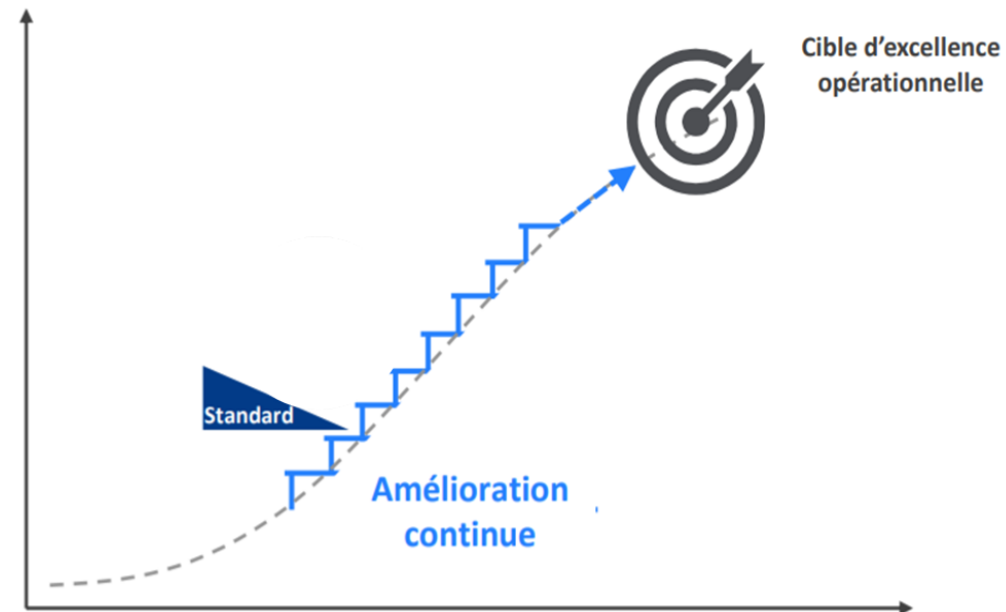


Sécuriser les acquis par la mise à jour des standards

Les bonnes pratiques doivent être formalisées dans des « standards » pour être pérennisées dans la durée

Exemples de standard : parcours cible, document « qui fait quoi », mode opératoire

L'amélioration continue est sécurisée par des standards qu'il convient de faire évoluer au fur et à mesure de la mise en œuvre

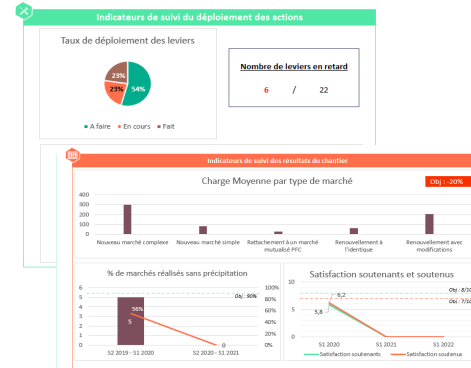
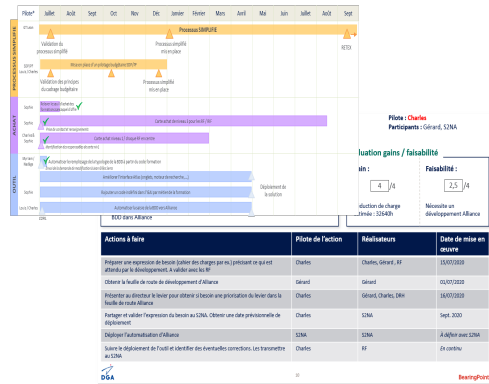


Les outils clés pour mettre en œuvre votre plan d'action



Pilotage projet

Fichier de plan d'action détaillé : planning des leviers, indicateurs projet, risques et actions de mitigation



Comités « projet » réunissant tous les porteurs d'action : avancement des leviers, partage des



Parcours cible / « charte qualité » incluant les leviers d'amélioration : à mettre à jour et à partager avec les parties prenantes du projet



Mise en œuvre des leviers : les standards



Autres standards : mode opératoire, fiche réflexe, ... pour pérenniser les améliorations dans le temps

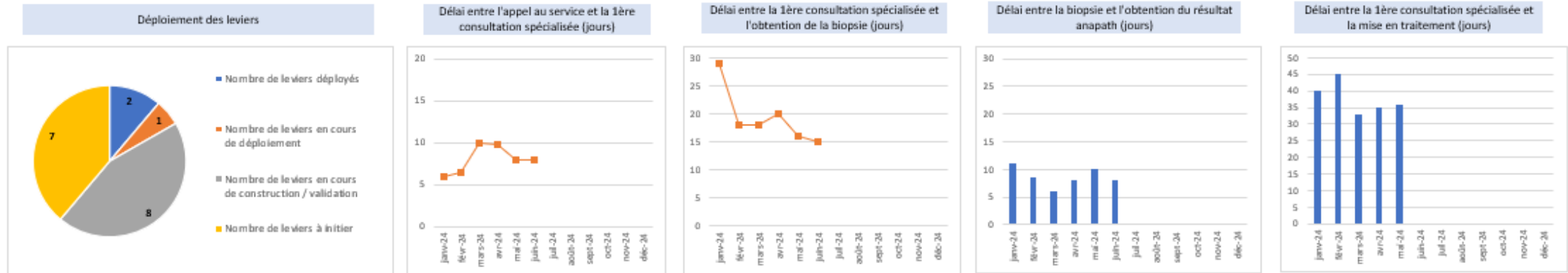
Les différents rôles dans la mise en œuvre

Exemple de répartition des rôles convenue dans le cadre des expérimentations

| | |
|---------------------------------------|--|
| Chef de projet | <ul style="list-style-type: none">• Coordonne l'avancement du plan d'action en lien avec les responsables de leviers• Prépare et coanime les réunions mensuelles (centralisation des informations et remontée des alertes, vérification de l'actualisation des indicateurs)• Participe à la mise en œuvre de certains leviers• Coordonne la documentation des résultats de la mise en œuvre |
| Responsables des indicateurs | <ul style="list-style-type: none">• Contrôlent la complétude et la qualité des données pour la production des indicateurs• Actualisent la valeur des indicateurs en amont des réunions mensuelles |
| Responsables de chantier(s)/levier(s) | <ul style="list-style-type: none">• Assurent l'avancement des actions pour mettre en place le(s) levier(s) dont ils sont responsables• Réunissent les acteurs impliqués sur le levier• Documentent la mise en œuvre du levier et formalisent le produit de sortie• Participent aux réunions mensuelles de suivi du plan d'action |
| Sponsors | <ul style="list-style-type: none">• Sont informés régulièrement par le chef de projet de l'avancement (à mi-parcours, fin d'expérimentation)• Assurent le relai du chef de projet pour mobiliser des moyens hors de sa portée• Peuvent appuyer la mise en œuvre d'actions complexes |

Le tableau de bord de suivi du projet

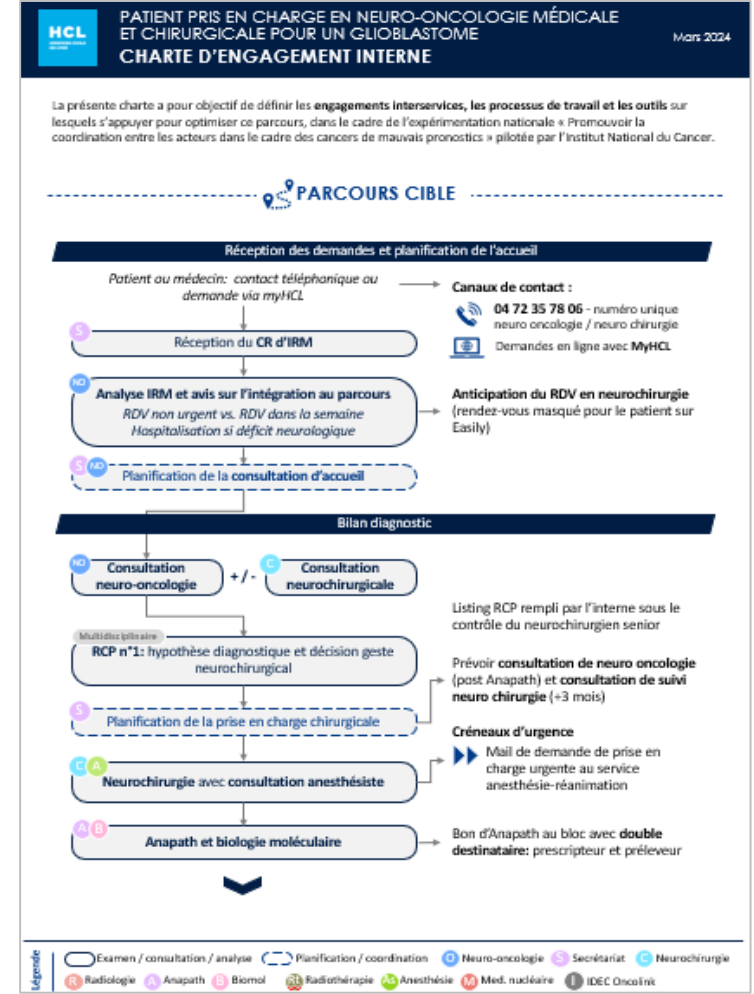
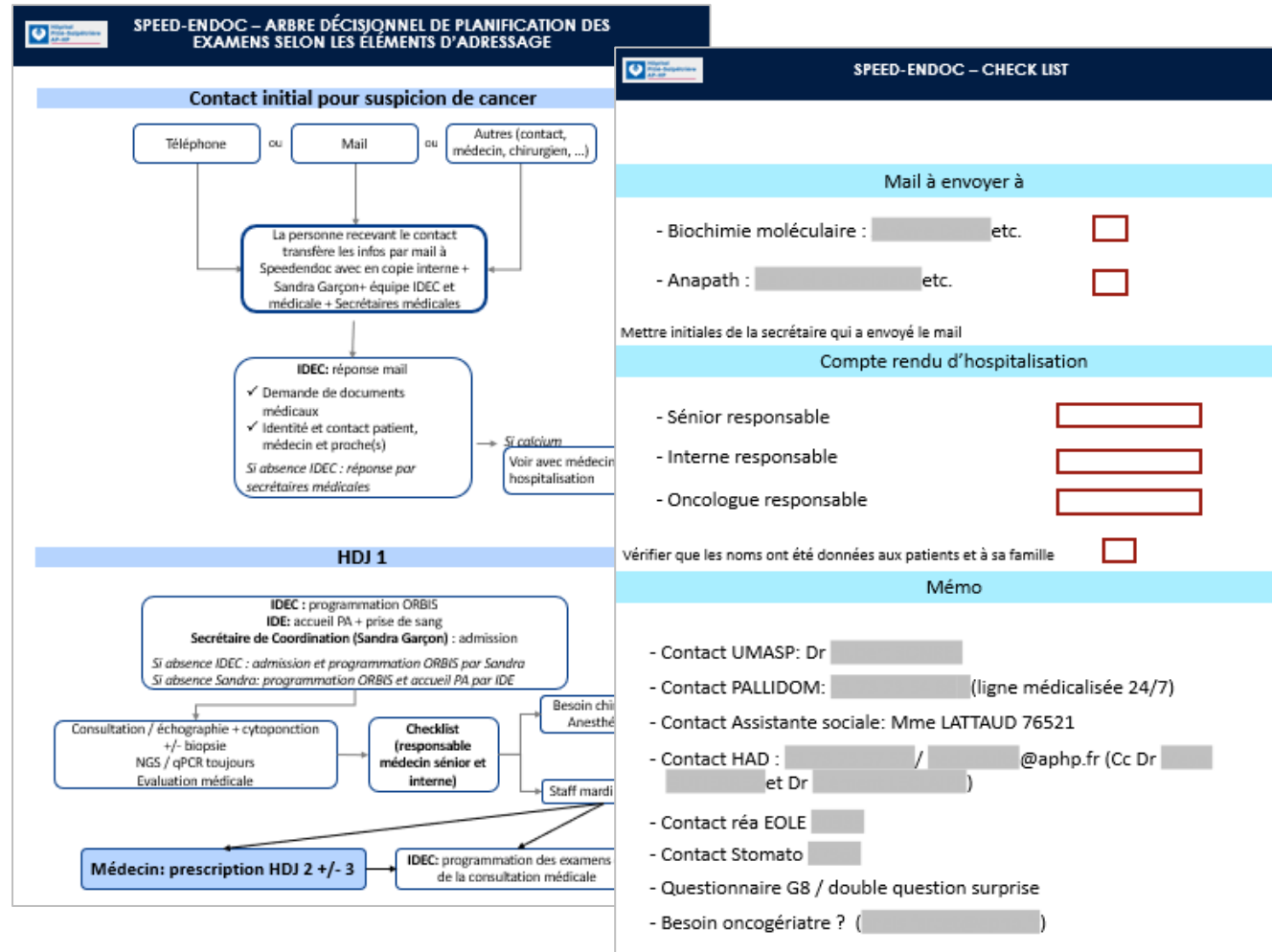
Extrait de tableau de bord de suivi du plan d'action et des indicateurs, utilisé en réunion mensuelle pour le projet CreCA-H du CHU de Caen



| # | Chantier | Leviers* | Sous-actions | Porteur(s) du levier | Contributeurs | Date de début max. | Date de fin prévue | Avancement | Actions réalisées | Prochaines étapes | Problématiques rencontrées | Commentaires |
|---|---|---|---|----------------------|--|--------------------|--------------------|--------------------------|--|---|----------------------------|--------------|
| 1 | Favoriser l'adressage rapide des patients vers le centre diagnostic | Construire un plan de communication sur le parcours lymphome du CHU | Elaborer une stratégie de communication avec la Direction Communication du CHU : présentation du centre de référence en hématologie, numéros et coordonnées ; présentation du parcours lymphome (signes d'appel, processus et déroulé du parcours, coordonnées...) ; Définir les outils et modalités de diffusion | | Direction communication CHU | déc-23 | févr-24 | En cours de construction | Equipe de com reconstruite, liste participants établie (avec accord de leur part), attente visite dans le service pour repérage et organisation par équipe de com, format flyer pour présentation parcours faite | attente retour équipe com pour film 10 à 15 min | | |
| 2 | Favoriser l'adressage rapide des patients vers le centre diagnostic | Construire des outils de communication sur le parcours lymphome à destination des professionnels de ville et des patients | Rencontrer les représentants des professionnels de ville pour définir des outils et modalités de diffusion adaptées aux PS de ville ; Organiser une réunion de travail avec l'association ELLYE pour définir des outils et modalités de diffusion adaptées aux patients | | URML Normandie, FACS Normandie, Cellule de Coordination des SNP, Ellye | déc-23 | mai-24 | Planifié | La faculté de médecine a été contactée par Baptiste (Dr Lebas et Dr Humbert) pour une présentation du parcours lymphome. Pas de retour à ce stade. Nouvelle relance avec Pr Damaj | attente réponse | aide URML ? | |
| 3 | Standardiser le processus de réception des demandes et de planification du parcours | Créer un guide standardisé de réception des demandes et d'organisation de l'accueil du patient | Lister les éléments demandés lors de la réception des demandes d'accueil, pour la préparation de la première consultation et les éléments de pilotage de l'activité du service ; Rédiger un guide d'accueil standard simple et accessible | | | dec 2023 | mai-24 | En cours de construction | pas d'avancement pour le moment | | | |

Les « standards » visuels

Exemples de « standards » décrivant les pratiques à adopter par les professionnels (Pitié Salpêtrière, Hospices civils de Lyon)



Pour plus d'informations

cancer.fr

Institut national du cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. : +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr