



# FICHE PRATIQUE

## COMPOSANTE 7 : continuité des soins intra- et transmurale

Dans la présente fiche, vous trouverez un contexte qui introduit la continuité des soins en tant que composante des soins intégrés. Nous décrivons les objectifs visés par la continuité des soins et nous donnons quelques définitions explicatives. Nous donnons aussi des conseils pratiques sur la façon dont la composante en question peut être mise en œuvre dans le cadre de votre projet, et quelques exemples pratiques dont vous pourrez vous inspirer. La fiche met également en avant différents points d'attention à prendre en compte lorsqu'il s'agira d'élaborer des interventions axées sur cette composante. On terminera par un tour d'horizon de la situation en matière de continuité des soins à l'échelon national.

### 1. Contexte

#### Définition

La continuité transmurale des soins s'obtient lorsque tous les acteurs concernés, c'est-à-dire le patient et son aidant proche, la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> ligne de soins et les partenaires du secteur du bien-être se relaient harmonieusement. Le patient ne constate aucune interruption entre les soins à domicile et ceux prodigués à l'hôpital.

Songeons d'abord aux conséquences lorsqu'il n'y a pas de continuité dans les soins pour un patient. Il arrive qu'un patient palliatif, en raison d'un concours de circonstances, soit admis aux urgences, y reçoive des traitements intensifs et décède finalement à l'hôpital alors que ce patient ne souhaitait pas mourir à l'hôpital. Il y a discontinuité dans le plan de soins du patient et ce défaut de continuité des soins a pour conséquence, que les souhaits du patient ne sont pas respectés.

Un autre exemple est celui d'un patient qui quitte l'hôpital et reçoit des soins à domicile. Le patient ne respecte pas correctement son schéma de médication et est ré-hospitalisé. La réadmission aurait pu être évitée si la continuité des soins entre l'hôpital et les soins à domicile avait été garantie.

Songeons aussi à l'interaction de médicaments prescrits par des prestataires de soins différents, à la répétition inutile d'examens lorsqu'un patient déménage d'un service à un autre au sein du même hôpital... Les exemples sont légion "d'incidents" de ce genre qui seraient évitables grâce à une continuité des soins correcte.

La tendance actuelle vise à raccourcir la durée de l'hospitalisation et à passer le plus rapidement possible aux soins extra-muros. En effet, les patients se sentent souvent mieux dans le cadre familial de leur domicile et un sentiment accru de bien-être du patient dans son environnement habituel contribue à améliorer sa qualité de vie. Le défi majeur consiste alors à garantir la continuité **transmurale** des soins. Pour préparer l'admission ou la sortie de l'hôpital, une concertation entre les acteurs de la 1<sup>ère</sup> et de la 2<sup>ème</sup>



ligne de soins est fondamentale ; tous les éléments du traitement doivent être intégrés afin de garantir des soins continus au patient, ce qui sous-entend qu'aucune rupture ne peut être perceptible entre les soins à domicile et ceux prodigués à l'hôpital (= "*seamless care*"). En outre, les soins et l'aide dispensés à l'hôpital ou en dehors, doivent tenir compte de la situation du patient. Ceci implique par exemple que les soins à domicile soient informés correctement et en temps utile de la sortie d'un patient de l'hôpital afin de pouvoir prendre les dispositions préparatoires nécessaires. Même lorsqu'un patient est hospitalisé pour un problème aigu et est traité dans une unité spécialisée, il est essentiel que l'équipe médicale et soignante soit correctement informée de l'état général du patient. Il s'agit ici des différents problèmes (biopsychosociaux) auxquels il est confronté, du schéma de médication au moment de l'admission, des objectifs poursuivis dans le cadre du domicile, etc.

La continuité intramurale des soins implique que les différents services auxquels un patient a recours ou dont il a besoin au sein de l'hôpital travaillent en harmonie. Au cours de l'hospitalisation, il faut veiller à une coordination médicale efficace pour les patients traités dans différents services hospitaliers. Ainsi, il est indispensable que l'information soit transmise et accessible dès l'arrivée du patient dans un nouveau service. Cela est plus facile lorsque les dossiers sont partagés au sein des hôpitaux.

La continuité des soins intra- et transmurale est étroitement liée à la composante 6 "Concertation et coordination". Lorsqu'un problème aigu entraîne une rupture dans le plan de soins (voir exemple ci-dessus), c'est la concertation et la coordination entre les différents prestataires de soins qui permet de garantir la continuité du plan de soins et le respect des objectifs du patient.

### Objectifs de la continuité des soins intra- et transmurale

- Garantir la coordination entre l'hôpital, la 1<sup>ère</sup> ligne et les services sociaux :
  - ✓ Garantir la continuité des soins : stimuler autant que possible l'échange d'informations, de façon à ce que la transition entre les soins spécialisés (hôpital) et les soins ambulatoires (domicile) s'effectue sans interruption.
  - ✓ Garantir la continuité des traitements médicamenteux : limiter autant que possible le risque de discontinuités, d'erreurs de dosage et de confusion entre médicaments.
  - ✓ Préparer l'admission et la sortie de l'hôpital avec le patient, son entourage et les travailleurs de la première ligne
  - ✓ Éviter les réadmissions qui résulteraient d'un défaut de coordination entre la 1<sup>ère</sup> et la 2<sup>ème</sup> ligne
- Renforcer la coordination des soins au sein de l'hôpital par une concertation multidisciplinaire :
  - ✓ Viser une continuité à tous les niveaux possibles : soins, médicaments, administration, accompagnement de l'entourage, etc.
  - ✓ Sensibiliser les différents acteurs au sein de l'hôpital à un traitement global du patient



Dans le cadre des objectifs globaux<sup>1</sup> du plan Soins intégrés, la continuité des soins intra- et transmurale entraîne une amélioration de la qualité des soins (p. ex. moins d'erreurs grâce au partage d'informations), un usage plus efficient des moyens disponibles (p. ex. moins de doubles examens lors d'un changement de service) et une amélioration de la qualité de vie des prestataires de soins (p. ex. pas de frustration au niveau des soins à domicile à cause de la non-préparation de la sortie de l'hôpital).

## 2. Conseils pratiques et actions potentielles pour la mise en œuvre de cette composante

### 1. Personne de liaison

Il est judicieux d'examiner quelles fonctions existent actuellement parmi les partenaires du consortium. Par exemple, beaucoup d'hôpitaux disposent d'infirmiers de liaison. Un infirmier de liaison veille avec le patient à ce que les soins à l'hôpital, ou les soins de suivi à domicile, soient adaptés à l'état de santé du patient et à sa situation à domicile. Les hôpitaux disposent également d'un "service social". Leurs actions demeurent toutefois limitées, parfois en raison d'un manque de coordination mutuelle, mais principalement parce que leurs missions sont fragmentées : elles sont axées soit sur un groupe spécifique (gériatrique ou psychiatrique p. ex.), soit sur un épisode spécifique du traitement (sortie de l'hôpital p. ex.).

Ces fonctions existantes doivent être évaluées : sont-elles suffisamment étendues pour garantir une continuité ? La personne de liaison est-elle en contact avec tous les acteurs concernés (patient, médecin généraliste, spécialiste, ...) ?

Des missions supplémentaires peuvent être assignées à des fonctions existantes ou on peut examiner la possibilité de fusionner ou de partager certaines fonctions. En outre, cette personne collaborera étroitement avec un case manager (voir fiche pratique "case management").

Un exemple pratique en Belgique, dans le cadre du deuxième programme pluriannuel Qualité et sécurité du patient :

Au sein de l'*Universitair Ziekenhuis Gent*, un projet intitulé "*Naadloze farmaceutische zorg voor patiënten met orale chemotherapie*" (soins pharmaceutiques continus pour les patients en chimiothérapie par traitement orale) est en cours dans le cadre du deuxième programme pluriannuel Qualité et sécurité du patient avec le pharmacien hospitalier comme personne de liaison : une semaine après la délivrance de cytostatiques oraux, le pharmacien hospitalier

<sup>1</sup> Objectif "Triple Aim" (améliorer l'état de santé de la population, améliorer la qualité des soins, accroître l'efficacité des moyens alloués), augmenter l'équité et améliorer la qualité de vie des professionnels de la santé (cf. Guide pour les projets pilotes)



appelle le patient à son domicile, compète le schéma de médication en fonction des médicaments que le patient déclare prendre encore, vérifie les interactions et, si nécessaire, contacte les médecins concernés. Si le patient y consent, la surveillance des médicaments est partagée avec le pharmacien d'officine.

Un exemple pratique en Belgique, dans le cadre du deuxième programme pluriannuel Qualité et sécurité du patient :

Comme prévu dans les services gériatriques, l'*Academisch Ziekenhuis Maria Middelaers* (Gent) dispose d'une liaison interne en gériatrie (LIG) ; cette personne de liaison est systématiquement à disposition des personnes de plus de 75 ans (profil gériatrique) hospitalisées dans d'autres services que ceux de gériatrie. Un processus est mis en place au départ de la fiche d'anamnèse infirmière (*initial assessment*). Les infirmiers LIG disposent du mandat de requérir de leur propre initiative, à l'apport de l'expertise infirmière et paramédicale nécessaire. Ils coordonnent ces soins et veillent aussi à l'élaboration d'un plan de soins multidisciplinaire structuré. Celui-ci est alors repris dans la conclusion de la lettre de sortie médicale destinée au médecin généraliste, afin d'assurer la communication et le suivi transmuraux.

## 2. Concertation multidisciplinaire

Il existe déjà beaucoup de structures de concertation (voir composante 6 "concertation et coordination"), l'intention n'est pas de créer encore de nouvelles structures. Comme exposé dans l'introduction, la continuité des soins est mise en évidence lorsque des situations spécifiques se produisent, telles que l'hospitalisation aiguë d'un patient chronique. En pareil cas, il importe qu'il existe une fonction qui facilite ou assure la concertation entre les différentes disciplines. Cette fonction est très proche de la fonction d'agent de liaison évoquée ci-dessus.

## 3. Listes de contrôle et procédures standards

Par l'établissement de procédures dans des documents standards et des listes de contrôle, on évite que l'information soit transmise uniquement verbalement et qu'elle se perde quelquefois. Citons l'exemple de [Southwark & Lambeth Integrated Care](#), une association en Grande-Bretagne entre services locaux (sociaux et de soins), hôpitaux, population et médecins généralistes. Ceux-ci ont développé des [packages de sortie standard](#) : chaque package comprend une liste de contrôle reprenant toutes les étapes qui doivent être accomplies avant le transfert des soins d'un patient :

- Documents que le patient doit avoir en sa possession (usage des médicaments,...).
- Communication: toutes les personnes qui doivent être informées le sont.
- Coordination: par exemple, les soins à domicile ont-ils été planifiés 2 à 4 jours à l'avance ?

Ces procédures doivent être établies par une équipe multidisciplinaire dans laquelle tous les acteurs sont représentés.



Un exemple pratique en Belgique, dans le cadre du deuxième programme pluriannuel Qualité et sécurité du patient :

Au CHU & Psychiatrie de Mons, on utilise des procédures standardisées pour les patients gériatriques : un "manuel gériatrique" qui est mis à disposition sur l'intranet ; des documents uniformisés pour tous les services en matière de sortie et de transfert, tant intra-muros qu'extra-muros, et liés au dossier intégré de patient.

### 3. Pièges / points d'attention

- Définir clairement qui est responsable de cette coordination, de l'organisation de la concertation (cf. composante 6)
- La fonction de personne de liaison doit être examinée en concertation à la fois avec la 1<sup>ère</sup> ligne et avec les hôpitaux.
- Utiliser le potentiel existant au sein du service social de l'hôpital et des autres services au sein de ce dernier.

### 4. Situation actuelle en Belgique

Dans toute la Belgique, des projets "Psy 107" ont été initiés depuis 2011 dans le but d'améliorer les soins de santé mentale ("Vers de meilleurs soins de santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins"). Dans ce cadre, un grand nombre d'initiatives ont été lancées afin de favoriser la collaboration avec la première ligne. La publication "[Manuel des pratiques innovantes](#)" reprend les différentes initiatives. Vous pouvez y rechercher des initiatives existantes dans votre région.

Dans le cadre du deuxième programme pluriannuel Qualité et sécurité du patient dans les hôpitaux, qui émane du service public fédéral, l'un des thèmes est la "Continuité transmurale des soins".

<http://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/qualite-des-soins/securite-des-patients/deuxieme-programme>