



Note conceptuelle sur les soins transmuraux

**Groupe de travail Soins transmuraux
Direction générale de l'Organisation des Etablissements de soins
Service Soins aigus, Chroniques et Personnes âgées
Juin 2011**

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
PREFACE	5
I. OBJECTIF DE LA NOTE	6
II. IMPORTANCE DES SOINS TRANSMURAUX.....	8
III. DEFINITION DES SOINS TRANSMURAUX.....	11
IV. OBJECTIFS DES SOINS TRANSMURAUX	11
V. CONTENU DES SOINS TRANSMURAUX	12
VI. PATHOLOGIES POUR LESQUELLES DES SOINS TRANSMURAUX SONT DECRITS. 15	
VII. EFFICACITE DES SOINS TRANSMURAUX	16
VIII. BASE THEORIQUE DES SOINS TRANSMURAUX DE HAUTE QUALITE ORIENTES VERS LE PATIENT	17
IX. POINTS DE DEPART DU DEVELOPPEMENT DES SOINS TRANSMURAUX.....	19
X. DEVELOPPEMENT DES SOINS TRANSMURAUX: UN MODELE EN PHASES	23
XI. APPLICATION DANS LE CADRE DU CONTRAT	30
ANNEXES.....	33
ANNEXE 1: Check-list de soutien du développement et d'évaluation d'un projet de soins transmuraux: questionnaire à 60 items.....	34
ANNEXE 2: 'indicateurs de chaîne' génériques	45
ANNEXE 3: Structures importantes en première ligne	54
ANNEXE 4 : La plate-forme eHealth et ses services de base	57
ANNEXE 5 : L'analyse SWOT	59
LISTE DE REFERENCES	60

Membres du Groupe de travail Soins transmuraux

- Aeyels Daan, Huis voor Gezondheid, Bruxelles
- Dr Bassleer Bernard, CHU de Liège
- Dr Borgermans Liesbeth, SPF Santé publique
- Dr Haelterman Margareta, SPF Santé publique
- Prof. Dr Krug Bruno, CHU Mont-Godinne
- Lemmens Liesbeth, Vlaams patiëntenplatform
- Marchal Yannick, Coördinator Huis voor Chronische Zorg en zorgtrajectpromotor Lokaal Multidisciplinair Netwerk Sint-Truiden, Borgloon et environs
- Matthys Paul, SPF Santé publique
- Nolis Ingrid, Zorgnet Vlaanderen
- Osten Peter, SPF Santé publique
- Prof. Dr Peers Jan, UZ Leuven, indépendant
- Peeters Gert, UZ Leuven, Katholieke Universiteit Leuven
- Peleman Hilde, SPF Santé publique
- Quinet Muriel, SPF Santé publique DG2
- Prof. Dr Remmen Roy, Université d'Anvers
- Dr Van Haecht Kris, CZV, Katholieke Universiteit Leuven
- Vrancken Jos, HealthConnect
- Prof. Dr. Vrijhoef Bert, Université de Tilburg / Maastricht, NL
- Weeghmans Ilse, Vlaams patiëntenplatform
- Prof. Dr Wollersheim Hub, Université de Nijmegen, NL



Direction générale Organisation des Etablissements de soins

Liesbeth Borgermans (liesbeth.borgermans@gezondheid.belgie.be)

Editeurs responsable : Dirk Cuypers

Place Victor Horta 40, boîte 10, 1060 Bruxelles

© 2011 SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement

Hormis les exceptions expressément fixées par la loi, aucun extrait de cette publication ne peut ni être reproduite, ni introduite dans un fichier de données informatisées, ni diffusée, sous quelque forme que ce soit, sans l'autorisation expresse et préalable et écrite de l'éditeur.

“ Transmural care is not a simple tying together of the various possibilities in health care but requires a radical change in thinking of all healthcare players involved.”

Zsuzsanna Jakab, WHO Regional Director for Europe.

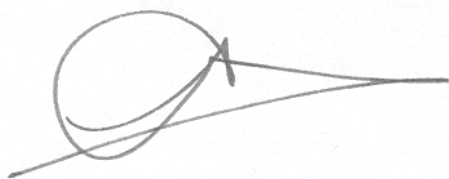
PREFACE

Depuis plusieurs années déjà, le Service public fédéral s'est donné pour objectif de promouvoir (de manière directe ou indirecte) le développement des soins transmuraux, et ceci, par l'introduction de la fonction de 'gestion des sorties des patients', des programmes de soins (via la fonction de liaison externe), des réseaux palliatifs, des projets télématiques et l'art. 107 pour les soins psychiatriques, pour ne citer que quelques exemples. Le Service public fédéral veut également se rallier aux tendances internationales qui reconnaissent les soins transmuraux comme un élément essentiel des modèles de soins intégrés. Enfin, le Service public fédéral veut également stimuler la créativité et 'la réflexion en dehors des cadres existants' des soins transmuraux. Une première étape en ce sens a été franchie en avril 2011 par la création d'un Groupe de travail fédéral Soins transmuraux.

Ce groupe de travail a pour but d'apporter des contributions de contenu au concept des soins transmuraux de haute qualité orientés vers le patient, adapté au contexte belge. Une deuxième tâche du groupe de travail consiste à soutenir au mieux les hôpitaux dans le développement et l'implémentation (de projets) de soins transmuraux.

Cette note conceptuelle Soins transmuraux reprend les principales recommandations du groupe de travail Soins transmuraux en la matière.

Nous espérons que dans les prochaines années, les hôpitaux investiront activement dans les soins transmuraux en vue de pouvoir mettre en place des améliorations structurelles sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins au patient.



Christiaan Decoster

Directeur général

I. OBJECTIF DE LA NOTE

Une enquête préalable menée auprès des hôpitaux belges a montré que les hôpitaux s'investissaient déjà largement dans le développement de projets transmuraux (novateurs). Il y a, par exemple, les itinéraires cliniques transmuraux, le suivi des personnes âgées ayant des besoins de soins complexes par les hôpitaux Sp, les applications TIC qui permettent au médecin généraliste d'avoir un accès direct au dossier du patient ou encore le suivi transmurale médico-légal des jeunes qui séjournent dans les hôpitaux psychiatriques.

Le Contrat 'Coordination Qualité et Sécurité des patients 2011' encourage les hôpitaux à s'engager progressivement dans cette voie. Dans le contrat 2011, il est demandé aux hôpitaux de décrire leur meilleur projet transmurale en cours et de procéder à une analyse 'SWOT'^[1] avec leurs partenaires de première ligne (ou, le cas échéant, des partenaires d'autres hôpitaux ou maisons de repos (et de soins)).

La présente note est destinée à **informer** les hôpitaux **sur le concept des soins transmuraux et à les soutenir** en leur donnant des outils facilitant l'élaboration de leur analyse SWOT qui est à effectuer pour le projet de soins transmuraux de leur choix.

Elle informe les hôpitaux sur les éléments suivants : *a)* l'importance des soins transmuraux, *b)* la définition, *c)* les objectifs, *d)* les formes de soins transmuraux, *e)* les pathologies pour lesquelles les soins transmuraux sont décrits, *f)* les indicateurs d'efficacité des soins transmuraux, *g)* une base théorique pour des soins transmuraux de haute qualité, *h)* un modèle par phase pour le développement des soins transmuraux, y compris des indicateurs de qualité et un exemple de cadre TIC dans les soins transmuraux.

^[1] SWOT: Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats

Pour soutenir les hôpitaux dans l'élaboration de leur analyse SWOT, cette note se base sur une démarche structurée qui comprend une check-list de 60 items. Cette check-list leur permettra de faire l'état des lieux 2011 du projet de soins transmuraux qu'ils ont choisi.

Dans un second temps, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement pourra faire un état des lieux de l'ensemble des projets de soins transmuraux et constituer une analyse SWOT à l'échelle nationale. Cette analyse permettra ensuite d'accorder des priorités pour faciliter l'implantation progressive des soins transmuraux.

Pour encore mieux soutenir les hôpitaux dans cette démarche, un workshop envisagé de manière théorique et pratique est prévu le 30 septembre 2011. Des échanges sont également prévus à cet effet.

II. IMPORTANCE DES SOINS TRANSMURAUX

Les instances nationales et internationales (1) reconnaissent que les soins manquent aujourd'hui d'une approche intégrée. Le Service public fédéral a identifié **six raisons** spécifiques de stimuler les hôpitaux pour développer des soins transmuraux de haute qualité orientés vers le patient.

Première raison : la Belgique, tout comme tous les autres pays industrialisés, est confrontée à une forte augmentation du nombre de patients chroniques souffrant, par exemple, de diabète, de cardiopathie, de BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive), d'un ensemble d'affections neuropsychiatriques. L'Institut scientifique de Santé Publique (ISP) constate qu'aujourd'hui, 27,2% des Belges souffrent d'une maladie chronique, contre 23,8% en 2004. (2) Cette augmentation est due à trois facteurs. Avant tout, le vieillissement de la population. (3) En 2020, en Belgique, une personne sur cinq à peine aura moins de vingt ans et avant 2030, un quart de la population aura plus de 65 ans. (4) Mais la donnée qui aura le plus d'impact sur la quantité et la nature de la demande en soins sera la part croissante des personnes de plus de 80 ans (de 4% aujourd'hui à 11% en 2050).

L'augmentation de l'espérance de vie ira également de pair avec une augmentation croissante du nombre de personnes atteintes de plusieurs maladies chroniques en même temps (co- ou multimorbidité). (5) Près de 1/3 des malades chroniques souffrent en effet de plus d'une maladie chronique. (6) Le deuxième facteur est celui des progrès enregistrés en médecine. Ces progrès ont en effet permis de guérir ou de traiter de plus en plus de maladies précédemment incurables, comme le cancer ou l'insuffisance cardiaque. Le troisième facteur est une tendance négative observée dans le mode de vie, notamment une trop grande sédentarité et une alimentation trop déséquilibrée qui provoque une prise de poids et donc l'obésité. (7) Tout cela mène à un déséquilibre entre la demande et l'offre en soins. Les experts prédisent une importante pénurie en personnel soignant qualifié. Dans le livre vert sur les travailleurs de la santé en Europe¹, les États membres sont donc invités à renforcer la collaboration et chercher des solutions à ce problème,

¹ Livre vert de la Commission européenne, 2008 : http://ec.europa.eu/health/ph_systems/workforce_en.htm

d'une part, en agissant sur la politique de dotation du personnel et, d'autre part, par le biais des nouvelles technologies.

Deuxième raison : la qualité sous-optimale des soins au moment des transferts (entre l'hôpital et les soins à domicile, entre les hôpitaux entre eux et entre les hôpitaux et les maisons de repos). Le transfert des informations entre les prestataires de soins au moment du transfert du patient est reconnu comme important pour garantir la sécurité du patient et donc la qualité des soins. (5) Les transferts inefficaces entraînent des erreurs de traitement, la répétition inutile d'examen, des ralentissements dans le processus diagnostique, des plaintes de la part des patients, des complications, des frais de soins majorés et une prolongation de la durée de séjour. (8)

Troisième raison : le besoin de soins plus orientés vers le patient. Malgré l'existence depuis plus de deux décennies déjà du credo selon lequel 'le patient doit être au centre du processus de soins', il persiste aujourd'hui encore un important potentiel d'amélioration en termes de meilleure intégration des souhaits et des attentes des patients dans le processus de soins et de l'implication plus active du patient dans le processus décisionnel de traitement et de soins. La perception de la qualité des soins est en effet en relation directe avec la compliance thérapeutique et les résultats cliniques de ceux-ci. (9) Les établissements de soins sont donc invités à abandonner les solutions 'one size fits all' et à mettre plus l'accent sur l'autodétermination et l'engagement (empowerment) de l'utilisateur des soins. (10-12)

Quatrième raison : le raccourcissement de la durée de séjour, la nécessité d'éviter les réadmissions (inutiles) et le contrôle des coûts. (13) En 2009, HOPE (European Hospital and Healthcare Federation) a publié une étude qui a, entre autres, comparé l'évolution de la durée de séjour moyenne dans les 27 États membres de l'UE. En 1980, cette durée moyenne était encore de 11 jours. En 2004, suite à l'introduction d'eHealth et de nouveaux mécanismes de financement, elle n'était plus que de 7 jours. Avec 8,3 jours (en 2004), la Belgique se situe bien au-dessus de cette moyenne, alors qu'au Danemark, par exemple, la durée de séjour n'est que de 3,4 jours avec un taux d'occupation de 84% (le taux moyen d'occupation en Belgique est de 70,5%).

Dans le cadre du contrôle des coûts, un élément important à prendre en compte est que la demande en soins des malades chroniques est forcément appelée à augmenter dans les prochaines années, ce qui entraînera une augmentation des coûts des soins de santé. (14)

L'augmentation des coûts et de la demande en soins exige, à l'avenir, une approche efficace pour garantir l'accessibilité et la qualité des soins. (15) La norme de croissance de 4,5% des dépenses dans le secteur des soins de santé prévue par la loi est donc fortement mise sous pression.

Cinquième raison : la structuration croissante et l'organisation des soins de première ligne. (16) Depuis quelques années, on note en effet des évolutions importantes dans les soins de première ligne qui peuvent faciliter le développement des soins transmuraux (l'annexe 3 décrit les principales structures de la première ligne). Des exemples sont l'introduction des Réseaux Locaux Multidisciplinaires (RLM) dans le cadre de trajets de soins diabète et insuffisance rénale chronique, ainsi que le soutien des cercles des médecins généralistes en ce qui concerne l'accueil et la gestion de la pratique et les services intégrés de soins à domicile. Ces évolutions représentent une belle opportunité de développer des relations de collaboration entre l'hôpital et la première ligne et d'y inclure un large groupe de patients.

Une sixième et dernière raison est celle des évolutions dans les technologies de l'information et de la communication. (17) De plus en plus d'hôpitaux investissent dans l'échange des données entre l'hôpital et la première ligne. Dans les prochaines années, les initiatives des différentes autorités prises en la matière permettront aux prestataires de soins (et aux patients) de mieux gérer ensemble les dossiers des patients. Le Conseil européen des ministres de fin 2009 a rappelé qu'eHealth doit non seulement être une application technique pour les prestataires, mais doit également être un outil pour développer une politique de santé. Dans la Déclaration de Barcelone du 15 mars 2010, les États membres et la Commission européenne ont appelé au développement d'une politique mieux coordonnée de l'eHealth de manière à l'utiliser concrètement pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins de santé. La 'EU ICT for Health Roadmap', comme l'a définie la Commission européenne, propose de relier entre eux dans un projet par phases tous les points de soins au moyen de réseaux sécurisés et d'envisager une possibilité d'accès individuel à un dossier de santé personnel en ligne ('personal health record'). Les communications relatives à la télémédecine de la Commission européenne sont également importantes dans ce cadre². Miser sur les soins transmuraux en vue d'améliorer l'efficacité des soins constitue donc un choix logique. (18)

² Commission européenne 30 juin 2009

III. DEFINITION DES SOINS TRANSMURAUX

Il n'existe pas de définition probante des soins transmuraux dans la littérature internationale. Depuis les années 1990, les soins transmuraux sont souvent décrits comme 'the birth of integration'. (19)

Les soins transmuraux sont définis comme:

" Formes de soins dispensés en fonction des besoins du patient sur la base de négociations de collaboration, d'harmonisation et de coordination entre les prestataires de soins généralistes et spécialistes, avec une responsabilité globale conjointe et des responsabilités déléguées explicites". (20)

Les soins transmuraux représentent un cadre formel utilisé pour décrire les formes de soins intégrés entre, d'une part, l'hôpital et, d'autre part, ses partenaires de première ligne, les autres hôpitaux ou maisons de repos et de soins (21),(22) (fig. 1).

Dans la littérature relative aux soins transmuraux ou les soins en relation avec les soins transmuraux, on trouve entre autres : 'gestion des sorties' (ontslagmanagement) (23), 'soins non interrompus' (naadloze zorg) (24), 'chaîne de soins' (ketenzorg) (25), 'transfert des patients' (patiëntentransfer) (26), 'itinéraires de soins transmuraux' (transmurale zorgpaden) (27), 'multiprofessional cooperation', 'shared care' (28), 'managed care' (29), 'disease management' (30), 'patient navigation' (31) et 'hospital at home care'. (32)

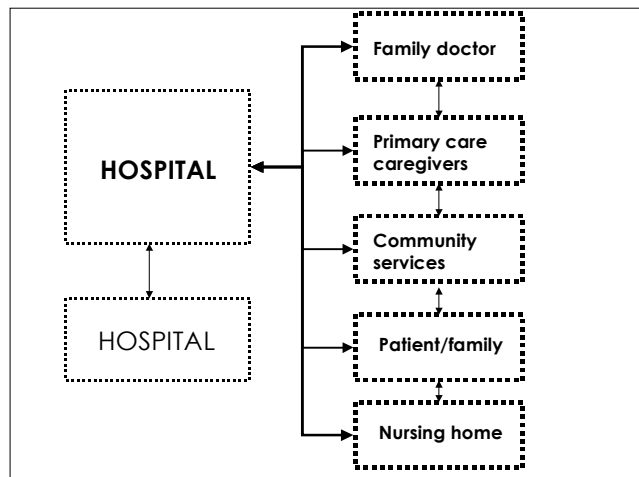
IV. OBJECTIFS DES SOINS TRANSMURAUX

Dans les soins transmuraux, l'objectif est de mettre en place un processus de soins intégrés, dans l'idée que la collaboration et l'harmonisation des soins sont nécessaires pour assurer la qualité des soins au patient individuel. Dans la littérature, on retrouve différents objectifs des soins transmuraux (33) : la continuité des soins, l'amélioration des résultats cliniques, la satisfaction du patient, une meilleure coordination des soins et une meilleure utilisation des recommandations evidence-based ainsi que des réductions de coûts.

V. CONTENU DES SOINS TRANSMURAUX

Comme on l'a déjà dit plus haut, les soins transmuraux peuvent être organisés entre l'hôpital et la première ligne, ainsi qu'entre les hôpitaux et entre l'hôpital et les maisons de repos et de soins (figure 1).

Figure 1: Partenariat dans les soins transmuraux



D'une part, les soins transmuraux concernent *des éléments relatifs aux soins* tels que des protocoles communs et une dispensation de soins multidisciplinaires structurés.

Par ailleurs, les soins transmuraux impliquent également un *aspect organisationnel*, dont l'enjeu est de promouvoir l'expertise et de mettre en place une collaboration structurelle entre les dispensateurs de soins issus des différents environnements de soins.

Il est important que les soins transmuraux soient considérés comme un élément essentiel des formes de soins intégrés. Aux Pays-Bas, on utilise souvent dans ce cadre le terme 'ketenzorg', que nous traduirons par 'chaîne de soins'. Ce terme est relativement neuf, son contenu par contre ne l'est absolument pas. Cette manière de travailler est déjà pratiquée depuis longtemps dans d'autres secteurs, notamment dans l'aviation, l'horticulture, l'industrie du papier et le secteur des transports. Dans les années 1990, les chaînes de soins ont été définies comme "*un ensemble*

cohérent d'activités ciblées et planifiées et/ou des mesures orientées sur une catégorie de patients spécifique, organisées par phase dans le temps". (34)

Les définitions plus récentes des chaînes de soins soulignent l'importance de soins holistiques, non interrompus et continus qui doivent être adaptés aux besoins des patients. (35)

L'essence-même des chaînes de soins est la définition du contenu des soins par tous les partenaires pertinents de la chaîne. Les principes de base des chaînes de soins intégrés sont a) l'orientation patient, b) des soins multidisciplinaires, c) et la coordination des soins (36).

Outre ces principes généraux de bonne qualité des soins, se trouvent également les soins evidence-based et l'amélioration continue de la qualité. (37, 38)

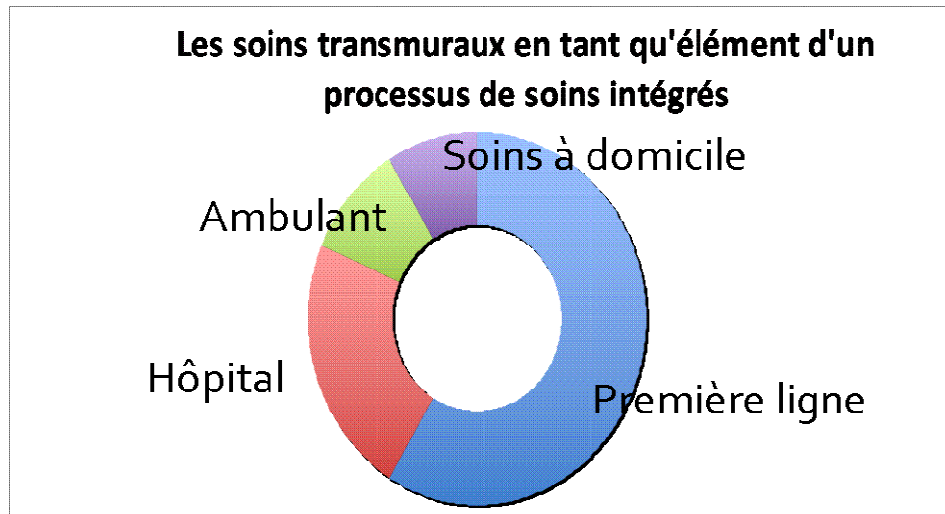
Une chaîne de soins est un accord de collaboration régional ou local institutionnalisé entre des établissements et des prestataires professionnels. Elle est axée sur la facilitation de la mise en place concrète de la collaboration dans le but d'arriver à proposer une offre intégrale et cohérente à certaines catégories spécifiques de patients. Une caractéristique de cette chaîne de soins est que cet accord de collaboration implique de travailler avec des partenaires qui travaillent aussi bien de manière autonome, que dépendante des uns des autres. Tous effectuent des actes cohérents orientés vers un objectif commun. Cet objectif ne peut pas être atteint par les acteurs séparément. (39) La chaîne comprend donc différents acteurs investis de différentes tâches, responsabilités et compétences.

Il est important que les soins transmuraux soient considérés comme un élément essentiel des formes de soins intégrés.

Les chaînes de soins peuvent en fait être considérées comme un ensemble de soins transmuraux **sans que l'hôpital ne soit considéré dans ce cadre comme le premier ou le dernier maillon de la chaîne** (figure 2). Si les soins transmuraux concernent principalement une ou deux périodes de transition (admission et sortie), dans les chaînes de soins, c'est généralement l'ensemble du réseau qui occupe la place centrale. L'introduction de chaînes de soins confère au réseau un poids plus

important que l'intérêt particulier des fournisseurs de soins qui y participent.

Figure 2: Les soins transmuraux en tant qu'élément d'un processus de soins intégrés



Globalement, on distingue 3 formes de soins transmuraux: (40)

- a) les soins transmuraux dispensés conjointement par des prestataires de soins spécialistes et généralistes conjointement;
- b) les soins transmuraux dispensés par les prestataires de soins généralistes, avec le soutien de prestataires de soins spécialistes;
- c) les soins transmuraux qui concernent les admissions et les sorties dans un établissement spécialisé, fournis par des prestataires de soins généralistes.

Voici des applications spécifiques des soins transmuraux décrites dans la littérature (41) ou pour lesquelles des projets ont été développés:

- développement de protocoles et collaboration (médecin spécialiste-généraliste / soins à domicile équipe multidisciplinaire / case manager-soins à domicile) (EBM) (42);
- connexion entre les soins pré- et post-admission;
- collaboration entre les services d'urgence et la première ligne (43);

- soutien des médecins généralistes par les spécialistes dans le traitement à domicile;
- soins spécialisés dispensés par des infirmiers (infirmiers spécialistes ou infirmiers de référence);
- consultations de spécialistes médicaux dans les soins à domicile;
- gestion des sorties;
- soins oncologiques;
- soins de revalidation;
- soins aux personnes âgées;
- soins palliatifs;
- soins psychiatriques;
- soins transmuraux pharmaceutiques (concertation pharmacothérapeutique transmurale);
- soins de fertilité;
- radiothérapie, coronarographie.

VI. PATHOLOGIES POUR LESQUELLES DES SOINS TRANSMURAUX SONT DÉCRITS

Les pathologies pour lesquelles des soins transmuraux sont décrits sont entre autres: le diabète (44, 45), l'insuffisance rénale chronique (46), la BPCO (47, 48), l'asthme (49), l'insuffisance cardiaque (50), le cancer du sein et du côlon (51), les cancers en phase terminale (52), la démence (53), les lésions médullaires (54), les affections rhumatoïdes (55), la sclérose en plaques (56), l'AVC (57), la sous-alimentation (58), l'eczéma des mains (59), les soins palliatifs (60), la dépression (49, 61, 62), les maladies infantiles (63) et le VIH/SIDA. (64) Des pathologies psychiatriques sont également fréquemment citées dans le cadre du développement des soins transmuraux (65-67). Ce qui frappe immédiatement, c'est que dans de nombreux cas, les soins transmuraux sont organisés pour des malades chroniques et des patients présentant des problèmes complexes. Il est toutefois également important que les problèmes au niveau des soins aigus – notamment

l'utilisation inappropriée des services d'urgence – soient également considérés comme un thème à part entière des soins transmuraux. (68)

Les projets qui ont pour but d'améliorer la qualité des soins transmuraux sont, dans la majorité des cas, organisés pour des patients souffrant de maladies chroniques ou présentant des problèmes de soins complexes. Dans le cadre du développement d'une stratégie de soins transmuraux, les problèmes de soins aigus méritent cependant la même attention.

Dans le traitement des maladies chroniques, l'attention accordée à la comorbidité joue un rôle important. (69) Les patients qui souffrent d'une maladie chronique ont une comorbidité beaucoup plus importante que le reste de la population. La comorbidité peut être divisée en 'concurrent comorbidity' (apparition sans explication précise de plusieurs maladies chez une même personne), 'cluster morbidity' (apparition conjointe de certaines maladies plus fréquente que son incidence/sa prévalence statistique dans certains sous-groupes), 'causal morbidity' (apparition conjointe de maladies sur la base d'une cause pathophysiologique commune prouvée) et 'comorbidité dues aux complications spécifiques à une maladie' (apparition d'une maladie due à l'apparition d'une autre maladie).

VII. EFFICACITE DES SOINS TRANSMURAUX

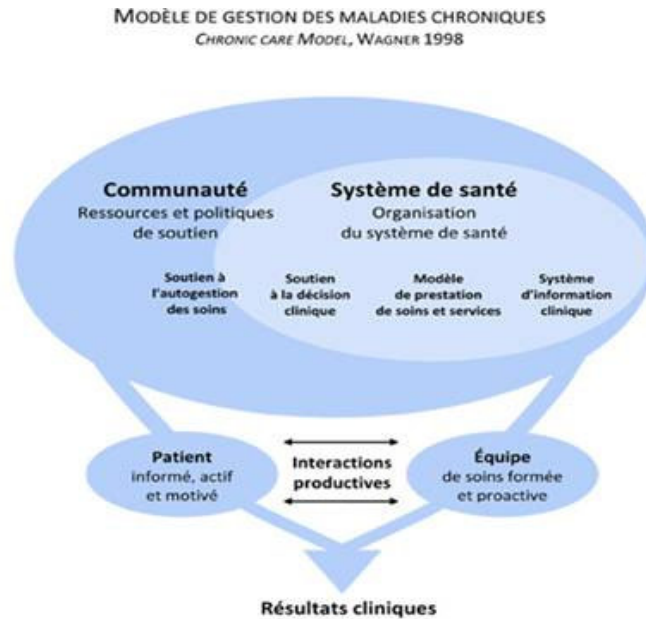
Malgré qu'il y ait un consensus sur la nécessité de mieux coordonner et intégrer l'offre des différents prestataires des soins de santé (70-73), on dispose de relativement peu d'éléments scientifiques décrivant l'efficacité des soins transmuraux sur les résultats des soins dispensés. (74, 75). Ces dernières années, le nombre des publications documentant les effets positifs des soins transmuraux dans différents systèmes de soins de santé comparables au système belge a toutefois augmenté. (76-79)

VIII. BASE THEORIQUE DES SOINS TRANSMURAUX DE HAUTE QUALITE ORIENTES VERS LE PATIENT

La base théorique du développement de soins transmuraux de haute qualité orientés vers le patient est reprise de manière plus détaillée dans cette note sous 'Modèle de Gestion des Maladies chroniques' (Chronic Care Model (80-82) (figure 3)). Ce modèle de gestion de la qualité a été élaboré en identifiant systématiquement, dans la littérature internationale et scientifique, les éléments qui influencent la qualité des soins pour les patients souffrant d'une maladie chronique. Malgré le fait que ce modèle se concentre sur les éléments de soins chroniques de haute qualité, il peut également servir de fil conducteur au développement de formes de soins intégrés (notamment les soins transmuraux pour les maladies chroniques et non chroniques). Le 'Modèle de Gestion des Maladies chroniques' comprend 6 éléments liés entre eux qui sont importants dans le cadre de la dispensation de soins chroniques de haute qualité.

- '**Système de santé**': système de santé leader qui prend les mesures globales et structurelles nécessaires pour améliorer la qualité des soins chroniques.
- '**Communauté**': toutes les mesures et actions au niveau de la communauté susceptibles d'améliorer les soins aux malades chroniques.
- '**Modèle de prestation de soins et services**': conception du processus de soins qui permet d'améliorer la coordination et l'intégration des soins.
- '**Soutien à la décision clinique**': soutien des actes (cliniques) des prestataires de soins.
- '**Soutien à l'autogestion des soins**': soutien la capacité d'autonomie des patients et de leur famille.
- '**Système d'information clinique**': favorise l'échange des données entre les prestataires de soins entre eux et le prestataire de soins et le patient.

Figure 3: Le Modèle de gestion des maladies chroniques (Chronic Care Model (83))



Pour développer des soins transmuraux de haute qualité orientés vers le patient, il est important d'agir au niveau du leadership (stratégie et moyens), par le biais d'un ensemble cohérent d'interventions, d'impliquer les organisations de soins pertinentes, de soutenir l'autonomisation des patients, de redéfinir le processus de soins, de soutenir le processus décisionnel des médecins cliniciens et d'avoir des systèmes d'information clinique.

IX. POINTS DE DEPART DU DEVELOPPEMENT DES SOINS TRANSMURAUX

Dans le développement (et/ou l'évaluation) des soins transmuraux, plusieurs points de départ sont à prendre en compte.

- **Les demandes et les besoins du groupe cible sont le point de départ de l'instauration des soins transmuraux ('orientation patient')**

Tout projet de soins transmuraux doit prendre comme point de départ les demandes et les besoins de son groupe cible. Cette approche invite tous les intéressés à procéder à une analyse approfondie des goulets d'étranglement dans les soins proposés au groupe cible et à mettre sur pied des procédures qui permettront de dresser une carte la plus détaillée possible des expériences et perceptions du groupe cible par rapport aux soins transmuraux. Les maladies à prévalence élevée telles que le diabète et la BPCO se prêtent souvent bien à l'instauration de projets transmuraux.

- **Importance de la collaboration**

Quelle que soit la nature du projet de soins transmuraux, il faut qu'un protocole de collaboration soit conclu entre les différents acteurs de soins, par exemple sous forme de Service Level Agreement (SLA). Idéalement, le protocole de collaboration doit être le résultat d'une négociation au sein de l'équipe multidisciplinaire qui sera chargée de l'exécution/amélioration des soins transmuraux. Un protocole de collaboration décrit 'qui fait quoi-quand-comment et où'. Il est important, dans ce cadre, de tenir compte de la logique d'action des participants, ce qui implique que les 'agissements' des parties concernées seront influencés par leurs propres intérêts. De par leur différence de culture, d'environnement de travail et de formation, les participants au processus de soins transmuraux ont des définitions très divergentes de ce qu'est une bonne 'aide' et une bonne 'collaboration'. Prendre conscience de ces différences et pouvoir en discuter est indispensable. Des entretiens à ce sujet peuvent permettre de clarifier les contextes et l'impact des différences identifiées. Parler de choses concrètes, p. ex. de protocoles de soins, permet d'identifier où se situent plus exactement les différences. Ensuite, il convient d'évaluer si les

problèmes identifiés peuvent être résolus. Il se peut que parfois la différence soit trop importante et que les soins transmuraux ne répondent pas aux besoins de la situation examinée. Le plus souvent, des entretiens permettent cependant d'arriver à des solutions et de pouvoir mettre en place et réaliser des protocoles de collaboration.

- **Importance de créer une structure de soutien**

Dans le développement d'un projet transmurale, la présence d'une structure de soutien, tel un groupe de pilotage ou un comité consultatif, revêt d'une importance essentielle. Cette structure de soutien peut être mise en place dans le cadre d'un (nouveau) projet, ou il peut être demandé aux structures existantes, et notamment aux comités qualité et sécurité des patients, d'assumer cette fonction.

Quelle que soit la structure de soutien, il est important qu'elle ait une composition multidisciplinaire et évalue le contenu et l'avancement du projet régulièrement et à des moments fixés à l'avance, et ceci, sur la base d'objectifs préalablement et clairement définis.

- **Cycle de Deming 'Plan-Do-Check-Act'**

Le développement de projets de soins transmuraux doit suivre le cycle de Deming 'Plan-Do-check-Act'. Les différentes actions du cycle PDCA dans les projets de soins transmuraux sont décrites dans le modèle en 4 phases.

- **Importance d'interventions evidence-based et des indicateurs**

Pour développer de bons soins transmuraux, il est important que les interventions choisies aient prouvé leur efficacité, soit par le biais de la recherche scientifique, soit par leur utilité démontrée dans la pratique, soit encore par l'avis positif d'experts sur l'intervention.

- **Des soins transmuraux vers un modèle de soins complètement intégrés**

Les soins transmuraux sont considérés comme une succession de maillons conduisant à un modèle de soins complètement intégrés ('chaîne de soins') proposé à une population cible

spécifique. Comme déjà indiqué plus haut, l'hôpital n'est ni le premier, ni le dernier maillon de la 'chaîne de soins'.

- **Importance de l'application du principe de subsidiarité dans les soins**

Ce principe consiste à déplacer la responsabilité et/ou l'exécution des soins vers le niveau adéquat le plus bas. La subsidiarité des soins peut être aussi bien horizontale – du spécialiste au généraliste ou d'intramuros à extramuros – que verticale – des prestataires de soins les plus formés vers des prestataires de soins moins formés. Si, en dehors de l'hôpital, un infirmier spécialisé effectue des tâches qui étaient effectuées précédemment à l'hôpital par un spécialiste médical, on se trouve dans une situation de subsidiarité combinée. Celle-ci peut être appliquée aussi bien pour améliorer la qualité que pour augmenter l'efficacité des soins.

- **Les soins transmuraux se développent selon un processus pluriannuel**

Le développement de soins transmuraux est un processus qui prend plusieurs années et dans lequel le processus qui est progressivement élargi et approfondi sur la base de projets pilotes. Le choix des projets doit reposer sur la vision et la stratégie de l'hôpital.

- **Importance des stratégies d'implémentation**

Dans le développement et l'évaluation des projets de soins transmuraux, il est important d'utiliser des stratégies d'implémentation spécifiques. La réussite de la mise en place de soins transmuraux dépend de différents facteurs. Ces facteurs sont décrits dans le document 'Characteristics of Innovations Framework de Grol & collègues' (84), et sont listés dans le tableau 1.

Tableau 1. Neuf facteurs d'une implémentation réussie (Grol et al.)

Facteurs	Facteurs appliqués aux soins transmuraux
<ul style="list-style-type: none"> La perception de l'avantage relatif d'une innovation comparativement à la situation actuelle. 	<p>Quels sont les avantages des soins transmuraux (tels que développés dans le projet) par rapport au mode de fonctionnement actuel?</p>
<ul style="list-style-type: none"> La compatibilité de l'innovation par rapport aux normes et valeurs existantes. 	<p>Les soins transmuraux (tels que développés dans le projet) sont-ils compatibles avec la notion de soins utilisée?</p>
<ul style="list-style-type: none"> La complexité liée aux explications concernant l'innovation, sa compréhension et son utilisation. 	<p>Les soins transmuraux (tels que développés dans le projet) sont-ils difficiles à expliquer et à comprendre?</p>
<ul style="list-style-type: none"> Le coût et l'investissement en temps par rapport aux avantages qu'offre l'innovation. 	<p>Les coûts des soins transmuraux (tels que développés dans le projet) sont-ils justifiés par rapport aux avantages perçus et réels?</p>
<ul style="list-style-type: none"> Les risques liés à l'incertitude, par exemple, au niveau des résultats et les conséquences de l'innovation. 	<p>Les résultats des soins transmuraux (tels que développés dans le projet) sont-ils largement garantis et quelles en sont les conséquences?</p>
<ul style="list-style-type: none"> La flexibilité et l'adaptabilité de l'innovation aux conditions locales et au groupe cible. 	<p>Les soins transmuraux (tels que développés dans le projet) sont-ils suffisamment flexibles et adaptables en fonction des spécificités de l'environnement de soins et du groupe cible?</p>
<ul style="list-style-type: none"> La participation du groupe cible au développement de l'innovation. 	<p>Les soins transmuraux (tels que développés dans le projet) impliquent-ils suffisamment le groupe cible?</p>
<ul style="list-style-type: none"> La possibilité de partager de l'innovation dans le sens de la possibilité d'implémenter séparément ses différentes parties. 	<p>Les différents éléments des soins transmuraux (tels que développés dans le projet) peuvent-ils être implémentés séparément?</p>
<ul style="list-style-type: none"> Le caractère réversible de l'innovation de sorte qu'en cas d'échec, il soit possible de revenir à la situation initiale. 	<p>Les soins transmuraux (tels que développés dans le projet) permettent-ils toujours de revenir à la situation initiale?</p>

X. DEVELOPPEMENT DES SOINS TRANSMURAUX: UN MODELE EN PHASES

Le développement des soins transmuraux est un développement complexe et on ne retrouve dans la littérature que peu de méthodes et stratégies d'implémentation utiles. Qui plus est, quand on en trouve, elles font souvent partie de modèles taxés de 'soins intégraux' (par exemple chaînes de soins, disease management). (85-87) Les modèles de soins intégrés décrits dans la littérature donnent une idée des objectifs, des parties prenantes et des interventions mais fournissent peu d'informations par rapport aux phases à parcourir, aux facteurs critiques de réussite, aux indicateurs et aux stratégies d'implémentation appliquées. (88)

Pour définir une méthode adaptée à la situation en Belgique qui permette de développer des soins transmuraux de haute qualité orientés vers le patient, trois *sources* ont été consultées. Il s'agit de:

- 1) **La méthode 'développement de la chaîne de soins'** du Centraal BegeleidingsOrgaan aux Pays-Bas (CBO). (89)
- 2) **La norme de qualité relative aux établissements de soins** (Kwaliteitsnorm Zorginstelling) du Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ). Le NIAZ est un institut indépendant qui élabore des normes de qualité pour les établissements de soins et procède, à leur demande, à des audits individuels. Le NIAZ est membre de l'organisation mondiale des instituts d'accréditation des établissements de soins (International Society for Quality in Health Care' (ISQua). Le NIAZ est lui-même contrôlé et accrédité intégralement par cette organisation.
- 3) **Le modèle de développement en 4 phases de soins intégrés** tel qu'il est décrit par Minkman & collègues (2009). (90)

Concernant le développement de projets de soins transmuraux dans le contexte belge, il est conseillé de parcourir ces quatre (4) phases inspirées des trois sources citées plus haut.

Ces phases sont:

- **Phase 1** : Identification du problème ou de l'opportunité d'amélioration de la qualité
- **Phase 2** : Définition des objectifs du projet de soins transmuraux
- **Phase 3** : Développement du plan de projet
- **Phase 4** : Implémentation du projet

PHASE 1 : Identification du problème ou de l'opportunité d'amélioration de la qualité

Dans la première phase, le problème ou l'opportunité d'amélioration de la qualité de la / des population(s) cible(s) sont définis. La partie qui prend cette initiative se met pour cela en contact avec les partenaires de soins pertinents aussi bien à l'intérieur de l'hôpital qu'au niveau de la première ligne dans le but d'arriver à une description précise du problème / de l'opportunité basée sur les données chiffrées nécessaires pour arriver à se faire une meilleure idée du problème, de son impact sur la perception de la qualité des soins par le patient et des résultats des soins.

PHASE 2 : Définition des objectifs du projet de soins transmuraux

La deuxième phase est consacrée à la définition des objectifs d'amélioration de la qualité du projet. Ces objectifs sont liés à l'opportunité / au problème tels qu'ils ont été décrits dans la phase 1. Les objectifs sont formulés selon les principes '**SMART**' (Spécifique, Mesurable, Acceptable, Réaliste et Temporel)³. Dans la définition de ces objectifs il est, dans la mesure du possible, tenu compte de la perspective du patient.

³ Spécifique: l'objectif indique ce qui va être réalisé, quand et qui sera impliqué dans sa réalisation. Il faut également indiquer dans quel service une amélioration est souhaitée. Plus l'objectif et le sujet sont spécifiques et précisés, plus les changements peuvent être effectués et mesurés de manière ciblée.

Mesurable : l'objectif doit être formulé de manière à ce que son résultat puisse être mesuré.

Acceptable : l'objectif doit être discuté avec et accepté par les différentes parties concernées.

Réaliste : l'objectif doit être réalisable et exécutable.

PHASE 3 : Développement du contenu du projet

La troisième phase est consacrée à l'élaboration d'un contenu du projet sur la base d'objectifs clairement décrits pour une population de patients spécifique. Ce contenu comprend successivement une ligne du temps dans laquelle les interventions d'amélioration de la qualité sont opérationnalisées / implémentées, la structure du projet, les indicateurs de niveau de structure, de processus et de résultat, le plan de communication et une description de l'infrastructure TIC de soutien. Le contenu de ce projet doit être validé par le groupe de pilotage du projet. Le groupe de pilotage comprend idéalement des membres du comité de direction de l'hôpital⁴, des membres des comités de qualité et/ou sécurité des patients, des membres des organisations de première ligne, (des organisations) des patients et des tiers indépendants susceptibles de pouvoir évaluer la qualité du projet.

○ Interventions d'amélioration de la qualité

La littérature décrit de très nombreuses interventions d'amélioration de la qualité dans le cadre des soins intégraux/transmuraux. Les interventions d'amélioration de la qualité qui ont prouvé leur efficacité au niveau des pathologies fréquentes sur les résultats des soins (transmuraux) (91) sont reprises dans le tableau 2. La répartition des interventions d'amélioration de la qualité repose sur le schéma de classification de Shojania & collègues. (92) Les auteurs y distinguent 11 catégories d'interventions d'amélioration de la qualité basées sur le Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). Ces catégories sont 1) éducation des patients ('patient education'), 2) promotion de l'autonomie des patients ('promotion of self-management'), 3) formation continue des médecins cliniciens ('clinician education'), 4) audit et feedback ('audit and feedback'), 5) accompagnement individuel du patient ('case management'), 6) modifications au niveau du fonctionnement de l'équipe ('team changes'), 7) registres patients électroniques et changements dans les dossiers médicaux ('electronic patient registry' & 'changes in electronic medical records'),

Temporel : il est nécessaire d'inclure une planification temporelle dans l'objectif de sorte à ce qu'on puisse clairement déterminer quand on peut mesurer si l'objectif a été atteint.

⁴ Des membres des autres hôpitaux et/ou maisons de repos et de soins peuvent également faire partie du groupe de pilotage lorsque le projet de soins transmuraux de l'hôpital concerne également ces partenaires de soins.

8) système de rappel aux médecins cliniciens ('clinician reminders'), 9) envoi d'informations cliniques aux médecins cliniciens par voie électronique ('facilitated relay of clinical information to clinicians'), 10) système de rappel aux patients ('patient reminders systems), 11) systèmes d'amélioration continue de la qualité ('continuous quality improvement'). Dans la présente note, ces catégories sont reprises dans les différentes dimensions du Modèle de Gestion des Maladies Chroniques.

○ **Structure du projet**

La structure du projet constitue le deuxième élément du contenu du projet. La collaboration structurelle et la coordination à différents niveaux sont des conditions essentielles pour la réussite des soins transmuraux. Les responsabilités peuvent être conjointes ou réparties en fonction de négociations, à condition que les responsabilités soient clairement définies. Tant au niveau de la coordination du contenu des soins que des soins concrets aux patients ou au niveau de la coordination des processus d'un projet, il est nécessaire de désigner une personne qui aura une vision globale et qui endossera la responsabilité finale. Cette dernière coordination des processus d'un projet peut être très organisée par des personnes disposant de bonnes connaissances dans le domaine des sciences de la santé.

Par nature, c'est donc souvent le médecin généraliste qui entre en ligne de compte pour assumer ce rôle. Il semble cependant que les médecins généralistes soient peu impliqués dans les projets de soins transmuraux. La question à se poser est de savoir si les médecins généralistes, du fait de leur charge de travail élevée, de leur large éventail de tâches et de leur façon de travailler moins axée sur la routine, sont bel et bien les seuls à entrer en ligne de compte pour assumer cette fonction. Dans de nombreux projets transmuraux, surtout dans ceux qui concernent les malades chroniques, la coordination au niveau des contenus des soins est confiée à des infirmiers (spécialisés).

○ **Indicateurs**

La mesure des indicateurs permet de se faire une idée de la qualité des soins. Un indicateur est un aspect mesurable des soins dispensés et repose sur une preuve scientifique ou un consensus au niveau des experts dans le domaine. (93) Pour pouvoir les utiliser, il faut que les indicateurs soient

pertinents, valides, fiables, améliorables, mesurables et discriminatoires. Les universités de Maastricht et de Nijmegen ont (en raison de l'absence d'indicateurs de chaîne génériques dans la littérature) récemment mis au point des indicateurs en utilisant la 'Rand-modified Delphi Methode' qui peut être utile dans l'évaluation des projets de soins transmuraux dans le contexte belge. (94) Il s'agit d'une structure générique et d'indicateurs qui permettent de mesurer l'orientation patient, les soins multidisciplinaires et l'organisation/coordination des soins. Ces indicateurs sont repris à l'annexe 2.

○ **Plan de communication**

Dans les soins transmuraux, la communication revêt une grande importance, aussi bien avec le patient/client qu'entre les prestataires de soins entre eux, et ceci dans l'organisation et en dehors de celle-ci. Les aspects importants d'un plan de communication sont:

- L'analyse des différents groupes cibles de clients professionnels et/ou particuliers, directs et/ou indirects, ainsi que leur segmentation.
- Le message qui sera communiqué doit être basé sur le message clé spécifié dans le plan de communication. Le ton de ce message sera défini pour chaque groupe cible et une utilisation cohérente du message est importante.
- Le plan de communication devra traduire le message en une déclaration d'intention envers les groupes cibles respectifs.
- Choix des canaux de communication (face à face, dépliants, forum, site Internet, ...)

○ **Infrastructure TIC**

La réalisation des soins transmuraux dépend entre autres de son soutien par les TIC. Différents fournisseurs peuvent concevoir des systèmes qui soutiennent les processus de soins.

Les soins transmuraux impliquent un échange ciblé de données entre plusieurs acteurs du secteur des soins de santé pour permettre à chaque spécialisation de contribuer, en fonction de son expertise et de ses droits, à un plan de soins coordonnés. Leur objectif est d'augmenter la qualité des soins. Les technologies de l'information et de la communication (TI) actuelles permettent d'organiser cet échange de données par voie électronique, ce qui augmente l'efficacité de la collaboration et minimise la charge qu'elle représente pour chaque acteur individuel qui

participe à un plan de soins multidisciplinaire. Dans la mise sur pied d'un soutien TIC, il faut toutefois tenir compte des conditions préalables suivantes:

- La *protection* des échanges d'informations à caractère personnel et sensible.
- L'autorisation du patient d'échanger des données le concernant avec les acteurs avec lesquels il est en *relation thérapeutique*.
- Limiter l'échange des données avec un acteur d'une équipe multidisciplinaire aux seules données strictement nécessaires pour lui permettre d'assurer son rôle dans l'équipe sur la base des *principes de proportionnalité et de finalité*.
- La *sémantique* de l'échange de données pour permettre à chaque acteur d'une équipe de soins multidisciplinaire d'interpréter de manière correcte et sans équivoque les données échangées.
- L'élaboration de la *politique de sécurité* suivie par un *coordinateur qualité et sécurité des patients*.

Les fondements TIC de la plate-forme eHealth (voir annexe 4) permettront de développer un soutien TIC des soins transmuraux qui satisfait aux conditions préalables citées plus haut. Parallèlement, des arrangements clairs doivent être pris sur le plan de la sémantique utilisée pour l'échange de données dans le cadre d'un plan de soins et l'hôpital doit mettre en place les procédures de sécurité requises pour assurer la sécurité des informations, et ceci avec l'aide d'un coordinateur qualité et sécurité des patients désigné à cet effet.

Les fondements de la plate-forme eHealth permettent un échange d'informations entre les systèmes d'une entité de soins comme un hôpital et des logiciels des acteurs de soins individuels tels que les médecins généralistes, pour les intégrer dans une solution logicielle qui chapeaute les soins transmuraux. Dans cette intégration, on peut également utiliser les structures actuellement développées au niveau macro. Il faut entendre par-là le répertoire de référence (Meta)Hub qui indique quel hôpital dispose de quelles informations sur quels patients.

Proposition de plan TIC par étapes

Étape 1

L'"eHealth enable" des systèmes internes constitue une condition stricte et dès lors une première étape pour mettre sur pied le soutien TIC des soins transmuraux. Dans ce cadre, nous pensons à l'utilisation de services de base de la plate-forme eHealth tels que le cryptage "end-to-end", le timestamping, l'"user and access" management, la consultation des registres, etc.

Étape 2

A l'aide de l'ehBox (boîte aux lettres électronique de la plate-forme eHealth), on peut ensuite mettre sur pied une communication sécurisée, par exemple entre un hôpital et un acteur de la première ou de la deuxième ligne et vice versa. Cela permet de mettre en place une première forme de collaboration entre les acteurs d'une équipe multidisciplinaire. A l'aide d'un template de collaboration intelligente spécifiquement axée sur un trajet de soins particulier, les données peuvent être structurées en utilisant l'ehBox, enregistrées, échangées et corrélées à des systèmes internes.

Étape 3

Lors d'une phase suivante, une structure centrale définitive peut être construite, qui permet le stockage codé des données de collaboration dans une plate-forme de soutien des soins transmuraux au niveau méso et local. Chaque membre d'une équipe de soins transmuraux, y compris le patient, peut alors, en fonction de ses droits "read/write", contribuer au stockage des données et consulter des données (partielles). Les données centrales peuvent être enrichies par une intégration organisée par l'intermédiaire de (Meta)Hubs.

PHASE 4 : Implémentation du projet

Lorsqu'une opportunité d'amélioration de la qualité est définie, que les objectifs sont clairs et qu'un plan de projet a été élaboré, on peut passer à l'exécution ou à l'implémentation du projet. Le cycle de Deming 'Plan-Do-Check-Act' accorde une large attention à la réalisation des conventions prises et des résultats atteints. Une grande attention doit être accordée à l'harmonisation des systèmes d'enregistrement et d'information et la création de possibilités de feedback et de comparaison des soins fournis.

XI. APPLICATION DANS LE CADRE DU CONTRAT

Pour appliquer les informations contenues dans cette note relative aux soins transmuraux dans le contrat 'Coordination de la qualité et de la sécurité du patient', l'hôpital est amené, en 2011, à sélectionner son meilleur projet transmurale en cours, à le décrire et à en réaliser une analyse SWOT. Pour faire l'analyse SWOT, nous lui proposons de suivre les étapes les étapes suivantes⁵ :

Étape 1 : La première étape est de remplir la check-list (annexe 1 : '**Check-list de développement et d'évaluation d'un projet de soins transmuraux : questionnaire à 60 items**'). De préférence, cette check-list doit être complétée en concertation avec tous les partenaires impliqués dans le projet transmurale 'le plus efficace' choisi par l'hôpital. Le remplissage de la check-list est confié au responsable du projet. Il peut s'agir du coordinateur de la qualité, d'un médecin spécialiste, d'un infirmier, d'un assistant social, ...

Étape 2 : La deuxième étape consiste à effectuer une analyse 'SWOT' (Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats) du projet. Cette analyse SWOT doit être effectuée en concertation avec les partenaires de la première ligne, d'autres hôpitaux, maisons de repos et de soins (ou une

⁵ La manière dont les hôpitaux doivent effectuer l'analyse SWOT dans le cadre du contrat sera clarifiée dans le cadre d'un atelier organisé en septembre 2011.

combinaison de ce qui précède) en fonction du projet choisi. L'analyse SWOT doit faire l'objet d'au moins une réunion. Les différents items de la 'Check-list de développement et d'évaluation d'un projet de soins transmuraux : questionnaire à 60 items' peuvent être classés selon les catégories que comprend une analyse SWOT, c'est-à-dire les forces, faiblesses, opportunités et menaces. Pour faciliter cette analyse SWOT, les hôpitaux recevront un outil de rapportage qui génère ce classement.

Des explications supplémentaires sur le contenu de l'analyse SWOT sont reprises en annexe 5.

Étape 3 (facultative) : La troisième étape, facultative, est d'évaluer dans quelle mesure les 4 phases ont été parcourues comme elles ont été décrites dans la présente note (identification de la problématique, objectifs, plan de projet et implémentation). Dans cet exercice, à certains moments, il peut y avoir des chevauchements avec certains items de la check-list.

Tableau 2: Interventions d'amélioration de la qualité avec effets positifs sur les résultats des soins (transmuraux).

Dimensions du Chronic Care Model	INTERVENTIONS selon la classification de Shojania et al. basée sur le Cochrane Effective Practice and Organisation of Care group (92)	INTERVENTIONS avec preuve de leurs effets positifs sur les résultats des soins (transmuraux). (91, 95, 96)
HEALTH SYSTEM	<ul style="list-style-type: none"> • CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien du leadership • Systèmes d'amélioration continue de la qualité
COMMUNITY	<ul style="list-style-type: none"> • PROMOTION OF SELF-MANAGEMENT 	<ul style="list-style-type: none"> • Diffusion d'informations / outils destinés aux patients et aux prestataires de soins par les organisations 'community'
SYSTEM REDESIGN	<ul style="list-style-type: none"> • TEAM CHANGES • CASE MANAGEMENT 	<ul style="list-style-type: none"> • Changement dans les rôles des prestataires de soins (p. ex. substitution des soins) • Mise en place d'équipes multidisciplinaires • Coordination des soins • Accompagnement individuel et coordination des soins ('case management')
SELF-MANAGEMENT	<ul style="list-style-type: none"> • PATIENT EDUCATION • PROMOTION OF SELF-MANAGEMENT • PATIENT REMINDER SYSTEMS 	<ul style="list-style-type: none"> • Education des patients • Instruments d'éducation des patients • Soutien psychosocial des patients • Évaluation de leur propre fonctionnement de santé par les patients • Décisions partagées (patient-prestataire de soins) sur le traitement • Mise à disposition de recommandations pour les patients • Envoi de rappels aux patients
DECISION SUPPORT	<ul style="list-style-type: none"> • CLINICIAN EDUCATION • AUDIT AND FEEDBACK 	<ul style="list-style-type: none"> • Organisation de la formation continue • Élaboration de recommandations evidence based • Envoi de rappels aux médecins cliniciens • Soutien des prestataires de soins par les spécialistes médicaux • Audit & feedback
CLINICAL INFORMATION SYSTEMS	<ul style="list-style-type: none"> • ELECTRONIC PATIENT REGISTRY • FACILITATED RELAY OF CLINICAL INFORMATION TO CLINICIANS 	<ul style="list-style-type: none"> • Systèmes d'enregistrement des patients • Communication d'informations de contenu pour les soins • Feed-back sur les données de performance • Changements dans le dossier médical électronique

ANNEXES

ANNEXE 1: Check-list de soutien du développement et d'évaluation d'un projet de soins transmuraux: questionnaire à 60 items

Questions relatives au projet qui peuvent aider l'hôpital à effectuer une analyse SWOT	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Neutre	D'accord	Tout à fait d'accord	Pas d'application
1. Le projet est-il suffisamment soutenu par le management de l'hôpital ? ⁶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Le projet est-il suffisamment soutenu par le(s) responsable(s) du (des) cercle(s) des médecins généralistes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Le projet est-il suffisamment soutenu par le(s) responsable(s) la (les) organisation(s) de soins à domicile concernée(s) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Le projet est-il suffisamment soutenu par	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

⁶ Par 'soutien suffisant', on entend qu'une commission (composée du management, de responsables et de médecins-spécialistes) assure le suivi régulier du projet, que les ressources suffisantes et le personnel nécessaire soit mis à disposition du projet et que ce dernier fasse partie intégrante de la stratégie de l'hôpital et que les exécuteurs du projet soient encouragés et soutenus.

le(s) responsable(s) des autres hôpitaux ou maisons de repos et de soins ? ⁷						
5. Les spécialistes impliqués dans l'hôpital / en dehors de l'hôpital sont-ils suffisamment convaincus de l'utilité du projet ? ⁸	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Un comité de pilotage a-t-il été désigné pour accompagner le projet ? ⁹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Tous les aspects juridiques du projet ont-ils été suffisamment étudiés (p. ex. respect de la vie privée) ? ¹⁰	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Un financement suffisant est-il prévu pour le projet ? ¹¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Le projet s'inscrit-il dans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

⁷ Par 'responsables', il faut entendre la direction au sens large.

⁸ Les spécialistes impliqués doivent avoir décrit explicitement l'utilité du projet, de préférence par écrit.

⁹ Le Comité de pilotage inclut tous les partenaires impliqués dans le projet de soins transmuraux. Ce Comité de pilotage peut siéger tant dans l'hôpital qu'à l'extérieur de celui-ci.

¹⁰ Si certains aspects juridiques de la législation ne sont pas décrits, il faut cocher la case "pas d'application".

¹¹ Un financement suffisant comprend tous les fonds internes ou émanant de l'autorité fédérale nécessaires au bon déroulement du projet. Ce financement comprend les ressources nécessaires pour le personnel et pour le développement du projet transmurale.

le cadre d'un projet plus vaste de mise en place de soins intégraux ('chaîne de soins') dans la région ? ¹²						
10. L'hôpital considère-t-il les soins transmuraux comme un objectif stratégique important /prioritaire ? ¹³	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Le projet bénéficie-t-il d'une bonne connaissance de la carte sociale de la région ? ¹⁴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Y a-t-il une bonne relation de collaboration avec les (organisations de) médecins généralistes ? ¹⁵	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Y a-t-il une bonne relation de collaboration avec les infirmiers à domicile ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹² Le projet peut s'inscrire dans une initiative locale, régionale ou fédérale.

¹³ Le fait que l'hôpital considère les soins transmuraux comme un objectif stratégique important doit être documenté dans le plan stratégique/politique de l'hôpital.

¹⁴ La carte sociale comprend une description de tous les établissements et services disponibles dans une région donnée et si possible en fonction de pathologies spécifiques.

¹⁵ Il faut entendre par 'bonne relation de collaboration' que les partenaires de soins concernés se connaissent, sont au courant de leurs tâches et responsabilités respectives dans le cadre du projet transmurale, échangent régulièrement des informations et participent activement au développement et à l'élaboration du projet de soins transmuraux.

14. Y a-t-il une bonne relation de collaboration avec les diététiciens ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Y a-t-il une bonne relation de collaboration avec les pharmaciens ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Y a-t-il une bonne relation de collaboration avec les spécialistes externes / kinésithérapeutes / consultants en mouvement ? ¹⁶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Y a-t-il une bonne relation de collaboration avec les établissements du secteur du bien-être ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Y a-t-il une bonne relation de collaboration avec les podologues ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Y a-t-il une bonne relation de collaboration avec les psychologues ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Y a-t-il une bonne relation de collaboration avec les logopèdes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹⁶ Si les 3 items sont applicables, ils seront codés séparément.

<p>21. Les partenaires concernés sont-ils suffisamment motivés pour garantir la réussite du projet ?</p>	○	○	○	○	○	○
<p>22. Le projet repose-t-il sur un problème ou une opportunité clairement décrits ?</p>	○	○	○	○	○	○
<p>23. Tous les partenaires pertinents sont-ils impliqués dans l'identification du problème / de l'opportunité ?</p>	○	○	○	○	○	○
<p>24. Le groupe cible du projet est-il clairement décrit ?</p>	○	○	○	○	○	○
<p>25. Les besoins/ souhaits du groupe cible sont-ils suffisamment utilisés comme point de départ dans l'élaboration du projet ?</p>	○	○	○	○	○	○
<p>26. Les patients sont-ils activement impliqués dans le développement du projet ?</p>	○	○	○	○	○	○

27. Le projet est-il assorti d'objectifs clairement décrits (formulés selon les principes SMART) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Le projet repose-t-il sur un modèle/cadre théorique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Les facteurs de réussite critiques ont-ils été identifiés avant le début du projet ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Un plan du projet est-il disponible ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31. Le projet est-il lié à une personne responsable de la coordination du contenu des soins ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Le projet est-il lié à une personne responsable de la coordination pratique ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Un protocole de collaboration est-il disponible (qui fait quoi-quand-où-comment) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Une concertation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

multidisciplinaire sur le patient est-elle organisée (avec les partenaires de soins extramurales concernés) ?						
35. L'output de la concertation multidisciplinaire sur les soins est-il consigné dans un dossier de soins (le dossier de soins peut être tenu intramuros et/ou extramuros) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Le projet tient-il compte de la multi- ou comorbidité ? ¹⁷	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Toutes les personnes de l'équipe multidisciplinaire concernées disposent-elles de l'expertise nécessaire pour effectuer les tâches qui leur sont confiées dans le cadre du projet ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Un programme de formation continue (pour	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹⁷ Tenir compte d'une multi- ou comorbidité fait référence à l'identification et/ou le dépistage d'autres pathologies existantes chez un même patient (en dehors de son diagnostic principal) et comprend l'évaluation de l'influence de cette morbidité sur le traitement du patient, sa qualité de vie individuelle et sa capacité d'autonomie.

les médecins, les infirmiers, ...) est-il prévu spécifiquement dans le cadre du projet transmurale ?						
39. Le climat dans l'équipe est-il mesuré ? ¹⁸	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Le travail supplémentaire attendu des acteurs de soins concernés est-il clairement défini et communiqué ? ¹⁹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41. Les interventions d'amélioration de la qualité sont-elles clairement décrites ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Une analyse de la littérature a-t-elle été effectuée sur l'efficacité des interventions que l'on souhaite implémenter ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Des indicateurs de qualité sont-ils disponibles au niveau de la	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

¹⁸ Il faut entendre par 'climat dans l'équipe' la perception du contenu et du mode de collaboration de tous les partenaires impliqués dans le projet de soins transmuraux.

¹⁹ Par 'travail supplémentaire', on entend les autres rendez-vous liés au développement et à la mise en œuvre du projet transmurale.

structure, du processus et des résultats ?						
44. Les moments de mesure des indicateurs ont-ils été fixés ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Une analyse de la littérature a-t-elle été effectuée sur les indicateurs de qualité utilisés ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Le projet sera-t-il modifié en fonction des résultats des indicateurs de qualité ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Une procédure de gestion des admissions et des sorties est-elle prévue ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Un plan de communication est-il disponible ? ²⁰	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Le responsable du projet communique-t-il clairement avec tous les intéressés sur le projet ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
50. Des instruments de soutien sont-ils prévus pour les médecins cliniciens concernés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

²⁰ Le plan de communication décrit clairement les groupes cibles, les messages et les moments auxquels il est communiqué sur les points importants du projet.

(feedback, reminders, formation continue, ...) ?						
51. Un protocole de traitement 'evidence based' est-il disponible ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Une éducation thérapeutique du patient est-elle prévue ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Des outils de soutien sont-ils prévus pour le patient et sa famille (p. ex. brochures éducatives, systèmes de 'reminder', ...) ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. La sécurité du patient est-elle suffisamment garantie (procédures de sécurité des patients) ? ²¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Une bonne relation de collaboration existe-t-elle avec les organisations de patients ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Une bonne relation de collaboration existe-t-elle avec les organisations	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

²¹ Ces procédures de sécurité des patients doivent être documentées.

Note conceptuelle sur les soins transmuraux

des proches aidants /membres de la famille ?						
57. Une infrastructure TIC de soutien est-elle prévue pour le projet ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Les résultats du projet sont-ils communiqués à l'ensemble de l'hôpital ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Les résultats du projet sont-ils rendus accessibles aux partenaires externes ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60. Le projet transmurale est-il consultable sur un site web ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANNEXE 2: 'indicateurs de chaîne' génériques

Trois groupes d'indicateurs de chaîne génériques sont repris ci-dessous. Il s'agit d'indicateurs concernant: 1) l'**orientation patient**, 2) la **multidisciplinarité** et 3) la **coordination des soins**.

I. ORIENTATION PATIENT

1. Le patient reçoit des informations sur les aspects pertinents du processus de soins	
A. Informations sur le plan de traitement individuel et le processus de soins	
Indicateur	Le nombre de patients bien informés sur le plan de traitement individuel et le processus de soins
Numérateur	Le nombre de patients bien informés sur le plan de traitement individuel et le processus de soins (score total supérieur ou égal à ...) ²²
Dénominateur	Le nombre de patients repris dans le panel
Inclusion/exclusion	Exclusion : maladie grave, patients dépendants
Type	Indicateur de processus
Domaine de qualité	Orientation patient
Motivation	Chronic Care Model
Instrument	Enquête patient / liste de score IHI médecins / entretiens individuels par sondage avec les patients ²³
Moment de mesure	A déterminer en fonction de l'environnement de soins

B. Informations sur l'équipe multidisciplinaire	
Indicateur	Le nombre de patients bien informés sur l'équipe multidisciplinaire
Numérateur	Le nombre de patients bien informés sur l'équipe multidisciplinaire (score total supérieur ou égal à ...)
Dénominateur	Le nombre de patients repris dans le panel
Inclusion/exclusion	Exclusion : maladie grave, patients dépendants
Type	Indicateur de processus
Domaine de qualité	Orientation patient

²² Ce score total doit encore être déterminé.

²³ Le choix de l'instrument de mesure doit encore être fait.

Motivation	Chronic Care Model
Instrument	Enquête patient / liste de score IHI médecins / entretiens individuels par sondage avec les patients ²⁴
Moment de mesure	A déterminer en fonction de l'environnement de soins

C. Informations sur l'accessibilité des données

Indicateur	Le nombre de patients bien informés sur l'accessibilité et le transfert des données
Numérateur	Le nombre de patients bien informés sur l'accessibilité et le transfert des données
Dénominateur	Le nombre de patients repris dans le panel
Inclusion/exclusion	Exclusion : maladie grave, patients dépendants
Type	Indicateur de processus
Domaine de qualité	Orientation patient
Motivation	Chronic Care Model
Instrument	Enquête patient / liste de score IHI médecins / entretiens individuels par sondage avec les patients ²⁵
Moment de mesure	A déterminer en fonction de l'environnement de soins

D. Plaintes/compliments

Indicateur	Le nombre de patients qui savent clairement à quel interlocuteur s'adresser dans le cadre du projet de soins transmuraux en cas de plaintes, suggestions et compliments
Numérateur	Le nombre de patients qui savent clairement à quel interlocuteur s'adresser dans le cadre du projet de soins transmuraux en cas de plaintes, suggestions et compliments
Dénominateur	Le nombre de patients repris dans le panel
Inclusion/exclusion	Exclusion: maladie grave, patients dépendants
Type	Indicateur de processus
Domaine de qualité	Orientation patient
Motivation	Chronic Care Model
Instrument	Enquête patient / liste de score IHI médecins / entretiens individuels par sondage avec les patients ²⁶

²⁴ Le choix de l'instrument de mesure doit encore être fait.

²⁵ Le choix de l'instrument de mesure doit encore être fait.

Moment de mesure	A déterminer en fonction de l'environnement de soins
-------------------------	--

E. Informations de self-management	
Indicateur	Le nombre de patients bien informés sur le self-management
Numérateur	Le nombre de patients bien informés sur le self-management (score total supérieur ou égal à)
Dénominateur	Le nombre de patients repris dans le panel
Inclusion/exclusion	Inclusion: patients capables de s'auto-gérer Exclusion: maladie grave, patients dépendants, patients déments ou ayant des problèmes de mémoire, patients éprouvant des difficultés au niveau de la langue
Type	Indicateur de processus
Domaine de qualité	Orientation patient
Motivation	Chronic Care Model
Instrument	Enquête patient / liste de score IHI médecins / entretiens individuels par sondage avec les patients ²⁷
Moment de mesure	A déterminer en fonction de l'environnement de soins

2. Disponibilité des données médicales	
Indicateur	Disponibilité pour chaque patient d'un aperçu actualisé des médicaments actuellement disponibles (numérique ou sur papier) pour: a) chaque thérapeute b) le patient à proprement parler
Numérateur	a) Le nombre de patients dans le processus de soins qui disposent d'un aperçu actualisé des médicaments disponibles pour chaque thérapeute b) Le nombre de patients dans le processus de soins qui disposent d'un aperçu actualisé des médicaments
Dénominateur	a) Le nombre de patients repris dans le panel

²⁶ Le choix de l'instrument de mesure doit encore être fait.

²⁷ Le choix de l'instrument de mesure doit encore être fait.

	b) Le nombre de patients repris dans le panel
Inclusion/exclusion	Patients qui reçoivent un traitement médicamenteux pour leur affection
Type	Indicateur de processus
Domaine de qualité	Orientation patient
Motivation	L'accompagnement et le traitement des patients est souvent multidisciplinaire et souvent assuré par des thérapeutes à différents échelons. Un traitement médicamenteux optimal demande de disposer d'une liste actualisée des médicaments. Cette liste doit être accessible dans son intégralité et directement à la fois au thérapeute et au patient ²⁸ .
Instrument	Étude des dossiers, entretien avec les patients, enquête auprès des patients
Moment de mesure	A déterminer en fonction de l'environnement de soins

3. Expériences des patients

Indicateur	Dans le projet de soins transmuraux, les expériences des patients doivent être évaluées au moins une fois par an
Numérateur	--
Dénominateur	--
Inclusion/exclusion	--
Type	Indicateur de structure
Domaine de qualité	Orientation patient
Motivation	La mesure des expériences des patients fournit des informations sur la qualité perçue des soins prodigués. Les résultats de ces mesures peuvent être utilisés pour améliorer la qualité des soins et mieux adapter les soins aux souhaits des patients. Les questions relatives aux expériences concrètes des patients dans le domaine des soins fournissent plus d'informations utiles sur l'assurance qualité et l'amélioration de la qualité que les questions plus subjectives sur leur satisfaction
Instrument	Questionnaire validé destiné à mesurer les expériences des patients, entretiens avec les patients & l'ultimate question: 'Recommanderiez-vous ce prestataire de soins / cet établissement de soins à un proche' ?
Moment de mesure	Une fois par an.

²⁸ Conceptrichtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens', 2008. ActiZ, GGZ Nederland, KNMG, KNMP, LEVV, LHV, NFU, NHG, NICTIZ, NPCF, NVVA, NVZ, NVZA, Orde, V&VN en ZN.

II. SOINS MULTIDISCIPLINAIRES

A. Présence d'une équipe multidisciplinaires	
Indicateur	Y a-t-il une équipe multidisciplinaire (OUI/NON)
Dénominateur	--
Numérateur	--
Inclusion/exclusion	--
Type	Indicateur de structure
Domaine de qualité	Soins multidisciplinaires
Motivation	La recherche a montré qu'une équipe multidisciplinaire bien organisée et bien structurée mène à une meilleure continuité, une meilleure coordination des soins, une meilleure communication entre les différentes disciplines et à une plus grande satisfaction et sécurité des patients ²⁹ .
Instrument	Rapport de la concertation multidisciplinaire sur le patient
Moment de mesure	A déterminer en fonction de l'environnement de soins

²⁹ Manser T. Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of literature. Acta Anaesthesiol Scand 2009; 53(2): 143-51.

B. Conditions de l'équipe multidisciplinaire	
Indicateur	L'équipe multidisciplinaire satisfait-elle aux conditions imposées à une équipe multidisciplinaire (OUI/NON)
	<p>Le critère de satisfaction aux conditions imposées à une équipe multidisciplinaire est défini par la somme totale des items ci-dessous (oui= 1 point; non= 0 point)³⁰</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Toutes les disciplines impliquées dans le processus des soins primaires sont-elles représentées dans l'équipe multidisciplinaire ? (OUI/NON) 2. L'équipe multidisciplinaire se compose-t-elle d'une équipe de base et d'une équipe qui peut être utilisée sur une base consultative ? (OUI/NON) 3. Les tâches et responsabilités sont-elles décrites pour chaque membre de l'équipe ? (OUI/NON) 4. Les tâches et responsabilités sont-elles connues par chaque membre de l'équipe ? (OUI/NON) 5. Les tâches sont-elles effectuées par les membres de l'équipe comme décrites ? (OUI/NON) 6. Chaque membre de l'équipe sait-il clairement qui sont les membres de l'équipe et qui doit être présent à quel type de concertation ? (OUI/NON) 7. Les membres de l'équipe ont-ils clairement conscience de la personne qui assume la fonction de chef de file de l'équipe ? (OUI/NON) 8. L'équipe agit-elle conformément aux recommandations, standards et protocoles ? (OUI/NON) 9. Dans l'équipe multidisciplinaire, un coordinateur clinique a-t-il ou non été désigné pour l'organisation de la concertation (p. ex. la collecte des cas que les prestataires de soins veulent exposer, l'élaboration et l'envoi d'un agenda, le rapportage et la documentation des recommandations issues de la concertation) ? (OUI/NON) 10. La concertation a-t-elle lieu minimum une fois tous les trois mois ? (OUI/NON) 11. Les cas de tous les nouveaux patients sont-ils discutés dans le cadre des réunions de concertation ? (OUI/NON) 12. Tous les patients en suivi pour lesquels sont notés des changements au niveau de leur état général et/ou de la progression de leur maladie font-ils l'objet d'une discussion dans le cadre de la concertation multidisciplinaire ? (OUI/NON) 13. La concertation multidisciplinaire aborde-t-elle, pour chaque patient, le diagnostic, les besoins de traitement et le suivi du patient ? (OUI/NON) 14. Chaque prestataire de soins peut-il soumettre des cas à la concertation ? (OUI/NON) 15. L'output de la concertation est-il repris dans tous les dossiers de soins et, le cas échéant, est-il accessible à tous les prestataires de soins ? (OUI/NON) 16. Le médecin généraliste est-il informé et participe-t-il à la concertation s'il le

³⁰ Le score total doit encore être déterminé.

	<p>désire ? (OUI/NON)</p> <p>17. L'équipe multidisciplinaire a-t-elle une fréquence de concertation préalablement fixée³¹ ? (OUI/NON)</p> <p>18. Le climat dans l'équipe est-il mesuré à l'aide d'un questionnaire validé ? (OUI/NON)</p>
Inclusion/exclusion	--
Type	Indicateur de structure
Domaine de	Soins multidisciplinaires

³¹ La concertation de management est une concertation au cours de laquelle on discute au moins régulièrement des aspects suivants: 1) l'organisation du processus de soins, 2) le transfert des informations au sein du projet transmurale, 3) la communication dans le projet transmurale, 4) les étapes critiques du processus au sein du projet transmurale, 5) les délais d'entrée, de transit et de sortie des patients au sein du projet transmurale, 6) les plaintes, complications et incidents, 7) l'évaluation des indicateurs de processus et de résultat, 8) les indicateurs de positionnement (benchmark) des résultats (par rapport à d'autres et par rapport au passé).

qualité	
Motivation	<p>Une équipe multidisciplinaire est une équipe de prestataires de soins issus de diverses disciplines qui se rencontrent régulièrement pour discuter du cas de certains patients. L'équipe multidisciplinaire dispose d'une connaissance optimale et spécialisée en matière de diagnostic et de modalités de traitement. Tous les membres de l'équipe contribuent indépendamment au processus décisionnel et au traitement des patients.</p> <p>La recherche a montré qu'une équipe multidisciplinaire bien organisée et bien structurée mène à une meilleure continuité, une meilleure coordination des soins, une meilleure communication entre les différentes disciplines et à une plus grande satisfaction et sécurité des patients.</p>
Instrument	Rapport de la concertation multidisciplinaire sur le patient
Moment de mesure	A déterminer en fonction de l'environnement de soins

III. ORGANISATION ET COORDINATION DES SOINS

A. Conditions connexes de gestion du processus dans les projets transmuraux	
Indicateur	Le projet transmurale satisfait-il aux conditions connexes en matière de gestion des processus ?
	<p>La détermination de la satisfaction du projet transmurale aux conditions connexes de gestion des processus est déterminée en procédant au score total des items suivants (Ou= 1 point; non= 0 point).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le plan de soins multidisciplinaire est-il décrit dans une description de processus ? (OUI/NON) 2. Les étapes critiques du processus sont-elles définies ? (OUI/NON) 3. Le plan de soins repose-t-il sur une recommandation evidence- ou consensus-based ? (OUI/NON)³² 4. A-t-on déterminé 'qui' fait quoi', 'quand' et 'comment' dans le cadre du projet transmurale ? (OUI/NON) 5. Le projet transmurale peut-il être consulté directement et intégralement ? (OUI/NON) 6. Un groupe de pilotage a-t-il été nommé pour diriger le projet ?

³² On utilise, de préférence une recommandation evidence-based.

	<p>(OUI/NON)</p> <p>7. Les partenaires du projet sont-ils désignés ? (OUI/NON)</p> <p>8. Les tâches, compétences et responsabilités des partenaires ont-elles été fixées ? (OUI/NON)</p> <p>9. Y a-t-il un 'propriétaire de chaîne' désigné responsable de la politique (de qualité) et des activités de la chaîne ? (OUI/NON)</p> <p>10. Un prestataire de soins a-t-il été désigné comme interlocuteur permanent pour le patient ? (OUI/NON)³³</p> <p>11. Une équipe multidisciplinaire a-t-elle été désignée ? (OUI/NON)</p> <p>12. Un soutien à l'autonomie et une éducation au patient sont-ils prévus ? (OUI/NON)</p> <p>13. Des arrangements ont-ils été pris entre les établissements concernés et les prestataires de soins de première, deuxième et troisième ligne ? (OUI/NON)</p> <p>14. Des arrangements ont-ils été pris concernant le transfert des données entre les partenaires concernés ? (OUI/NON)</p> <p>15. Les arrangements concernant le transfert des données sont-ils périodiquement évalués ? (OUI/NON)</p> <p>16. Le processus de soins fait-il l'objet d'une évaluation structurelle (indicateurs de processus et de résultat), des actions d'amélioration sont-elles formulées, effectuées et évaluées ? (OUI/NON)</p>
Inclusion/exclusion	---
Type	Indicateur de structure
Domaine de qualité	Organisation et coordination des soins
Motivation	L'amélioration de la qualité des soins est un processus continu et cyclique. Il est important de prévoir le contrôle des conditions connexes en matière de gestion de processus.
Instrument	Questionnaire/observation par les chercheurs
Moment de mesure	A déterminer par environnement de soins

³³ Les tâches du prestataire de soins qui fait office d'interlocuteur pour le patient (et sa famille):

- Interlocuteur du patient
- Membre de l'équipe multidisciplinaire de base
- Interlocuteur des membres de l'équipe multidisciplinaire
- Piloter efficacement et de manière efficiente les patients au travers du processus de soins
- Signaler les anomalies dans le déroulement du processus par rapport à son déroulement prévu
- Corriger les anomalies dans le déroulement prévu du processus
- Faire régulièrement le point avec le patient sur le point où il se trouve dans le processus de soins
- Veiller au respect du protocole
- Etre présent en cas de communication de mauvaises nouvelles
- Fixer les données de consultation dans le dossier de soins multidisciplinaire
- Fixer les étalons de mesure du processus et de ses résultats

ANNEXE 3: Structures importantes en première ligne

REMARQUE PREALABLE : Une cartographie des structures importantes de 1^{ère} ligne spécifiques à Bruxelles et à la Région Wallonne (maisons médicales, cercles de médecins généralistes, centres de santé mentale, ...) sera disponible en septembre 2011 sur le site Internet : www.patient-safety.be

- ***Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) -Initiative de collaboration des soins de santé de première ligne***

Une SEL est une initiative de collaboration organisée dans les soins de santé de première ligne. Cette initiative est une plate-forme de concertation qui rassemble différents partenaires des soins de santé de première ligne. La réglementation relative aux SEL ressortit à l'autorité flamande. (97) Les SEL sont reconnus sur la base d'une zone urbaine régionale (regionaal stedelijk gebied), tel que décrit dans le décret sur les régions de soins. Une SEL est investie de différentes missions, et notamment de l'élaboration et de la communication d'une carte sociale, de la formulation d'avis aux autorités flamandes et à la politique sociale locale, de l'organisation d'une formation multidisciplinaire et de toute une série d'autres tâches liées au plan de soins (électronique), ainsi que de l'organisation d'une concertation multidisciplinaire. Les SEL ont également des missions dans lesquelles l'accent est plus spécifiquement mis sur la collaboration transmurale, et notamment:

- L'élaboration et la conclusion d'accords de collaboration avec au moins les hôpitaux, centres d'hébergement et de soins, centres de soins de jour et centres de séjour de courte durée.
- Proposer un soutien dans le cadre de l'introduction des trajets de soins.

- ***Service intégré de Soins à Domicile (SISD)***

La réglementation relative au SISD ressort de la réglementation fédérale. (98) La région couverte par un SISD correspond à une région couverte par une SEL.

Outre le décret flamand relatif aux SEL, une réglementation fédérale stipule qu'un SISD doit veiller au suivi de l'information et au soutien du patient au travers de l'ensemble du processus de soins. Le SISD est également investi de la mission de promouvoir et d'optimiser l'échange d'informations et la collaboration entre les prestataires de soins et les fournisseurs de soins. Le SISD suit également l'organisation pratique de la concertation consacrée à l'organisation des soins aux patients en grande dépendance et prévoit une intervention financière pour les prestataires de soins qui participent à cette concertation. Il s'agit de patients qui nécessitent physiquement des soins importants pour l'instant. Très prochainement, les patients psychiatriques présentant une problématique complexe et à long terme seront également inclus.

- ***Plates-formes de concertation locales (PCL)***

Dans le cadre de la concrétisation des missions confiées aux SEL /SISD, il peut être fait appel aux plates-formes de concertation locales (PCL). Les PCL sont un prolongement des anciens SIT (samenwerkingsinitiatief in de thuiszorg – initiatives de collaboration de soins à domicile). La taille de ces PCL varie et couvre un nombre d'habitants pouvant aller de 25.000 à 110.000. Les représentants locaux des partenaires du SEL/ SISD font toujours partie des PCL qui rassemblent également les coordinateurs de concertation des soins de santé à domicile de la région. Ils se rencontrent, échangent des informations, organisent la concertation et organisent également au moins une fois par an une formation pour les différentes disciplines des soins de santé de première ligne.

- ***Réseau local multidisciplinaire (RLM)***

Les réseaux locaux multidisciplinaires (RLM) ont été créés dans le cadre des trajets de soins diabète et insuffisance rénale chronique (2009-2013). Les RLM sont une initiative des cercles des médecins généralistes et du service intégré de soins à domicile. En ce qui concerne le développement et le fonctionnement de chaque RLM, un promoteur de trajet de soins est désigné. La zone d'action du réseau local multidisciplinaire doit comprendre au moins un hôpital proposant une offre suffisante en soins spécialisés spécifiques aux trajets de soins. Le(s) cercle(s) des médecins généralistes local/locaux prend/prennent l'initiative d'élaborer un plan d'action sur 4 ans et invite(nt) le service intégré de soins à domicile à y participer. Les points d'action du RLM sont les suivants:

- Rassembler, mettre à jour et diffuser des informations concernant les soins aux patients liés par un contrat de trajet de soins et concernant les prestataires de soins et les organisations qui collaborent au niveau local aux trajets de soins (entre autres dresser la liste de tous les partenaires).
- Le soutien et la facilitation des initiatives locales en matière de diffusion d'informations aux prestataires de soins et aux patients qui participent à un contrat de trajet de soins (entre autres échange des 'bonnes pratiques' et expériences entre prestataires de soins; informations sur les services locaux proposés).
- Le soutien et la facilitation de la communication, le partenariat et la concertation locale entre les prestataires de soins qui collaborent aux trajets de soins (entre autres liste et approche des situations problématiques en vue d'assurer une qualité de soins optimale).
- La collecte d'informations sur le fonctionnement du réseau sur la base de paramètres et selon une méthode qui permet d'évaluer le fonctionnement du réseau.

ANNEXE 4 : La plate-forme eHealth et ses services de base

La plate-forme eHealth est une institution publique créée en 2008 dont l'objectif est de favoriser et de soutenir un échange de données électroniques sécurisées entre tous les acteurs du secteur des soins de santé belge:

- de promouvoir et de soutenir une prestation de services et un échange d'information mutuels électroniques bien organisés entre tous les acteurs des soins de santé.
- avec les garanties nécessaires en ce qui concerne la sécurité de l'information, la protection de la vie privée du patient et du prestataire de soins et le respect du secret médical.

La plate-forme eHealth met à disposition les éléments suivants pour permettre l'échange d'informations entre les acteurs de soins de santé:

- **Gestion des utilisateurs et de l'accès**
Sécurisation des applications (web) proposées aux prestataires de soins et aux patients.
- **Timestamping (datation électronique)**
Prescriptions électroniques au sein d'un hôpital.
- **Boîte aux lettres électronique**
Échange gratuit et sécurisé de données avec d'autres établissements ou prestataires de soins.
- **Cryptage end-to-end**
Échange sécurisé des données entre les acteurs du secteur des soins de santé.
- **Audit & logging**
Suivi de toutes les activités: qui, quoi, quand, et par l'utilisation de quelle application.
- **Codage et anonymisation**
Collecte de données à caractère personnel et/ou données médicales à des fins de recherche médicale.

- **Gestion des processus partiels (BPM)**

Réutilisation des processus/services existants des autorités; intégration de la plate-forme SOA eHealth.

- **Accès aux sources authentiques**

- Prestataires de soins
- Registre des professions de la santé
- Établissements de soins
- Registre national

ANNEXE 5 : L'analyse SWOT

L'analyse SWOT

Une analyse SWOT permet de faire le point sur un projet. En réfléchissant aux points faibles et aux points forts, aux opportunités et aux menaces, on obtient une bonne image de l'organisation et des points susceptibles d'y être améliorés.

L'analyse SWOT se compose de deux parties, une analyse interne et une analyse externe. Ensemble, ces deux analyses sont aussi appelées analyse situationnelle. L'analyse interne identifie les points forts et les points faibles (Strengths et Weaknesses) du projet. A ce niveau, on peut donc agir. L'analyse externe identifie les opportunités et les menaces (Opportunities et Threats). Ces facteurs sont extérieurs au projet et l'influence du projet sur ces facteurs ne peut donc être que partielle.

LISTE DE REFERENCES

1. Grone O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. *International Journal of Integrated Care*. 2001;1:e21.
2. Volksgezondheid WI. Nationale Gezondheidsenquête 2008.
3. Janssen F, Kunst AE. Cohort patterns in mortality trends among the elderly in seven European countries, 1950-99. *International journal of epidemiology*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2005 Oct;34(5):1149-59.
4. Pelfrene E. Ontgroening en vergrijzing in Vlaanderen 1990 - 2050: Verkenningen op basis van de NIS-bevolkingsvooruitzichten. 2005.
5. Beach C, Croskerry P, Shapiro M. Profiles in patient safety: emergency care transitions. *Acad Emerg Med*. [Case Reports Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2003 Apr;10(4):364-7.
6. Fortin M, Hudon C, Haggerty J, Akker M, Almirall J. Prevalence estimates of multimorbidity: a comparative study of two sources. *BMC Health Serv Res*. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2010;10:111.
7. Van der Lee JH, Mokkink LB, Grootenhuis MA, Heymans HS, Offringa M. Definitions and measurement of chronic health conditions in childhood: a systematic review. *Jama*. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2007 Jun 27;297(24):2741-51.
8. Zwarenstein M, Bryant W. Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Review]. 2000(2):CD000072.
9. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Skovlund SE, Snoek FJ, Matthews DR, et al. Patient and provider perceptions of care for diabetes: results of the cross-national DAWN Study. *Diabetologia*. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2006 Feb;49(2):279-88.
10. Fox NJ, Ward KJ, O'Rourke AJ. The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet. *Soc Sci Med*. 2005 Mar;60(6):1299-309.
11. Delgado A, Andres Lopez-Fernandez L, de Dios Luna J, Gil N, Jimenez M, Puga A. Patient expectations are not always the same. *J Epidemiol Community Health*. [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't Validation Studies]. 2008 May;62(5):427-34.
12. Wensing M. Evidence-based patient empowerment. *Qual Health Care*. [Comment Editorial]. 2000 Dec;9(4):200-1.

13. Craig C, Eby D, Whittington J. Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for People with Multiple Health and Social Needs. IHI Innovation Series. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. 2011.
14. Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care*. 2004 Aug;13(4):299-305.
15. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008 May-Jun;27(3):759-69.
16. Golden AG, Tewary S, Dang S, Roos BA. Care management's challenges and opportunities to reduce the rapid rehospitalization of frail community-dwelling older adults. *Gerontologist*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2010 Aug;50(4):451-8.
17. Helleso R, Lorensen M. Inter-organizational continuity of care and the electronic patient record: a concept development. *Int J Nurs Stud*. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2005 Sep;42(7):807-22.
18. Coleman EA, Parry C, Chalmers S, Min SJ. The care transitions intervention: results of a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2006 Sep 25;166(17):1822-8.
19. Yamada J. The birth of integration: explorative studies on the development and implementation of transmural care in the Netherlands, 1994 - 2000. *Int J Integr Care*. 2001(1).
20. National Council for Health Care (NRV) and the Council of Hospital Facilities (CvZ), 1995.
21. Van der Linden BA, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJ. Integration of care in The Netherlands: the development of transmural care since 1994. *Health Policy*. [Comparative Study]. 2001 Feb;55(2):111-20.
22. Vrijhoef H, Steuten L. Innovatieve zorgconcepten op een rij: disease management. *Tijdschrift voor geneeskunde*. 2005;83:305-8.
23. Shephard S et al. Discharge planning from the hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2010.
24. Hinnekint B. Bekend maakt bemind. Een brug slaan tussen thuiszorg en de institutionele zorg. *Denkbeeld*. 2011.
25. Rosendal H. Ketenzorg voor chronische ziekten: mode of must? . Lectorale rede. [Lectorale rede]. 2006.

26. Hains IM, Marks A, Georgiou A, Westbrook JI. Non-emergency patient transport: what are the quality and safety issues? A systematic review. *Int J Qual Health Care*. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2011 Feb;23(1):68-75.
27. Sermeus W, Vleugels A, Vanhaecht K, et al. Onderzoek naar de toekomst van de transmurale zorgpaden. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. 2009.
28. Pritchard P, Hughes J. Shared care: the future imperative? Royal Society of Medicine Press 1995.
29. Fairfield G, Hunter DJ, Mechanic D, Rosleff F. Implications of managed care for health systems, clinicians, and patients. *Bmj*. 1997 Jun 28;314(7098):1895-8.
30. Bodenheimer T. Disease management in the American market. *Bmj*. [Review]. 2000 Feb 26;320(7234):563-6.
31. H F. Patient navigation: a community-based strategy to reduce cancer disparities. *Journal of Urban Health*. 2006;83(2):139-41.
32. Shepperd S et al. Admission avoidance hospital at home. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2008.
33. Spreeuwenberg C, Pop P. Handbook transmural care. Elsevier Healthcare Maarssen, The Netherlands. 2000:17-35.
34. Nederlandse Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Redesign van de eerstelijns in transmuraal perspectief. Zoetermeer, 1998.
35. Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Wistow G. Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. *Health Policy*. 2003 Sep;65(3):227-41.
36. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Grol R. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. [Meta-Analysis]. 2005 Apr;17(2):141-6.
37. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA*. 2002;288:1775-9.
38. Bodenheimer T, Wagner E, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, part 2. *JAMA*. 2002;288:1909-14.
39. INK. Ketenmanagement. Lectorale rede van Rosendal H. 2005.

40. NIVEL.
41. Van der Linden BA, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJ. Academy for Health Services Research and Health Policy. 2000.
42. Borgermans L, Goderis G, Van Den Broeke C, Verbeke G, Carbonez A, Ivanova A, et al. Interdisciplinary diabetes care teams operating on the interface between primary and specialty care are associated with improved outcomes of care: findings from the Leuven Diabetes Project. BMC Health Serv Res. [Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2009;9:179.
43. Harris MF, Giles A, O'Toole BI. Communication across the divide. A trial of structured communication between general practice and emergency departments. Aust Fam Physician. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2002 Feb;31(2):197-200.
44. Rosendal H ea. Is transmural care beneficial for patients with diabetes mellitus type II, treated with insulin? . Annu Meet Int Soc Technol Assess Health Care 1998;14.
45. Smith S, Bury G, O'Leary M, Shannon W, Tynan A, Staines A, et al. The North Dublin randomized controlled trial of structured diabetes shared care. Fam Pract. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial]. 2004 Feb;21(1):39-45.
46. Jenkins K, Kirk M. Heart failure and chronic kidney disease: an integrated care approach. J Ren Care. [Review]. 2010 May;36 Suppl 1:127-35.
47. Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Spreeuwenberg C. Effects on quality of care for patients with NIDDM or COPD when the specialised nurse has a central role: a literature review. Patient Educ Couns. [Review]. 2000 Oct-Nov;41(3):243-50.
48. Rea H, McAuley S, Stewart A, Lamont C, Roseman P, Didsbury P. A chronic disease management programme can reduce days in hospital for patients with chronic obstructive pulmonary disease. Intern Med J. [Clinical Trial Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2004 Nov;34(11):608-14.
49. Drummond N AM, Buckingham JK et. al. Integrated care for asthma: a clinical, social, and economic evaluation. Grampian Asthma Study of Integrated Care (GRASSIC). Bmj. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1994 Feb 26;308(6928):559-64.
50. Doughty RN, Wright SP, Pearl A, Walsh HJ, Muncaster S, Whalley GA, et al. Randomized, controlled trial of integrated heart failure management: The Auckland Heart Failure Management Study. Eur Heart J. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2002 Jan;23(2):139-46.

51. Molassiotis A, Brearley S, Saunders M, Craven O, Wardley A, Farrell C, et al. Effectiveness of a home care nursing program in the symptom management of patients with colorectal and breast cancer receiving oral chemotherapy: a randomized, controlled trial. *J Clin Oncol*. [Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2009 Dec 20;27(36):6191-8.
52. Smeenk FW, de Witte LP, Nooyen IW, Crebolder HF. Effects of transmural care on coordination and continuity of care. *Patient Educ Couns*. [Clinical Trial Controlled Clinical Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2000 Aug;41(1):73-81.
53. Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zuccala G, Mor V, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *Bmj*. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1998 May 2;316(7141):1348-51.
54. Bloemen-Vrencken JH, de Witte LP, Engels JP, van den Heuvel WJ, Post MW. Transmural care in the rehabilitation sector: implementation experiences with a transmural care model for people with spinal cord injury. *Int J Integr Care*. 2005;5:e02.
55. Pollard LC, Graves H, Scott DL, Kingsley GH, Lempp H. Perceived barriers to integrated care in rheumatoid arthritis: views of recipients and providers of care in an inner-city setting. *BMC Musculoskelet Disord*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2011;12:19.
56. Jansen DE, Krol B, Groothoff JW, Post D. Evaluation of a transmural care model for multiple sclerosis patients. *J Neurosci Nurs*. [Controlled Clinical Trial Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2006 Oct;38(5):384-9.
57. Van Exel J, Koopmanschap MA, Van Wijngaarden JD, Scholte Op Reimer WJ. Costs of stroke and stroke services: Determinants of patient costs and a comparison of costs of regular care and care organised in stroke services. *Cost Eff Resour Alloc*. 2003 Feb 26;1(1):2.
58. Neelemaat F, Thijs A, Seidell JC, Bosmans JE, van Bokhorst-de van der Schueren MA. Study protocol: cost-effectiveness of transmural nutritional support in malnourished elderly patients in comparison with usual care. *Nutr J*. [Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2010;9:6.
59. Van Gils RF, Van der Valk PG, Bruynzeel D, Coenraads PJ, Boot CR, Van Mechelen W, et al. Integrated, multidisciplinary care for hand eczema: design of a randomized controlled trial and cost-effectiveness study. *BMC Public Health*. [Multicenter Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2009;9:438.

60. Smeenk FW, de Witte LP, van Haastregt JC, Schipper RM, Biezemans HP, Crebolder HF. Transmural care of terminal cancer patients: effects on the quality of life of direct caregivers. *Nurs Res.* [Clinical Trial Controlled Clinical Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1998 May-Jun;47(3):129-36.
61. Swindle RW, Rao JK, Helmy A, Plue L, Zhou XH, Eckert GJ, et al. Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression. *Int J Psychiatry Med.* [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S.]. 2003;33(1):17-37.
62. Katon W, Rutter C, Ludman EJ, Von Korff M, Lin E, Simon G, et al. A randomized trial of relapse prevention of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry.* [Clinical Trial Comparative Study Randomized Controlled Trial Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2001 Mar;58(3):241-7.
63. Jewkes F. Prehospital management of the acutely ill child. *Arch Dis Child.* 2006 Jun;91(6):462-4.
64. Vargas RB, Cunningham WE. Evolving trends in medical care-coordination for patients with HIV and AIDS. *Curr HIV/AIDS Rep.* [Review]. 2006 Nov;3(4):149-53.
65. Byng R, Jones R, Leese M, Hamilton B, McCrone P, Craig T. Exploratory cluster randomised controlled trial of shared care development for long-term mental illness. *Br J Gen Pract.* [Clinical Trial Multicenter Study Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2004 Apr;54(501):259-66.
66. Van Servellen G, Fongwa M, Mockus D'Errico E. Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. *Nurs Health Sci.* [Review]. 2006 Sep;8(3):185-95.
67. Wood K, Anderson J. The effect on hospital admissions of psychiatric case management involving general practitioners: preliminary results. *Aust N Z J Psychiatry.* [Clinical Trial Comparative Study Controlled Clinical Trial]. 1995 Jun;29(2):223-9.
68. Ackroyd-Stolarz S, Read Guernsey J, Mackinnon NJ, Kovacs G. The association between a prolonged stay in the emergency department and adverse events in older patients admitted to hospital: a retrospective cohort study. *BMJ Qual Saf.* 2011 Jul;20(7):564-9.
69. Van Weel C, Schellevis FG. Comorbidity and guidelines: conflicting interests. *Lancet.* 2006 Feb 18;367(9510):550-1.
70. Legare F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, et al. Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev.* [Meta-Analysis Review]. 2010(5):CD006732.

71. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. [Review]. 2008(1):CD002213.
72. Bodenheimer T. Coordinating care--a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med*. 2008 Mar 6;358(10):1064-71.
73. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Does sharing care across the primary-specialty interface improve outcomes in chronic disease? A systematic review. *Am J Manag Care*. [Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2008 Apr;14(4):213-24.
74. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Does sharing care across the primary-specialty interface improve outcomes in chronic disease? A systematic review. *Am J Manag Care*. [Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2008 Apr;14(4):213-24.
75. Rosendal H, Van Beekum WT, Van der Linden, Schrijvers AJP. De effectiviteit van transmurale zorg; een literatuurstudie naar de stand van zaken in Nederland. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*. 2000;78:426-39.
76. Berendsen A, Schuling J, Meyboom-De Jong B. Hospital care at home; a review of the literature on the effects of a form of transmural care. . *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*. 2002;146(48):2303-8.
77. Struijs J, Westert G, Baan C. Effectevaluatie van transmurale diabeteszorg in Nederland. RIVM rapport 260402001. 2004.
78. Powell Davies PG, Harris MF, Comino E, Bolton P, Fridgant Y, Betbeder-Matibet L, Mira M, MacDonald J. Integration of general practitioners with hospitals and community health services: summary report. . Sydney, Centre for General Practice Integration Studies, School of Community Medicine, UNSW 1997.
79. Rosendal H, Vondeling H, De Witte LP, Hutubessy RCW, Heine RJ. Het instellen op insuline van patienten met diabetes mellitus type 2: in een transmurale organisatievorm minstens even effectief als poliklinisch; een retrospectief onderzoek met 4 jaar follow-up. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2002;4(146):166-71.
80. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. [Editorial]. 1998 Aug-Sep;1(1):2-4.
81. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv*. [Evaluation Studies Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2001 Feb;27(2):63-80.

82. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)*. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 2001 Nov-Dec;20(6):64-78.
83. Wagner EH. The Chronic Care Model. 2003. Available <http://www.improvingchroniccare.org>.
84. Grol RP, Bosch MC, Hulscher ME, Eccles MP, Wensing M. Planning and studying improvement in patient care: the use of theoretical perspectives. *Milbank Q*. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. 2007;85(1):93-138.
85. Provan KG, Nakama L, Veazie MA, Teufel-Shone NI, Huddleston C. Building community capacity around chronic disease services through a collaborative interorganizational network. *Health Educ Behav*. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. 2003 Dec;30(6):646-62.
86. Phelps R, Adams R, Bessant J. Life cycles of growing organizations: A review with implications for knowledge and learning. *Int J Manage Rev*. 2007;9:1-30.
87. Van Wijngaarden JD, De Bont AA, Huijsman R. Learning to cross boundaries: the integration of a health network to deliver seamless care. *Health Policy*. 2006 Dec;79(2-3):203-13.
88. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, R. G. Integrated care programs for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Qual Health Care* 2005;17:141-6.
89. Het CBO is sinds november 2010 een dochteronderneming van TNO Management Consultants.
90. Minkman MM, Ahaus KT, Huijsman R. A four phase development model for integrated care services in the Netherlands. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:42.
91. Minkman M, Ahaus K, Huijsman R. Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care / ISQua*. [Review]. 2007 Apr;19(2):90-104.
92. Shojania KG, McDonald KM, Wachter RM, Owens DK. Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies (Vol. 1: Series Overview and Methodology). Rockville (MD)2004.
93. Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality & safety in health care*. 2002 Dec;11(4):358-64.

94. Universitair Medisch Centrum Maastricht UMCN. Vragenlijst Generieke Ketenindicatoren. Rand-Modified Delphi procedure. Zon MW project. 2009.
95. Tsai A, Morton, S., Mangione, C., Keeler, E. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care*. 2005;11:478-88.
96. Zwar N, Harris M, Griffiths R, Roland M, Dennis S, Powell D, Hassan I. A systematic review of chronic disease management. The University of New South Wales. Australian Primary Health Care Research Institute: Sydney, 2006.
97. Besluit van de Vlaamse Regering van 19 december 2008 betreffende de Samenwerkingsinitiatieven eerstelijnsgezondheidszorg
98. Koninklijk Besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.