

La coordination et la communication dans le cadre d'une hospitalisation
à domicile : revue de littérature et analyse mixte du terrain

Mémoire recherche

Mémoire réalisé par
Eline Demuynck

Promoteur
François Roucoux

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

La coordination et la communication dans le cadre d'une hospitalisation
à domicile : revue de littérature et analyse mixte du terrain

Mémoire recherche

Mémoire réalisé par
Eline Demuynck

Promoteur
François Roucoux

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

*La réalisation de ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'aide et le soutien
de plusieurs personnes.*

*Je tiens tout d'abord à remercier mon promoteur, Monsieur François Roucoux,
pour son encadrement ainsi que pour ses précieux conseils.*

*Je remercie également le professeur Jean Macq et Monsieur Gauthier Coupé,
pour avoir accepté d'être lecteurs de ce mémoire.*

*J'adresse mes remerciements les plus sincères à Madame Ségolène de Rouffignac,
pour ses nombreuses recommandations.*

*Je souhaite à nouveau remercier tous les professionnels de la santé
qui ont contribué à ma recherche.*

*Enfin, je remercie ma famille et mes amies
pour leur aide et leur disponibilité.*

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université Catholique de Louvain.

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE.....	7
PARTIE THÉORIQUE	9
1. Introduction.....	9
2. Méthodologie de la recherche de littérature.....	9
3. Cadre conceptuel.....	10
Chapitre 1 : L'organisation hospitalière belge	10
A. Description générale	10
B. L'organisation interne d'un hôpital	11
C. Changement d'idéologie	13
D. Nouveau modèle des soins de santé.....	15
Chapitre 2 : La coordination et la communication au sein d'un hôpital.....	17
A. La coordination	17
B. La communication	20
C. Les outils de communication et de coordination	21
Les itinéraires cliniques.....	21
Le dossier patient	24
Les réseaux de santé ou e-health.....	26
Les applications connectées ou m-health.....	28
D. L'interopérabilité	29
Chapitre 3 : L'hospitalisation à domicile (HAD)	30
A. Historique.....	30
1. Création du concept : quoi ?.....	30
2. En Belgique.....	31
B. Conditions/critères d'admission : qui ? pour qui ?.....	32
C. Organisation de l'HAD	32
D. Financement : comment ?	34
E. Avantages & inconvénients	35
1. Avantages.....	35
2. Inconvénients	37
F. Facteurs & freins de développement	38
1. Facteurs de développement :.....	38
2. Freins :	39

G.	Quelques chiffres	39
H.	L'HAD dans le monde	40
1.	France.....	41
2.	Australie	42
I.	L'exemple du CHwapi.....	42
1.	Création :.....	42
2.	Critères d'éligibilité :	42
3.	Organisation	43
4.	Quelques chiffres	43
	Chapitre 4 : Conclusion de la partie théorique	45
	PARTIE PRATIQUE	46
	Chapitre 1 : Méthodologie	46
A.	Choix du type d'étude utilisée	46
B.	Dispositif de recueil d'informations	46
	Stratégie.....	46
	Échantillon	48
	Instruments	49
C.	Choix des méthodes de traitement, d'analyse et de validation des informations ..	50
	Analyse qualitative	50
	Analyse quantitative	52
D.	Calendrier.....	52
	Chapitre 2 : Résultats.....	53
A.	Présentation des échantillons	53
B.	Tableau récapitulatif	53
C.	Présentation des données	54
	Synthèse des résultats des entretiens réalisés auprès des coordinateurs HAD	54
	Synthèse des résultats des entretiens réalisés auprès des professionnels de la santé de première ligne.....	60
	Comparaison entre les deux échantillons	64
	Synthèse des résultats quantitatifs	66
	Chapitre 3 : Discussion.....	78
A.	Analyse des résultats.....	78
B.	Perspectives d'avenir	82
C.	Limites du travail	85
	Limites liées à l'accès aux données.....	85

Limites d'ordre technique	86
Limites propres au chercheur	87
Conclusion générale	89
Bibliographie	91
Annexes.....	104
Annexe 1 – Les 12 projets sélectionnés.....	104
Annexe 2 – Recommandations KCE :.....	107
Annexe 3 – Procédure d'inclusion du CHwapi	110
Annexe 4 – Enquête de satisfaction patient.....	110
Annexe 5 – Enquête de satisfaction partenaire.....	110
Annexe 6 – Résultats enquêtes de satisfaction	110
Annexe 7 – Questionnaire quantitatif.....	111
Annexe 8 – Mail : exemple type.....	115
Annexe 9 – Résultats quantitatifs	116
Annexe 10 – Guide d'entretien vierge.....	118
Annexe 11 – Entretien numéro 1, infirmier coordinateur du CHwapi	119
Annexe 12 – Entretien numéro 2, infirmier coordinateur du GHDC	119
Annexe 13 – Entretien numéro 3, coordinatrice HAD aux CUSL	119
Annexe 14 – Entretien numéro 4, coordinatrice HAD au CHR	119
Annexe 15 – Entretien numéro 5, infirmier coordinateur HAD du CHC.....	119
Annexe 16 – Entretien numéro 6, infirmière coordinatrice à domicile AREMIS	119
Annexe 17 – Entretien numéro 7, infirmière à domicile à l'IMSTAM	119
Annexe 18 – Entretien numéro 8, infirmière à domicile indépendante.....	119
Annexe 19 – Entretien numéro 9, infirmière chef de la MRS Le Val Brunehaut	119
Annexe 20 – Résultats des entretiens avec les coordinateurs HAD	120
Annexe 21 – Résultats des entretiens avec les acteurs de soins de première ligne	139
Annexe 22 – Programme congrès GHDC	151
Annexe 23 – Attestation de participation	151

Liste des figures

Figure 1 - Le modèle « patient partenaire » et ses prédécesseurs.....	15
Figure 2 - Les différents niveaux de coordination	18
Figure 3 - Représentation des 5 réseaux de santé belges	27
Figure 4 - Les bénéfices d'un standard de communication	30
Figure 5 - Avantages de l'HAD cités par le patient	36
Figure 6 - Avantages de l'HAD cités par l'entourage.....	36
Figure 7 - Inconvénients de l'HAD cités par le patient.....	38
Figure 8 - Inconvénients de l'HAD cités par l'entourage	38
Figure 9 - Développement de l'HAD dans le monde	40
Figure 10 - Fonctionnement HAD	83

Liste des tableaux

Tableau 1 - Changement de paradigme progressif dans le modèle de soins	16
Tableau 2 - Chiffres projet pilote CHwapi.....	44
Tableau 3 - Calendrier.....	52
Tableau 4 - Données sociodémographiques des échantillons	53
Tableau 5 - Catégorisation des données qualitatives en unités d'analyse	53
Tableau 6 - Résumé des données des échantillons.....	64

Liste des abréviations

BMUC : Belgian Meaningful Use Criteria

CHC : Centre Hospitalier Chrétien

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHwapi : Centre Hospitalier de wallonie picarde

CNEH : Conseil National belge des Établissements Hospitaliers

CUSL : Cliniques Universitaires Saint-Luc

DI-RHM : Données Infirmières – Résumé Hospitalier Minimum

DPI : Dossier Patient Informatisé

EPR : Electronic Patient Record

FHIR : Fast Health Interoperability Resources

FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile

GHDC : Grand Hôpital De Charleroi

HAD : Hospitalisation à Domicile

HCP : Health Consumer Powerhouse

HL7 : Health Level 7

IC : Itinéraire Clinique

IS : Itinéraire de Soins

ISO : Organisation internationale de normalisation

IHP : Initiative d'Habitation Protégée

MAHA : Model for Automatic Hospital Analyses

MR : Maison de Repos

MRS : Maison de Repos et de Soins

RCM : Résumé Clinique Minimum

RFM : Résumé Financier Minimum

RHM : Résumé Hospitalier Minimum

SNOMED CT : Systematized NOmenclature of Medicine Clinical Terms

SHAD : Soins Hospitaliers A Domicile

TIC : Technologies de l'information et de la communication

INTRODUCTION GENERALE

Le monde hospitalier est en constante évolution, tant au niveau des soins et des techniques que de sa structure. Ces dernières années, plusieurs changements significatifs ont eu lieu : les différentes collaborations entre hôpitaux, la réduction des durées de séjour, la refonte du système de financement ... et d'autres encore à venir.

Dans cette continuité, Madame Maggie De Block, Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, a mis en place une série de réformes, notamment celle du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux. La raison de la mise en place de celle-ci s'explique à l'aide de deux constats.

Tout d'abord, notre système de soins de santé doit faire face à de nombreux défis : l'évolution rapide des technologies médicales et des traitements personnalisés, l'augmentation du nombre de personnes âgées et de personnes atteintes de pathologies chroniques, la diminution du rapport entre les personnes en âge de travailler et celles qui ne le sont pas, etc. Ces défis entraînent une augmentation de la pression économique sur le système et une pénurie en personnel soignant (Debande, 2011). En second lieu, d'après l'étude MAHA (Model for Automatic Hospital Analyses) de 2014 réalisé par Belfius (p.7), « *le nombre d'institutions [en Belgique] à enregistrer un résultat d'exploitation négatif passe à 40 sur 92, contre 28 institutions en 2012* ». Pour ces raisons et pour éviter que des hôpitaux ne ferment leurs portes pour causes financières, cette réforme est jugée nécessaire.

Étant donné l'évolution constante des besoins en matière de soins de santé des patients, un des objectifs de cette réforme est « *de miser avant tout sur des stratégies qui permettent d'affecter les moyens d'une manière plus intelligente, de créer plus de valeur avec les budgets disponibles (value based care). Ceci passe par une réorganisation du paysage des soins de santé, en accordant une place plus large aux soins transmuraux et en mettant plus en avant les soins de première de ligne afin de pouvoir éviter des (ré) hospitalisations, et par une réorientation du rôle des hôpitaux* » (De Block, 2015, p.12). Les hôpitaux devront opter pour de nouveaux paradigmes, tels qu'intégrer leurs activités avec celles d'autres secteurs de soins et préférer l'hospitalisation de jour, voire l'hospitalisation à domicile (HAD), à l'hospitalisation classique. En effet, « *les progrès technologiques en matière de soins de santé sont tels que certains soins jadis réservés au milieu hospitalier peuvent désormais être pratiqués dans des structures*

ambulatoires, voire carrément au domicile du patient. Ceci a facilité l'émergence, au cours de cette dernière décennie, de nouveaux modèles de soins qui voient s'estomper les murs de l'hôpital aigu » (KCE, 2015, p.6). L'hospitalisation à domicile s'inscrit dans cette optique.

En raison de son aspect avant-gardiste, prometteur et innovant, nous avons voulu nous intéresser à ce sujet. En effet, en Belgique, l'hospitalisation à domicile, contrairement à d'autres pays, est un concept récent qui commence à se développer à l'aide de projets pilotes.

De plus, nous verrons également que, dans le contexte actuel, les technologies de l'information et de la communication (TIC) sont de plus en plus présentes et utilisées dans le secteur hospitalier. Le concept de l'e-santé est la représentation de leur utilisation. Un plan d'action e-santé a d'ailleurs été élaboré et revu en 2015 par notre gouvernement. Son but est de faciliter la collaboration interprofessionnelle caractérisée, entre autres, par la coordination et la communication.

Étant donné que la communication est un outil de coordination et que les TIC sont l'« *ensemble des techniques et des équipements informatiques permettant de communiquer à distance par voie électronique* » (Larousse, n.d), il nous a semblé pertinent d'étudier ces aspects dans le cadre d'une hospitalisation à domicile.

De ce fait, suite à plusieurs questionnements et réflexions, une question de recherche s'est imposée :

Comment garantir une communication et une coordination efficaces entre toutes les personnes intervenant dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ?

L'objectif de cette étude est d'essayer de savoir si les itinéraires cliniques, informatisés ou non, et/ou les TIC peuvent améliorer voire garantir la communication et la coordination entre l'ensemble des intervenants qui gravitent autour du patient en hospitalisation à domicile.

PARTIE THÉORIQUE

1. Introduction

La première partie de ce mémoire permet d'expliquer certains concepts en lien direct avec notre question de recherche. Cette explication se décline en quatre chapitres.

Dans le premier chapitre, nous expliquerons le contexte actuel du système de soins de santé et du secteur hospitalier afin de mieux appréhender le milieu dans lequel nous allons progresser.

Nous nous attarderons plus spécifiquement, dans le deuxième chapitre, sur deux caractéristiques essentielles de la collaboration professionnelle : la coordination et la communication. Nous développerons également les différents outils de communication et de coordination possibles.

Dans le troisième chapitre, nous nous intéresserons plus précisément à l'hospitalisation à domicile, sujet encore très récent en Belgique et qui s'inscrit dans le nouveau modèle des soins de santé.

Nous terminerons enfin cette partie par un chapitre de conclusion.

2. Méthodologie de la recherche de littérature

Une revue de la littérature nous a permis de mieux appréhender le contexte dans lequel nous nous trouvons et de mieux comprendre certains concepts afin de pouvoir répondre à notre problématique. Elle a également permis d'étayer notre partie pratique.

Dans un premier temps, le moteur de recherche « Google » a permis de cerner le contexte politique et les raisons de la mise en place de l'hospitalisation à domicile via des sites tels que www.deblock.belgium.be, www.kce.fgov.be, www.health.belgium.be et www.has-sante.fr. Par la suite, le moteur de recherche « Google Scholar » a donné un premier aperçu de la problématique et a orienté la suite de la recherche documentaire.

Dans un second temps, différentes bases de données, dédiées spécifiquement à la littérature scientifique, ont été utilisées afin de réaliser une recherche plus pertinente. Nous avons exploité le proxy de la base de données de la bibliothèque virtuelle de l'Université Catholique de Louvain, nommée Libellule. Il s'agit donc des sites Medline (via l'interface Pubmed), Cairn,

Cochrane et Science Direct. Ils ont comme domaines, entre autres, les sciences de la santé et les sciences économiques et de gestion.

La base de données Medline utilise un thésaurus MeSH (Medical Subject Headings) pour classer ses articles. Il nous a donc semblé opportun d'effectuer notre recherche à l'aide de cette nomenclature afin de recueillir des sources pertinentes. Les mots-clés retenus sont donc *Home Care, Hospital at home, home hospitalization, care coordination, communication, clinical pathway, care pathway, healthcare processes, information and communication technologies, electronic patient record*.

3. Cadre conceptuel

Chapitre 1 : L'organisation hospitalière belge

Afin de mieux comprendre la suite de ce mémoire, nous devons tout d'abord commencer par connaître et comprendre notre système de soins de santé belge.

A. Description générale

En Belgique, nous avons 193 hôpitaux classés en deux catégories : les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques. Parmi les 127 hôpitaux généraux, quinze sont spécialisés, huit sont dédiés à la gériatrie et sept sont universitaires (Lorant, 2016 ; SPF Santé Publique, 2016).

Selon le Moniteur Belge, « *sont considérés comme hôpitaux, les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des (patients) qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais* » (2008).

Un hôpital général accueille les patients aussi bien le jour que la nuit afin de leur fournir une aide médicale spécialisée. Plusieurs types de services sont présents : chirurgie, médecine interne, urgences, maternité, chirurgie...

Un hôpital psychiatrique prend en charge des patients atteints de troubles psychiatriques graves. Il peut également proposer un traitement de jour ou une consultation polyclinique et prendre part à la création et à l'organisation d'habitations protégées (IHP).

Un hôpital spécialisé dispense des soins spécifiques à une patientèle bien définie et est donc plus petit.

En plus de répondre à la définition d'hôpital général, un hôpital universitaire a pour mission « *de contribuer à la formation des médecins et des infirmiers, d'être actif dans le domaine de la recherche scientifique, de participer au développement de nouvelles technologies* » (Crommelynck et al., 2013, p.3). De plus, il est rattaché à une université qui possède une faculté de médecine offrant un cursus complet.

La majorité du parc hospitalier belge (environ 70 %) est pris en charge par le secteur privé mais reste une Association Sans But Lucratif (ASBL). Les 30 % restants ont comme pouvoir organisateur des collectivités locales (Ex. : CPAS) (Lorant, 2016).

De plus, l'organisation hospitalière belge se définit selon trois axes : l'agrément, la programmation et le financement (SPF, 2014). Pour qu'un hôpital puisse exister légalement, il doit obtenir un agrément. Pour cela, il doit répondre à certaines normes définies par les entités fédérées.

Une institution hospitalière doit également répondre à des normes de programmation. Ces dernières ont pour but une normalisation qualitative. Cela permet aux pouvoirs publics d'orienter et d'encadrer l'évolution du secteur hospitalier (Hallet, 2017).

Cette évolution engendre une tendance à réduire le nombre de lits hospitaliers tout en augmentant le volume des soins et la collaboration avec les soins de première ligne. En effet, depuis 1982, un moratoire a été mis en place afin de limiter le nombre de lits hospitaliers. Nous pouvons d'ailleurs observer une diminution sur les 10 dernières années. De 2006 à 2016, le nombre de lits par 1000 personnes est passé de 6,70 à 6,14 en Belgique (OCDE, 2018). C'est plus élevé que la moyenne du nombre de lits européens qui s'élève à 5,3 pour 1000 habitants (Index Mundi, données de 2012).

B. L'organisation interne d'un hôpital

La médecine a énormément évolué au fil des années menant à une complexité des soins et à une hyperspécialisation de la médecine renforcée par le développement de la technologie et par un processus de différenciation des activités médicales (Pinell, 2005 ; Boinet & Pierru, 2010).

Cela entraîne la formation d'une organisation en trois silos : administratif, médical et infirmier (Hallet, 2017).

De ce fait, lorsque nous analysons l'organisation interne des hôpitaux, nous pouvons constater qu'elle se rapproche d'une configuration hybride (Nizet & Pichault, 2007). En effet, un établissement hospitalier est essentiellement composé d'un côté administratif et d'un côté médical qui allient une configuration bureaucratique avec une configuration professionnelle. Alors que le premier type de configuration sera davantage présent au sein des départements plus administratifs de l'établissement hospitalier, la configuration professionnelle se retrouvera essentiellement au sein des départements cliniques dudit hôpital, qui requièrent une expertise et des qualifications plus particulières.

La configuration professionnelle désigne des organisations focalisées sur les buts de mission portés par les opérateurs, tels que la qualité des soins, l'accueil des patients... La division du travail est faible sur la dimension verticale et forte sur la dimension horizontale. Cela veut donc dire que ce sont des opérateurs très qualifiés qui ont une grande autonomie dans leur travail mais dont le nombre de tâches est peu élevé en raison de leur spécialisation. La différenciation des unités est forte sur la dimension horizontale car il y a un grand nombre de services de soins et donc d'unités. La liaison entre celles-ci repose essentiellement sur des mécanismes interpersonnels. Enfin, ce type de configuration évolue sur un marché stable, c'est-à-dire prévisible, et complexe, c'est-à-dire qu'il nécessite des opérateurs très qualifiés.

Contrairement au type de configuration précédente, la configuration bureaucratique désigne des organisations vieilles et de grandes tailles, focalisées sur les buts de système, tels que l'efficacité, la croissance... Sa structure est fortement divisée horizontalement et verticalement, c'est-à-dire que les travailleurs ne participent pas à la conception de leur travail et ont un ensemble de tâches limité. Cela implique un ensemble d'opérateurs faiblement qualifiés. Le mécanisme de liaison entre les unités repose sur la formalisation. Cette configuration évolue sur un marché stable mais simple.

Ces silos organisationnels (administration, soignant, médical) et ces caractéristiques ont plutôt tendance à avoir une vue verticale de la situation du patient au lieu d'une vue plutôt transversale, plus favorable.

C. Changement d'idéologie

De plus en plus, dans l'environnement hospitalier d'aujourd'hui, nous parlons de l'importance des soins intégrés et de la collaboration interprofessionnelle. De quoi s'agit-il exactement ?

La collaboration interprofessionnelle est « *un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci* » (Baggs & Schmitt, 2007, as cited in Karam & Macq, 2014, p.2).

La responsabilité partagée, la coordination, la communication, la coopération, l'assurance, l'autonomie, le respect et la confiance mutuelle font partie des composantes de celle-ci (Way, Jones & Busing, 2000).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, on entend par soins intégrés « *la gestion et la prestation de services sanitaires de qualité et sûrs permettant à la population de bénéficier d'un ensemble de services suivis allant de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie, au diagnostic, au traitement et à la prise en charge de la maladie, ainsi qu'à la réadaptation et aux soins palliatifs, aux différents niveaux et sur les différents lieux de soins dans le cadre du système de santé. Ces services doivent être d'un coût abordable, accessibles, disponibles et acceptables pour ceux auxquels ils sont destinés.* » (n.d)

Nous pouvons donc faire un lien entre ces deux concepts. La collaboration interprofessionnelle avec l'ensemble de ses caractéristiques est nécessaire à la mise en place de soins intégrés. En effet, « *patient care has changed from individual consultation to multiprofessional teamwork and this usually involves many health care providers. Consequently, optimal collaboration and coordination between professionals in the delivery of integrated care have become essential requirement for the provision of high-quality care* » (Ouwens et al, 2005, as cited in Karam & Macq, 2014, p.3). Cela afin d'obtenir des soins moins individualistes et réellement centrés sur le patient. Ce qui correspond au nouveau modèle des soins de santé auquel nous voulons nous rapprocher aujourd'hui.

De plus, notons également un autre changement : le plan e-santé. En quoi cela consiste-t-il ?

Il a été créé en 2012 sur base d'une initiative politique et en concertation avec les prestataires de soins, les mutualités, les autorités fédérales, régionales et communautaires, les associations de patients et l'industrie IT (Information Technology). Son but est d'informatiser les soins de

santé. Ce plan d'action dressé pour la période de 2013 à 2018 a été revu en 2015 et a abouti à un plan d'action e-santé de 2015 à 2018.

Ce dernier comprend 20 points d'action (e-santé, n.d) :

- 1) Dossier Médical Global (DMG) = Dossier Médical Informatisé (DMI) => Summarized Electronic Health Record (SUMHER) ;
- 2) Dossier Patient Informatisé (DPI) hospitalier ;
- 3) Schéma de médication ;
- 4) Prescription électronique ;
- 5) Partager les données via le système Hub & metahub pour les hôpitaux généraux et universitaires ;
- 6) Partager afin de collaborer ;
- 7) Établissements psychiatriques et autres et système hubs & metahub ;
- 8) Instauration d'un Instrument d'Évaluation uniforme (BelRAI) ;
- 9) Incitants à l'utilisation ;
- 10) Accès aux données pour le patient (EPR) ;
- 11) Communication ;
- 12) Formation et soutien ICT des dispensateurs de soins ;
- 13) Standards et politique de terminologie ;
- 14) MyCarenet ;
- 15) Simplification administrative ;
- 16) Traçabilité des implants et des médicaments ;
- 17) Utilisation généralisée de la eHealthbox et des données des dispensateurs de soins disponibles dans CoBRHA ;
- 18) Inventaire et consolidation des registres ;
- 19) Mobile Health ;
- 20) Gouvernance, implémentation et monitoring e-santé.

Plus précisément, « *l'e-santé préconise l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) — et plus spécifiquement, de la technologie web — pour soutenir les soins de santé ou les améliorer* » (INAMI, n.d). Mais également, « *pour que les soins au patient se déroulent de la manière la plus efficiente et la plus efficace possible* » (e-santé, n.d). Comment ? En ayant immédiatement accès à une information correcte. Cela est possible grâce à ce système qui se décline de différentes manières : Internet, appareils mobiles, applications... Leurs avantages sont décrits dans la partie suivante de ce mémoire.

L'e-santé se définit par son utilisation et est en constante évolution. Il est donc difficile de lui donner une définition statique. Le professeur Eysenbach a tout de même essayé de la définir le plus adéquatement possible : « *e-health is an emerging field in the intersection of medical informatics, public health and business, referring to health services and information delivered or enhanced through the Internet and related technologies. In a broader sense, the term characterizes not only a technical development, but also a state-of-mind, a way of thinking, an attitude, and a commitment for networked, global thinking, to improve healthcare locally, regionally, and worldwide by using information and communication technology* » (2001, p.4).

D. Nouveau modèle des soins de santé

Nous pouvons constater dans la littérature que nous voulons tendre vers un nouveau modèle de soins qui rejoint ce qui a été dit à la section C.

En effet, nous nous dirigeons vers un modèle plus centré sur le patient qui, par la suite, deviendra un partenaire actif dans son parcours de soins (Pomey et al., 2015). La figure n° 1 illustre le passage du modèle paternaliste au modèle « patient partenaire » en passant par le modèle centré sur le patient.

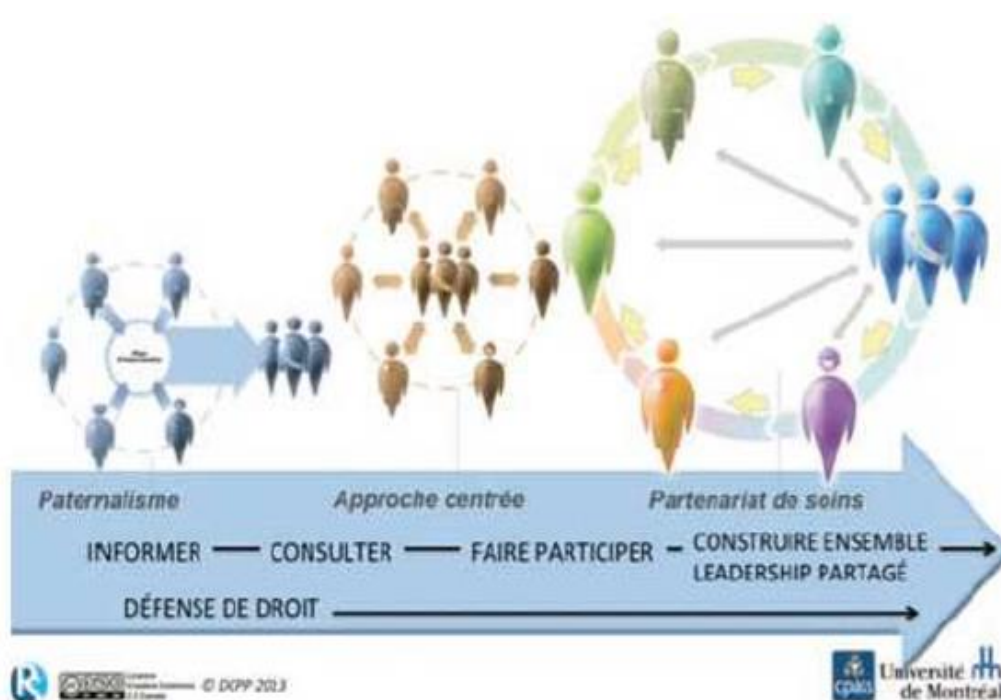


Figure 1 - Le modèle « patient partenaire » et ses prédécesseurs

Ce modèle a été créé par l'Université de Montréal en 2010. Il se base sur les savoirs expérientiels du patient et les connaissances scientifiques des professionnels de la santé. Selon

Pomey et al., « *dans le souci d'améliorer la santé de la population et d'améliorer la qualité des soins et des services délivrés par le système de santé, une des voies prometteuses est l'engagement des patients à tous les niveaux du système de santé ainsi que dans la formation des professionnels de la santé. [...] Cette approche devrait avoir un impact important sur la santé des populations en améliorant la santé physique, psychologique et le bien-être des personnes* » (2015, p.41).

Le tableau 1 confirme ce nouveau modèle. En effet, le rôle du patient passe de receveur passif à partenaire actif.

Nous pouvons relever quatre autres caractéristiques essentielles. L'organisation s'intéresse à la demande plutôt qu'à l'offre ; l'intégration, la continuité et la coordination font partie de ses caractéristiques et un de ses objectifs est d'arriver à des résultats. En effet, De Gaulejac associe le nouveau type d'organisation à une révolution managériale, « *répondant non plus à une logique de moyens favorisant le développement, mais bien davantage à une logique de résultats, visant l'utilisation optimale des ressources pour contrôler les coûts* » (Haberey-Knuessi et al., 2013, p.9). Enfin, le système d'information tend à passer d'un format papier à un EPR (Electronic Patient Record) intégré afin de faciliter la communication à l'aide d'outils informatiques.

Tableau 1 - Changement de paradigme progressif dans le modèle de soins

	Modèle de soin actuel	Nouveau modèle de soin
Groupe ciblé	Les maladies (axé sur la maladie)	Population (axé sur la personne)
	Une seule maladie	Pathologie multiple chronique
Rôle du patient	Receveur passif	Partenaire actif (selfmanagement, shared decision making, patient empowerment)
Axe des soins	Soins de santé, curatif	Santé publique prévention, promouvoir les soins de santé, bien-être, ...
	One size fits all	Personalised medicine – choix personnalisé
Organisation des soins	Axée sur l'offre	Axée sur la demande (patient-centered)
	Silo, morcellement	Intégration, continuum, coordination
Prestataires de soins	Spécialiste / hôpital est centrale	Community care / soins proximaux
	Médecin individuel	Equipe (médecins et autres)
Rôle des dispensateurs de soins	Episodes isolés	Continuum des soins
Objectif	Procédure	Résultats
	Guérir	Meilleure qualité de vie, confort, autonomie
Information	Rétrospectif	Real time / prédictive
	Dossier à part sous forme papier	EPR intégré
Financement	Volume	Valeur (value)
	Par prestation	Bundled payment
Axe politique	Réaliser des économies	Value based health care

Ces deux illustrations confirment le leitmotiv actuel en Belgique, le « triple aim + » (Macq & Thunus, 2017). C'est un cadre qui décrit une approche visant à optimiser la performance du système de soins de santé en prenant en compte quatre dimensions :

- Améliorer l'expérience du patient en matière de qualité, d'accessibilité et de satisfaction des soins,
- Améliorer la santé individuelle et populationnelle,
- Améliorer l'efficacité des soins,
- Et améliorer l'équité et le bien-être des professionnels de la santé.

Notons tout de même que selon le rapport du Health Consumer Powerhouse (HCP) (2017), la Belgique se positionne à la quatrième place en ce qui concerne son système de soins de santé. Elle se retrouve dans le top 3 en matière d'accessibilité des soins mais à la douzième place en ce qui concerne la rentabilité.

Chapitre 2 : La coordination et la communication au sein d'un hôpital

« La complexité du fonctionnement de l'institution hospitalière avec un collectif de professionnels très vaste, les contraintes du travail posté, la division des tâches ou encore les fréquentes interruptions et perturbations de l'activité font que la circulation de l'information d'un groupe à l'autre est capitale, notamment pour la coordination des différentes activités de soins » (Moisdon & Tonneau, 1999 ; Grosjean & Lacoste, 1999, as cited in Haberey-Knuessi, 2013, p.10).

A. La coordination

Selon Donabedian (1980), *« la coordination des soins est un processus par lequel les éléments et les relations impliqués dans le soin pendant chacune des séquences de soin sont en cohérence ensemble dans une conception vue de manière globale »* (as cited in Sebai, 2016, p.226). Si on s'intéresse plus spécialement au domaine de la santé, Leutz (1999) *« associe la notion de la coordination à celle de l'intégration et la présente comme la recherche d'interconnexion du système de santé (aigu, première ligne médicale, et spécialisé) avec les autres systèmes de services humains (soins de long terme, éducation et professionnel, et services d'aide à domicile) en vue d'améliorer le devenir (clinique, de satisfaction ou d'efficacité) »* (as cited in Sebai, 2016, p.226). En effet, *« le déploiement de la coordination est devenu le levier d'une meilleure prise en charge en termes de qualité et de continuité »* (Sebai, 2016, p.227).

De manière générale, la coordination existe mais est généralement insuffisante (Contandriopoulos et al, 2001). Pourtant, nous pouvons constater, sur base de la figure 2, qu'elle est présente à tous les niveaux (Roucoux et al., 2017). De plus, la diversification et l'hyperspécialisation des activités au sein de l'hôpital ainsi que l'interdisciplinarité rendent la coordination d'autant plus indispensable (Maingain & Dufour, 2002, as cited in Haberey – Knuessi et al., 2013).

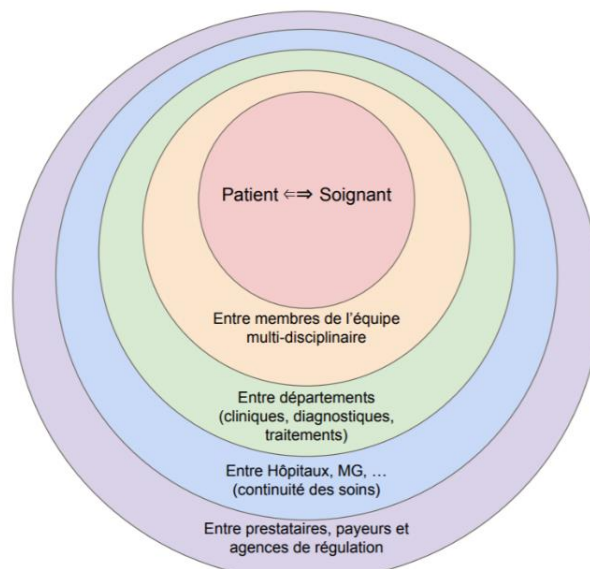


Figure 2 - Les différents niveaux de coordination

Il existe différents types de coordination : séquentielle, réciproque et collective (Macq, 2016). Les auteurs Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez (2001, pp 42-43) définissent ces termes :

- Le premier type est celui « qui existe quand un patient rencontre successivement (en séquence) les professionnels ou les organisations durant un épisode de maladie. [...] La cohérence de la prise en charge est assurée par la compétence professionnelle de chaque intervenant et souvent par le patient lui-même. Ce mode de coordination est adéquat lorsque le patient a un problème dont le diagnostic est clair et qu'il commande une intervention précise et bien circonscrite dans le temps et dans l'espace. »
- Le deuxième est celui « qui existe lorsque le patient est traité simultanément par plusieurs professionnels ou organisations. Chaque professionnel doit tenir compte du travail des autres pour prendre en charge adéquatement les problèmes du patient. Il existe dans ce cas une forte interdépendance entre les intervenants. Quand un patient utilise

simultanément plusieurs professionnels, c'est lui, bien souvent, qui est son propre agent de coordination. »

- Et enfin, le troisième est celui *« qui existe quand c'est une équipe de professionnels ou d'organisations qui assure conjointement la responsabilité de la prise en charge des patients selon des modalités décidées ensemble. Cette forme de coordination est requise quand le niveau d'interdépendance est élevé entre les acteurs (et les organisations). Elle est particulièrement bien adaptée à des situations où les problèmes de santé sont multiples ou complexes aux contours flous dont l'évolution dans le temps et dans l'espace est incertaine. Les problèmes chroniques qui menacent l'autonomie des personnes fragiles correspondent bien souvent à un tel niveau de complexité. La coordination collective oblige, à la fois, à une prise en charge organisée autour du patient et à des ententes formelles entre les acteurs et les organisations pour assurer une accessibilité adéquate à des soins dont la nature est peu prévisible. Pour que la coopération collective puisse s'instaurer, il faut que les ressources soient disponibles et accessibles. »*

Il est à noter que *« le degré de coordination qui doit exister entre des acteurs et des organisations dépend des besoins du projet collectif qui les amène à interagir. [...] Plus l'incertitude et l'équivoque sont grandes, plus le niveau d'interdépendance est élevé, plus la coordination collective est nécessaire »* (Contandriopoulos et al., 2001, pp. 42-43).

Selon Henri Mintzberg, il existe deux moyens pour communiquer et se coordonner : par programmation/standardisation ou par ajustement mutuel (Cultiaux, 2016). L'un fait plutôt référence à une communication indirecte tandis que l'autre, plutôt directe. *« Il est entendu par programmation tous les mécanismes permettant la planification à l'avance des tâches et des rôles. [...] À l'inverse, l'ajustement mutuel est un mécanisme de coordination non formalisé qui fait appel à un échange d'informations en temps réel. »* (Haller et al., 2011, p.924)

S'il y a des perturbations dans la communication tant directe qu'indirecte d'informations concernant le patient, la coordination de ses soins mais également la qualité de sa prise en charge peuvent être impactées (Haller et al., 2011). De plus, vu la fragmentation des soins et les silos organisationnels expliqués précédemment, la coordination des soins peut parfois être difficile (Schaller & Gazpoz, 2008). Mais selon le Dr François Roucoux, médecin référent pour l'informatique médicale au Grand Hôpital De Charleroi (GHDC), cela peut être facilité par les outils informatiques (Medi-sphere, 2017)

De plus, de « nouveaux métiers » de coordination, tels que gestionnaire de cas ou coordinateur de soins, sont apparus dans le monde des soins de santé. Ces derniers ont pour but d'intégrer les soins, de les coordonner et de s'assurer de leur globalité. La différence entre les deux est que le premier, par rapport au deuxième, s'occupe de personnes plus dépendantes avec un besoin important de coordination entre les différents prestataires (Macq, 2016). Si nous prenons l'exemple de l'hospitalisation à domicile, c'est grâce à un coordinateur de soins et à une coordination collective que la coordination extrahospitalière peut être assurée.

B. La communication

« La communication constitue le fondement même de l'ensemble des activités hospitalières. [...] Elle est présente au niveau institutionnel, au niveau des acteurs de différentes disciplines, au niveau interpersonnel au sein des équipes ainsi que dans la dyade de la relation au patient » (Haberey-Knuessi et al., 2013, p.10). Mais cette transmission de l'information est fortement perturbée par les évolutions dans le secteur médical : progrès technologique, hyperspécialisation de la médecine, etc. Cela favorise *« la standardisation des modes de diagnostic et de traitement, mais aussi des flux d'information »* (Haberey-Knuessi et al., 2013, p.9).

De plus, les échanges directs entre acteurs sont moins nombreux pour deux raisons principales. D'une part, parce qu'ils sont remplacés de plus en plus par les échanges électroniques. D'autre part, parce qu'il y a une augmentation importante de la charge de travail due à la réduction des effectifs. Le nombre toujours plus important d'informations et de données à gérer constitue une difficulté supplémentaire pour obtenir une communication de qualité. D'autant plus que de nombreuses informations se perdent en raison de la répartition parfois confuse des rôles (Haberey-Knuessi et al., 2013). D'autres éléments encore viennent s'ajouter.

La notion de communication demande un certain partage d'informations entre les différents acteurs de l'hôpital (Haller et al., 2011). Selon le modèle de Shannon et Weaver, la communication se déroule entre un émetteur et un récepteur. Mais au sein d'une institution hospitalière, les acteurs sont nombreux. De ce fait, il peut y avoir de multiples émetteurs et récepteurs. Cela peut donc engendrer des problèmes de communication, qui, eux, peuvent entraîner des erreurs médicales et donc, diminuer la qualité des soins.

Ces problèmes surviennent principalement lorsqu'il y a une rupture dans la continuité de la transmission d'informations et dans la coordination au sein des équipes : lors du changement

d'équipe, du changement d'unité ou dans le contexte d'une prise en charge multidisciplinaire,... Afin de minimiser l'influence de ces situations, il est important de standardiser la transmission des informations (Haller et al., 2011). Prenons comme exemple les itinéraires cliniques. Ceux-ci permettent d'améliorer, à la fois la coordination et la communication au sein d'une équipe. Ce concept est expliqué plus en détail dans le point suivant.

Mais il est tout de même important de préciser que la qualité de la communication dépend également de nombreux facteurs humains.

Étant donné que le dossier patient informatisé est censé détenir l'ensemble des informations concernant la santé du patient, les transmissions orales entre soignants sont moins nombreuses avec pour conséquence un « *appauvrissement des relations et de la reconnaissance mutuelle entre les acteurs de l'institution ainsi qu'une diminution de l'identification à celle-ci* » (Haberey-Knuessi et al., 2013, p.11). Il est donc important de garder une communication orale en plus des échanges électroniques pour permettre une meilleure coordination des soins (Cosnier, 1993, as cited in Haberey-Knuessi et al., 2013).

En effet, au sein d'un hôpital, il existe deux modes de communication : écrit et oral, mais aussi direct et indirect, comme vu précédemment. Si on ne s'intéresse qu'à la forme écrite, la plus utilisée est, sans aucun doute, le dossier patient.

C. Les outils de communication et de coordination

Les itinéraires cliniques

a) Origine

Inspiré des méthodes de planification développées dans le monde industriel dans les années 50, le but des itinéraires cliniques (IC) est de planifier des processus complexes en décrivant les points critiques du chemin qui pourraient prolonger la totalité du parcours. Cela permet d'améliorer les processus de gestion de la qualité par l'amélioration de la communication entre les différents acteurs.

Le monde des soins de santé n'est pas épargné par les processus complexes. Mais l'incertitude et l'imprévisibilité liées aux soins, le besoin intense d'individualisation et la liberté thérapeutique ont ralenti au départ la propagation de ces méthodes (Sermeus & Vanhaecht, 2002). Ce n'est donc que vers la fin des années 80 que ces procédés industriels ont commencé à se répandre, sous le nom d'Itinéraires Cliniques ou Itinéraire de Soins (IS).

De plus, à l'heure actuelle, de nombreuses recherches sur l'informatisation des itinéraires cliniques sont effectuées. En effet, « *Continuous monitoring of care pathways is an important factor for their sustainability and dynamic evolution. Computerized pathways can automate this monitoring, which results in significant time savings and the ability to obtain real-time feedback* » (Roucoux et al., n.d, p.1). Plusieurs autres avantages sont également cités : « *tasks and check lists management, calculation of indicators, instantaneous dissemination of information to other caregivers and automated triggering of alarms and actions* » (Roucoux et al., n.d, p.1). Pour cela, il est important de les intégrer aux autres systèmes informatiques.

b) Définition et caractéristiques

Ce concept est utilisé mondialement et nous retrouvons une pléthore de définitions qui varient légèrement d'un pays à l'autre. Mais nous pouvons tout de même identifier ces caractéristiques communes. L'itinéraire clinique :

- Est toujours instauré pour un groupe spécifique de patients et pour une période donnée,
- Prend en compte l'ensemble des activités directement ou indirectement liées aux soins,
- A une composante multidisciplinaire,
- Est un processus très structuré,
- A pour but de prodiguer des soins de qualité.

Précisons que des soins de qualité sont des « *soins sûrs, efficaces, équitables, efficaces, prodigués au bon moment, et centrés sur le patient* » (Institute Of Medicine, 2001).

Rajoutons à celles-ci, celles développées par les auteurs Vanhaecht et al., (2011, pp.2-3) :

- « *Une mention explicite des buts et des interventions-clés basés sur des preuves scientifiques, les meilleures pratiques et les attentes des patients et leurs caractéristiques,*
- *Une communication facilitée entre les membres de l'équipe et avec les patients et leur entourage,*
- *La coordination du processus de soins par la coordination des rôles et de la séquence des activités de l'équipe de soins multidisciplinaire, des patients et de leur entourage,*
- *La documentation, le suivi et l'évaluation des écarts et des résultats,*
- *L'identification des ressources appropriées ».*

Un itinéraire clinique peut être perçu soit comme un plan de soins (vue statique), soit comme un ensemble de méthodes et d'instruments (vue dynamique). Néanmoins, nous retenons la

définition du Réseau Itinéraires Cliniques de l'UCL : « *Les itinéraires de soins sont actuellement définis comme des “interventions complexes” destinées à réaliser une prise de décision collective et à organiser un processus de soins pour un groupe de patients bien défini et pour une période de temps bien définie* » (Vanhaecht et al., 2011, p.2).

Il est à noter que ce concept est à différencier d'un trajet de soins qui lui, est organisé dans le secteur ambulatoire, pour des maladies chroniques et est un « contrat » entre un patient, un médecin généraliste et un spécialiste (Macq, 2016).

Il est également à distinguer d'un programme de soins. Selon le Conseil National belge des Établissements Hospitaliers (CNEH), un programme de soins est « *une réponse cohérente et organisée d'un problème de santé du patient dans un ensemble structuré de services, dans lesquels sont offerts, à travers une coordination multidisciplinaire réelle, et de la manière la plus efficiente, les soins hospitaliers que requiert sa situation dans une continuité diagnostique, thérapeutique et de revalidation et ce, sous la forme la plus adéquate soit par admission, en polyclinique ou en hospitalisation de jour* » (CNEH, 1994, as cited in Sermeus & Vanhaecht, 2002, p.4). Plus brièvement, un programme de soins répond à la question du « quoi » tandis qu'un itinéraire clinique répond à la question du « comment » (Sermeus & Vanhaecht, 2002).

c) Différents types

Il existe différents types d'itinéraires cliniques. Dans la littérature, nous en retrouvons généralement trois. Nous les classerons selon le degré de prévisibilité croissante :

- Les itinéraires cliniques standardisés (représentent 60 %), c'est-à-dire ceux pour lesquels il est facile de prévoir le déroulement des soins pour le groupe de patients. Les procédures sont donc uniformisées.
- Les itinéraires cliniques spécifiques aux patients (représentent 20 %). Dans ce cas-ci, les soins sont imprévisibles au niveau du groupe mais prévisibles au niveau individuel.
- Le *case management* (représente 20 %). Il s'agit des soins les moins prévisibles, tant au niveau du groupe qu'au niveau individuel. De ce fait, les soins sont organisés au fur et à mesure à l'aide d'une concertation multidisciplinaire.

d) Efficacité

Plusieurs auteurs s'accordent pour dire que les itinéraires cliniques ont une réelle efficacité (Barbieri et al. (2009) ; Bernardette et al. (2015) ; Griesser et al. (2010) ; Hindle & Yasbeck (2005) ; Rotter et al. (2008) ; Tschopp et al. (2009)). En effet, une étude a prouvé que

la mise en place d'un protocole de soins entre l'hospitalisation avec hébergement et l'hospitalisation à domicile améliore les pratiques professionnelles. Il y a une « *amélioration de la traçabilité des soins, un renforcement de la sécurité des soins produits, une plus forte homogénéisation des pratiques et une plus grande continuité dans les interventions* » (Bernardette et al., 2015, p.205). Ces résultats sont donc encourageants pour instaurer cela à plus grande échelle (Bernardette et al., 2015).

Selon une revue systématique, la mise en place d'un itinéraire clinique « *are associated with reduced in-hospital complications and improved documentation without negatively impacting on length of stay and hospital costs* » (Rotter et al., 2010, p.1).

Enfin, les résultats d'une méta-analyse concluent que les itinéraires cliniques peuvent améliorer la qualité des soins de manière significative. Les auteurs ajoutent que si les itinéraires cliniques sont structurés de manière standardisée, si l'équipe est impliquée dans la réorganisation et analyse avec un esprit critique l'organisation actuelle du processus, les itinéraires cliniques impactent l'organisation des soins (Barbieri, et al., 2009).

La question qui se pose est : cela est-il possible pour l'hospitalisation à domicile ? Est-il pertinent d'importer le concept des itinéraires cliniques dans le cadre d'une HAD ?

Le dossier patient

Selon Köhler et Toussaint, « *le dossier du patient, c'est l'ensemble des informations médicales, soignantes, sociales et administratives, qui permettent d'assurer la prise en charge harmonieuse et coordonnée d'un patient en termes de soins et de santé par les différents professionnels qui en assurent la prise en charge. C'est à partir du dossier que l'on assure la traçabilité de la démarche de prise en charge et c'est à partir de vues différentes des données qu'il contient que l'on élabore des bilans d'activité et des travaux de recherche. Enfin, les dossiers servent à l'enseignement* » (as cited in Debande et al., 2017, p.4).

Nous pouvons rajouter qu'il sert également au financement de l'hôpital. En effet, le dossier patient doit contenir le dossier médical et le dossier infirmier qui sont utiles à l'élaboration du RCM (Résumé Clinique Minimum) et du DI-RHM (Données Infirmières – Résumé Hospitalier Minimum) et qui, associés au RFM (Résumé Financier Minimum), forment le RHM (Résumé Hospitalier Minimum) (Debande et al., 2017).

Néanmoins, sa fonction première reste l'outil de communication entre professionnels de la santé, essentiel à la prise en charge d'un patient. Elle évolue et passe de la simple documentation

médicale (vision statique) à l'interaction avec les soignants tout au long du parcours de soins du patient (vision dynamique) (Debande et al., 2017). En effet, le dossier patient devient l'outil central dans le cadre de l'organisation et de la coordination des soins car il contient tout une série d'informations aussi bien médicales et paramédicales qu'administratives (Tschopp et al., 2009). Cela permet aux prestataires de soins de soigner le patient en ayant une vue holistique de son état de santé. Le dossier patient fait donc le lien entre les différents silos organisationnels.

Au départ, sous format papier, ce dossier s'est informatisé au fil du temps. Cette informatisation a engendré une certaine standardisation qui a permis de limiter les problèmes liés à la rupture de communication, comme expliqué précédemment.

« Un dossier de santé électronique (DSE) peut être décrit comme un référentiel d'informations concernant la santé d'individus, sous forme exploitable électroniquement, stockées et transmises de façon sécurisée, et accessibles par plusieurs utilisateurs autorisés. Il repose sur un modèle d'information standardisé. Son principal objectif est d'assurer un support continu, efficient et de qualité au soin. Il contient des informations de nature autant rétrospective que prospective. » (ISO, 2005 as cited in Debande et al., 2017, p.3). De cette définition, nous pouvons relever un certain nombre d'avantages (Debande et al., 2017) :

- Fonction de synthèse : noyau d'informations concernant le patient
- Fonction de coordination : liée à la fonction de synthèse
- Fonction d'accessibilité et de pérennité des informations : disponible 24 h/24 et 7 j/7
- Fonction de continuité : liée à la disponibilité technique des informations
- Fonction de sécurité : politique d'identification et donc, traçabilité des actions

Les entreprises informatiques tentent de créer un Dossier Patient Informatisé (DPI) intégré, c'est-à-dire qui remplit les quinze critères définis par le SPF santé publique, les Belgian Meaningful Use Criteria (BMUC) (Debande et al., 2017, p.19) :

- 1) *« Identification et description unique du patient,*
- 2) *Liste des problèmes (diagnostics passés et actuels),*
- 3) *Liste des allergies,*
- 4) *e-prescription des médicaments,*
- 5) *Interaction entre médicaments,*
- 6) *e-dispensation des médicaments (liée à l'e-prescription),*
- 7) *Planning des soins/module nursing,*

- 8) *Planning des rendez-vous (agenda hospitalier),*
- 9) *Gestion des demandes d'examens et d'avis (RX/laboratoires/consultations),*
- 10) *Lettre électronique de sortie,*
- 11) *Paramètres vitaux,*
- 12) *Enregistrement des consentements éclairés,*
- 13) *Enregistrement des orientations (limitations) thérapeutiques,*
- 14) *Serveur de résultats médicaux/éléments objectifs du dossier,*
- 15) *Communication automatique avec les HUB's et interactions avec eHealth ».*

Les réseaux de santé ou e-health

À l'heure actuelle, les technologies de l'information et de la communication sont très présentes. En effet, l'informatique devient un outil actif dans la prise en charge des patients et s'ouvre au monde extrahospitalier (échanges interhospitaliers, avec les médecins généralistes, avec l'administration...) (Debande et al., 2017). Son intérêt, aussi bien du côté des patients que des prestataires de soins, est tellement grand que son introduction dans le domaine de la santé ne peut plus être stoppée. En effet, le plan d'action e-santé a déjà dû être actualisé une première fois (De Block, 2017). Outre le dossier patient informatisé, il existe les réseaux de santé (hubs). En Belgique, il existe cinq hubs interconnectés grâce à un metahub, la plateforme eHealth (Debande et al., 2017) :

- Un en Wallonie : Réseau Santé Wallon (RSW)
- Un à Bruxelles : Association Bruxelloise de Télématic Médicale (ABruMet)
- Trois en Flandre :
 - Antwerpse Regionale Hub (ARH)
 - Collaboratief Zorgplatform (CoZo)
 - Vlaams Ziekenhuisnetwerk KU Leuven (VZN)

Légende :

- RSW
- Abrumet
- ARH
- CoZo
- VZN

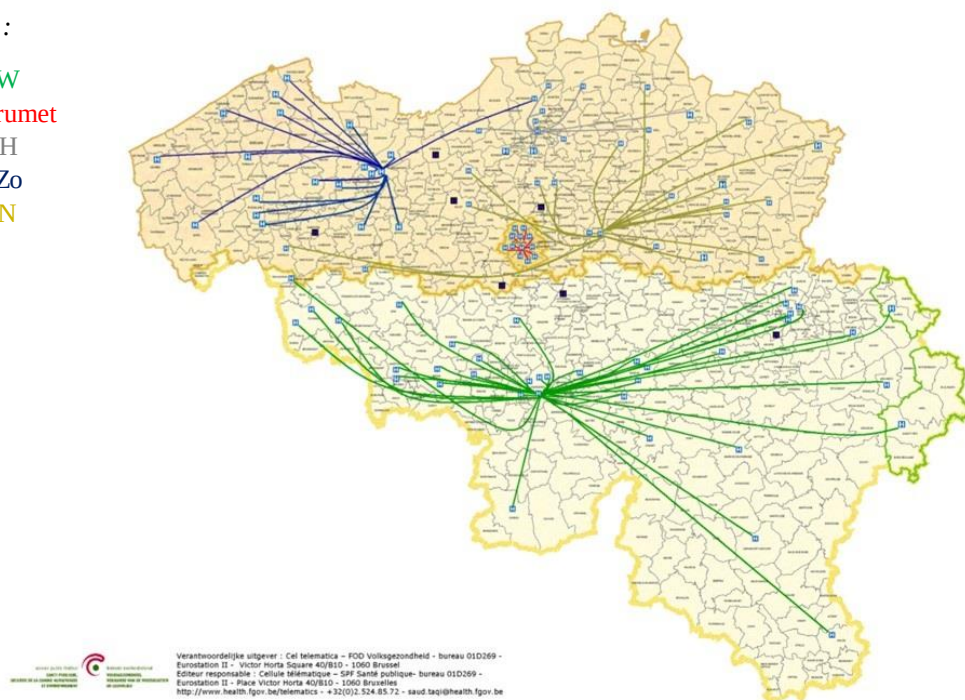


Figure 3 - Représentation des 5 réseaux de santé belges

Ce système « hubs & metahub » « a pour objectif de permettre l'interconnexion entre les systèmes régionaux et locaux d'échange d'information médicale, dénommés "hubs", afin de permettre à un prestataire de soins de retrouver et de consulter les documents médicaux électroniques disponibles au sujet d'un patient et ce indépendamment, d'une part, du lieu effectif de stockage des documents et, d'autre part, du point d'entrée du prestataire dans le système. » (e-health, n.d, para.1). Cela permet l'intégration des soins qui, associée à une coordination efficace, a comme avantage l'amélioration de la continuité des soins (Schaller & Gazpoz, 2008). Le prestataire de soins dispose des données médicales les plus récentes du patient : résultats d'examen, rapports médicaux, courriers, etc. Cela lui permet d'établir rapidement un bon diagnostic, même si c'est la première fois qu'il voit le patient. De plus, cela permet également d'éviter de réaliser des examens inutiles (De Block, 2017). Grâce à l'accès immédiat et sécurisé, le soignant gagne du temps (Roucoux et al., 2017). Ces avantages sont également valables pour le patient : accès sécurisé et gratuit, gain de temps, moins de papier, prise en charge facilitée, etc. (Roucoux et al., 2017).

Les données disponibles sur les différentes plateformes sont donc mises en relation par le biais d'un metahub. Il est à noter que ce ne sont que les références des documents disponibles au sein des hôpitaux qui sont reprises sur les serveurs. Les institutions de soins restent propriétaires des documents, il n'y a donc aucune donnée à caractère personnel sur ces plateformes. De plus,

pour que l'hôpital puisse référencer un document, le patient doit avoir donné au préalable son consentement éclairé et avoir accepté le lien thérapeutique avec le médecin. Il existe également des coffres-forts sécurisés : BruSafe, Intermed et Vitalink qui reprennent l'ensemble des informations partagées par les pharmaciens, les médecins généralistes, etc.

Nous pouvons dire que cela semble intéresser les Belges étant donné la croissance exponentielle du nombre de consentements éclairés enregistrés qui est passé de 35 000 au début de la législature à plus de 5 000 000 de personnes début 2017 (De Block, 2017).

Jusqu'à présent, seuls les médecins peuvent bénéficier de ce système mais l'intention est d'agrandir son utilisation aux autres prestataires de soins (e-health, n.d).

La plateforme eHealth met également à disposition une série d'outils, tels que l'eHealthBox, MyCareNet et CoBHRA, qui permettent de faciliter l'échange de données.

- L'eHealthBox est « une boîte aux lettres électronique sécurisée et mise gratuitement à la disposition de chaque prestataire de soins. Elle permet aux prestataires de soins d'échanger électroniquement et de manière sécurisée des données médicales et confidentielles » (e-santé, n.d, para. 5).

Son utilisation se développe. En juillet 2017, 3,7 millions de messages ont été échangés entre les différents prestataires de soins contre 2,5 millions en juillet 2014 (De Block, 2017).

- MyCareNet « est une plateforme centrale de services par laquelle les établissements de soins et les prestataires de soins individuels peuvent échanger électroniquement des informations avec les mutualités. Cet échange a lieu de manière simple, sécurisée et structurée. MyCareNet permet notamment aux prestataires de soins de consulter le statut d'assurabilité de leurs patients et de transmettre les facturations tiers-payant à la mutualité. » (e-santé, n. d, para. 18).
- CoBRHA est un annuaire répertoriant les professionnels de la santé et leur spécialisation (Roucoux et al., 2017).

Les applications connectées ou m-health

Les applications connectées sont également une source d'informations précieuses concernant le patient. A l'heure actuelle, le nombre d'applications disponibles ne cesse d'augmenter. C'est pour cette raison que Madame Maggie De Block a décidé de mettre en place un cadre réglementaire afin de trier et de garantir la qualité des soins et la sûreté des informations

fournies. Pour cela, elle a sélectionné vingt-quatre projets, suite à un appel à projets pilotes, et a débloqué 3,25 millions d'euros pour qu'ils puissent être développés.

Suite à une première évaluation fin octobre 2017, deux préoccupations importantes ressortent : « *Les applications mobiles et les autres applications d'e-santé doivent être bien harmonisées pour que, par exemple, les données récoltées à l'aide de l'application soient automatiquement ajoutées au dossier patient intégré à l'hôpital* » et « *Les données de santé récoltées à l'aide de l'application ne peuvent pas rester figées "dans l'application" mais doivent à tout moment être accessibles aux patients et aux prestataires de soins, et ce, afin qu'ils puissent toujours disposer des données les plus récentes* » (De Block, 2017, para. 9).

La mobile health reste dans la continuité du nouveau modèle de soins de santé, c'est-à-dire plus centrée sur le patient. Elle possède des avantages essentiels :

- Le patient est souvent plus impliqué dans son traitement
- Le patient se sent mieux soutenu grâce au suivi à distance
- Le rôle central du patient dans les soins de santé est renforcé
- Le prestataire de soins a une vue plus complète des paramètres du patient
- Le prestataire de soins peut plus facilement suivre et accompagner son patient dans son traitement

D. L'interopérabilité

Il est intéressant de parler ici de l'interopérabilité. Ce concept se définit comme étant une « *ability of two or more systems or components to exchange information and to use the information that has been exchanged* » (IEEE, 1990, as cited in Benson & Grieve, 2016, p.20).

Elle est essentielle pour bénéficier des avantages de la mise en commun des informations concernant les soins de santé. Cela permet, entre autres, d'éviter les erreurs ou les redondances et de réduire les coûts.

Cette notion inclut quatre types différents d'interopérabilité, essentiels dans les soins de santé et interdépendants.

Il y a l'interopérabilité technique, c'est-à-dire la capacité d'échanger les informations, et sémantique, c'est-à-dire la capacité du destinataire à utiliser, comprendre, interpréter et partager ces informations sans ambiguïté.

L'interopérabilité des processus qui comprend l'interopérabilité clinique sont les deux autres niveaux. La première fait référence à l'utilisation réelle de l'information tandis que la deuxième

représente « *the ability for two or more clinicians in different care teams to transfer patients and provide seamless care to the patient* » (Benson & Grieve, 2016, p.22).

L'interopérabilité optimale reprend donc la couche technologique, de données, institutionnelle et humaine.

Mais pour que celle-ci fonctionne, il faut une condition : la présence de standards de communication, tels qu'HL7 (Health Level 7), FHIR (Fast Health Interoperability Resources) ou encore SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms). Ce dernier exemple « *est un système international de terminologie clinique. Il comprend une liste de termes cliniques contrôlés, détaillés et validés médicalement avec leurs synonymes. Cette terminologie est utilisée dans les soins directs aux patients [...]. SNOMED CT® permet dès lors aux professionnels de la santé et aux chercheurs d'adopter un langage commun, tant sur le plan national qu'international* » (SPF, 2016, para.1). Cette norme permet de diminuer le nombre de liens existant entre les différents systèmes, tels que représenté par la figure 4.

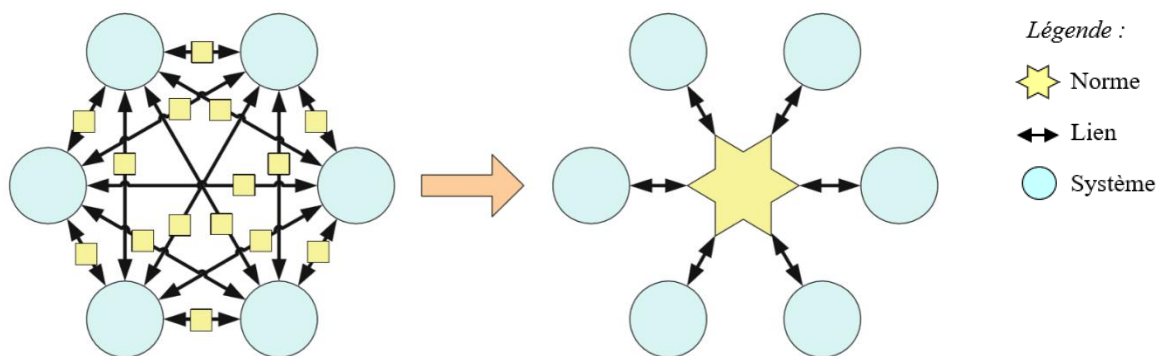


Figure 4 - Les bénéfices d'un standard de communication

Chapitre 3 : L'hospitalisation à domicile (HAD)

A. Historique

1. Création du concept : quoi ?

Le concept d'hospitalisation à domicile date des années 1950 mais n'a toujours pas de définition claire, nette et précise. Selon les experts du KCE, « *l'hospitalisation à domicile (HAD) consiste à délivrer au domicile du patient des soins qui, autrement, ne pourraient être délivrés qu'à l'hôpital. [...] Le concept d'HAD recoupe d'autres concepts qui visent de façon générale à raccourcir ou remplacer les séjours hospitaliers, et à maintenir les soins au plus proche de l'environnement naturel du patient* » (KCE, 2015, p.8).

Cette proposition de définition rejoint de très près la définition française : « *L'hospitalisation à domicile permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés qui se différencient des autres soins à domicile par la complexité et la fréquence des actes* » (Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile, 2016, p.3). « *L'HAD permet donc aux patients d'éviter, de retarder ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement* » (FNEHAD, 2016, p.3).

Nous pouvons remarquer, dans la définition française, la distinction avec les soins à domicile. En effet, le concept d'hospitalisation à domicile étant récent en Belgique, il est souvent confondu avec celui des soins à domicile. Or, il existe une différence entre ces deux notions. Les soins à domicile se définissent comme étant des « *soins de nursing classiques ambulatoires prodigués à domicile* » (KCE, 2015, p.12).

Notons que le domicile correspond au lieu de vie du patient. Il peut donc s'agir de sa maison, d'une maison de repos (MR) ou d'une maison de repos et de soins (MRS).

Ce concept s'inscrit dans le nouveau modèle de soins de santé qui vise à réduire le nombre de séjours hospitaliers et à rendre le patient partenaire de ses soins.

2. En Belgique

Contrairement à d'autres pays où l'HAD existe déjà, il n'y a encore aucun statut légal reconnu en Belgique pour l'hospitalisation à domicile malgré plusieurs initiatives locales qui se revendiquent comme telle. En effet, nous pouvons constater que plusieurs hôpitaux ont déjà instauré ce nouveau type d'hospitalisation. Mais ces initiatives sont isolées et ne suivent aucune *guideline* officielle.

Ce temps est révolu. En effet, Madame Maggie De Block a lancé un appel à projets sur ce thème. Avant d'introduire ce nouveau type d'hospitalisation dans tout le pays, elle veut d'abord évaluer l'efficacité et l'efficacité de plusieurs projets pilotes, étant donné la présence de différents modèles mais l'absence d'un exemple privilégié, tant dans la littérature que dans notre pays. Vingt-sept propositions ont été faites et douze ont été adoptées : cinq en Flandre, cinq en Wallonie et deux à Bruxelles (voir annexe 1). Six d'entre elles traitent de l'antibiothérapie, quatre projets portent sur des traitements antitumoraux, dont deux spécifiques au cancer du sein, un projet combine l'antibiothérapie et les traitements antitumoraux et enfin, le dernier porte à la fois sur l'antibiothérapie et sur un traitement hémato-oncologique.

Afin d'établir les recommandations pour les projets-pilotes déployés en Belgique (voir annexe 2), les experts du KCE (Centre fédéral d'expertise) se sont basés sur les expériences des pays où ce concept existe déjà, tels que la France, le Canada et l'Australie.

B. Conditions/critères d'admission : qui ? pour qui ?

Étant donné que ce type d'hospitalisation n'est actuellement qu'au stade expérimental, les critères d'inclusion et d'exclusion diffèrent en fonction du projet pilote. Dans les autres pays, le critère utilisé est davantage lié à l'intensité des soins qu'à une pathologie spécifique. Ce dernier est calculé différemment en fonction de chaque pays mais prend en compte le degré de multidisciplinarité et/ou la fréquence de passage nécessaire pour les soins du patient. En effet, il est difficile d'employer une liste de pathologies comme condition d'admission car le panel des pathologies traitées est large.

Mais nous pouvons noter que c'est le médecin spécialiste de l'hôpital (ou le médecin coordinateur) qui évalue le patient cliniquement et qui lui propose cette alternative après avoir vérifié que le patient répond bien aux critères. De plus, ce dernier doit recevoir toutes les informations nécessaires pour prendre sa décision et donner son consentement.

C. Organisation de l'HAD

Il existe différentes manières d'implanter un système d'hospitalisation à domicile. La littérature relève trois modèles théoriques :

- 1) *« Un modèle où ce sont les professionnels de l'hôpital qui se déplacent au domicile du patient »*
- 2) *« Un modèle où des entités autonomes et indépendantes de l'hôpital constituées principalement de professionnels de première ligne, dispensent les soins au domicile du patient »*
- 3) *« Un modèle mixte où les professionnels de première ligne et de l'hôpital accomplissent des tâches spécifiques différentes au domicile du patient »* (KCE, 2015, p.8).

Le deuxième modèle est notamment utilisé en France. En Belgique, suite à des entretiens en face à face avec les différents acteurs, c'est plutôt le premier modèle qui est ressorti pour le personnel intrahospitalier et le deuxième pour le personnel extrahospitalier. A la fin de ce chapitre, nous verrons un exemple de projet pilote, celui du Centre Hospitalier de wallonie picarde (CHwapi), qui utilise plutôt le troisième type de modèle.

Au sein d'un projet d'hospitalisation à domicile, plusieurs prestataires de soins doivent collaborer. Nous retrouvons généralement le médecin spécialiste, le médecin coordinateur, le médecin généraliste, l'infirmier coordinateur et l'infirmier à domicile. À côté de ces personnes, nous retrouvons évidemment le patient ainsi que son ou ses aidant(s) proche(s). Chaque personne a donc un rôle bien défini à jouer. Il est donc nécessaire de définir ici les rôles et responsabilités de chacun afin de mieux comprendre le système et afin de mieux se rendre compte des interactions entre les différents prestataires (Delvallée et al., 2017) :

- Le médecin spécialiste évalue l'état de santé du patient et vérifie s'il répond bien aux critères d'éligibilité. Si oui, il lui propose l'hospitalisation à domicile et fournit toutes les informations utiles à savoir.
- Le médecin coordinateur peut remplir le rôle du médecin spécialiste. Il est le référent médical de l'HAD.
- Le médecin généraliste a un rôle assez limité. Il est informé du possible retour à domicile de son patient et son accord est demandé.
- L'infirmier coordinateur fait la liaison entre l'hôpital et le domicile. Il est le référent infirmier de l'HAD et le véritable chef d'orchestre. C'est lui qui organise le retour à domicile du patient et le suivi de l'état de santé de ce dernier. Il contrôle le respect des conditions fixées au préalable et explique à l'infirmière de soins à domicile la procédure à suivre. Il est donc également responsable de la bonne mise en pratique des protocoles d'hygiène hospitalière. Il s'occupe, avec l'équipe d'infirmiers de soins à domicile, de l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage.
- L'infirmier à domicile réalise les soins et actes techniques au domicile du patient. Pour les projets concernant l'antibiothérapie intraveineuse, cette dernière doit avoir suivi une formation sur l'utilisation du cathéter. Elle est également responsable de l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage.
- Le patient reçoit l'information nécessaire à une éventuelle hospitalisation à domicile. Il émet son consentement ou non.
- L'aidant proche est la personne qui soutient le patient et qui l'aide lorsque l'infirmière à domicile n'est pas là.

Il est à noter que d'autres personnes peuvent également intervenir dans le cadre de cette hospitalisation afin de compléter la prise en charge du patient (pharmacien, kinésithérapeute, ergothérapeute, ...) et que ces rôles peuvent varier légèrement en fonction du modèle choisi.

Nous pouvons constater qu'une hospitalisation à domicile englobe un grand nombre de personnes qui gravitent autour du patient. Cela nécessite donc une bonne coordination entre les différents prestataires et un échange efficace d'informations afin de maintenir une continuité des soins lors du retour à domicile du patient. Mais comment cela peut-il se faire ? Cela commence par « *une répartition correcte des rôles et responsabilités de chacun* » (Delvallée et al., 2017, p.3). Les experts du KCE ont également relevé différentes recommandations essentielles à la mise en place d'un programme d'hospitalisation à domicile (voir annexe 2).

Nous pouvons donc observer qu'au niveau organisationnel, l'approche multidisciplinaire est très présente et importante. Elle est coordonnée selon un plan de prise en charge mis en place sur base des besoins du patient. La coordination et la continuité des soins, la collaboration avec les structures existantes, l'*empowerment*¹ et le soutien du patient et de son entourage ont également une place capitale et ont droit à une attention toute particulière (KCE, 2015).

D. Financement : comment ?

Le Budget des Moyens Financiers (BMF), les honoraires, les médicaments et dispositifs médicaux ainsi que les forfaits et conventions INAMI sont les sources principales de financement du fonctionnement d'un hôpital (Dehaspe, 2017). En effet, le financement du secteur hospitalier représente une enveloppe nationale annuelle de 7 629 milliards d'euros (SPF Santé Publique, 2016). Le BMF est divisé en trois parties et seize sous-parties. La première partie couvre les frais et les charges d'investissement tandis que la deuxième, la section B, est destinée à couvrir les frais de fonctionnement. Enfin, la réalisation des corrections de paiement des frais de la partie B est attribuée à la dernière partie, la section C.

Le financement de l'HAD en Belgique rentre dans la sous-partie B4, c'est-à-dire celle qui couvre les frais liés aux obligations légales. En effet, « *aucun cadre juridique formel n'a été établi pour les projets pilotes, mais le cabinet applique l'article 107 de la loi sur les hôpitaux* » (Chapelle et al., 2016, p.57). Une convention sera donc établie entre l'hôpital qui aura instauré un projet pilote et la ministre Maggie De Block.

¹ « *Processus par lequel les individus maîtrisent mieux les décisions et les actions qui influent sur leur santé. Le pouvoir d'agir peut être un processus social, culturel, psychologique ou politique qui permet aux individus et aux groupes sociaux d'exprimer leurs besoins, d'indiquer leurs préoccupations, de concevoir des stratégies en vue d'une participation à la prise de décision ainsi que de mener une action politique, sociale et culturelle pour répondre à ces besoins. Le pouvoir d'agir individuel se rapporte à la capacité de l'individu à prendre des décisions relatives à sa vie personnelle et à maîtriser celle-ci. Le pouvoir d'agir communautaire invite les individus à agir collectivement afin d'obtenir davantage d'influence et de contrôle sur les déterminants de la santé et de la qualité de vie dans leur communauté* » (OMS, 1998, as cited in Aujoulat, 2016).

Plus précisément, « *les projets reçoivent un budget de coordination consistant en une somme forfaitaire de 40 000 euros au plus par année de fonctionnement, pour un maximum de trois ans.* » (Chapelle et al., 2016, p.58). « *Ce budget doit permettre d'engager un collaborateur supplémentaire à temps partiel pour coordonner le projet et en assurer le suivi et l'évaluation durant ses années de fonctionnement. À noter que le montant de maximum 40 000 € par an et par projet retenu peut être réduit en cas de projet visant un très petit nombre de patients* » (De Block, 2017, p.5).

« *Outre la garantie budgétaire déjà citée de trois ans au plus, on applique aussi le principe de neutralité budgétaire, ce qui signifie qu'aucun budget supplémentaire n'est attribué par le gouvernement. Les propositions de projets doivent mettre en commun les sources de financement existantes pour le financement du projet. Elles peuvent mettre en œuvre ces moyens, à cet effet, d'une autre manière.* » (Chapelle et al., 2016, p.58). Autrement dit, « *les autorités prévoient un budget identique pour les patients pris en charge en HAD et pour les patients qui présenteraient un profil comparable mais seraient restés ou admis en hospitalisation classique ou de jour* » (De Block, 2017, p.5).

Notons que les personnes responsables du projet ont dû préciser, lors de la proposition faite à la ministre, ce qu'ils allaient faire avec les gains liés à l'efficacité du projet et comment ils allaient réinvestir l'argent épargné dans les soins.

E. Avantages & inconvénients

1. Avantages

Les avantages d'un tel type d'hospitalisation sont nombreux et concernent différents niveaux : patient, famille, soignant, hôpital... Madame Maggie De Block et son équipe en ont relevé plusieurs.

Tout en bénéficiant d'une prise en charge personnalisée de la part du médecin traitant et de l'équipe pluridisciplinaire, le patient est replacé dans son cadre de vie habituel et bénéficie du confort et du bien-être de cet environnement. De plus, les soins dispensés à son domicile se veulent être de la même qualité et sécurité que ceux dispensés à l'hôpital.

Nous pouvons encore relever plusieurs avantages : être soigné chez soi aide à améliorer le moral du patient, lui permet de se ménager, réduit le temps dédié à son traitement, valorise *l'empowerment* et réduit le risque d'infection nosocomiale. De cette manière, la réadaptation se fait plus rapidement et la prise en charge du patient coûte moins cher à la société. Enfin, selon

Raffy-Pihan, le patient peut éviter la désocialisation grâce à la présence de son entourage (1997).

L'entourage et la famille du patient peuvent également en tirer parti. Ils peuvent davantage être aux côtés du patient, et cela aux heures qui leur conviennent car ils ne doivent plus s'inquiéter des heures de visite de l'hôpital. De plus, l'équipe de l'hospitalisation à domicile peut répondre à leurs questions, les rassurer et les soutenir en cas de besoin (De Block, 2017).

Il est intéressant de relever les statistiques présentées dans un article concernant l'hospitalisation à domicile pour les personnes âgées en France. L'auteur a recueilli auprès des patients et de leurs entourages les différents avantages liés à une HAD (Raffy-Pihan, 1997).

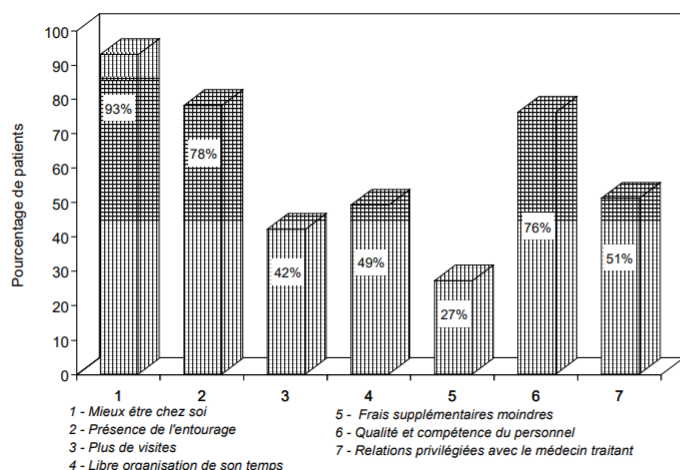


Figure 5 - Avantages de l'HAD cités par le patient

« Du côté du patient, le principal avantage cité par 93 % d'entre eux est "le mieux-être chez soi". Il faut également noter un autre avantage qui est celui de la qualité et de la compétence du personnel (76 %) » (Raffy-Pihan, 1997, p.20).

« Pour l'entourage du patient, son retour à domicile se traduit principalement comme un gain de temps (pour 82 % des personnes) et des frais supplémentaires moindres (79 %) » (Raffy-Pihan, 1997, p.20).

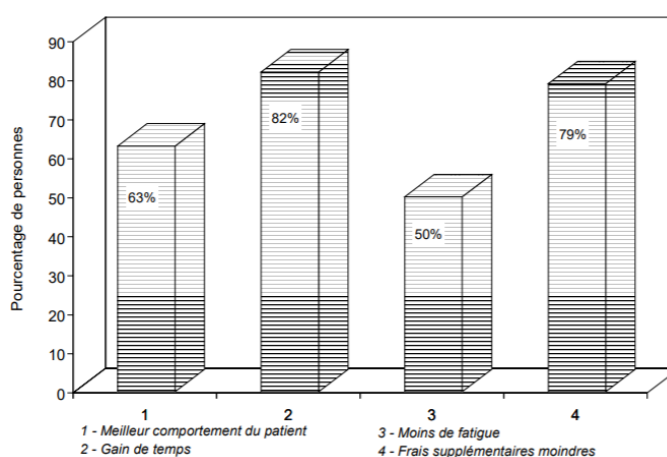


Figure 6 - Avantages de l'HAD cités par l'entourage

Nous pouvons donc remarquer que cela correspond aux avantages relatés précédemment.

Les prestataires de soins qui s'occupent de patients en hospitalisation à domicile sont plus autonomes et sont satisfaits de travailler de cette manière. En effet, au CHU de Liège, « *les infirmiers qui ont participé à ce projet nous ont expliqué que c'était un vrai bonheur de suivre les patients dans ces conditions, le contact est très différent et beaucoup plus agréable* » (Dubuisson, 2017, p.8). De plus, il y a une « *revalorisation de l'image des soins de première ligne* » et « *une meilleure complémentarité entre les différents environnements de soins* » (KCE, 2015, p.10).

Il y a également un intérêt pour les hôpitaux. La mise en place de ce genre de collaboration leur permet de libérer des lits et de se concentrer sur leurs principales activités. De ce fait, ils pourront augmenter le nombre d'admissions et donc augmenter leur financement.

Enfin, l'HAD permet une collaboration, une coopération et une coordination entre des personnes de différents domaines qui, de cette façon, renforcent les liens entre les soins de première ligne et l'hôpital.

La conclusion d'une méta-analyse sur l'hospitalisation à domicile confirme ces avantages : « *HITH [Hospital In The Home] is associated with reductions in mortality, readmission rates and cost, and increases in patient and carer satisfaction, but no change in carer burden* » (Caplan et al., 2012, p.1).

2. Inconvénients

Étant donné que cette alternative à l'hospitalisation classique est assez récente et que l'évaluation des douze projets sélectionnés n'a pas encore été réalisée, il est difficile de connaître les éventuels inconvénients liés à ce type d'hospitalisation.

Mais plusieurs questions restent encore sans réponse : cette alternative convient-elle à tous les patients ? Va-t-elle réellement coûter moins cher que l'hospitalisation conventionnelle ? Qu'en est-il des risques ? Et de la tarification pour le personnel infirmier à domicile ?

Si nous reprenons à nouveau l'exemple français, les graphiques relèvent quelques inconvénients tels que la dépendance du patient vis-à-vis de la famille (54 %), la charge supplémentaire du travail domestique pour la famille (56 %) et la fatigue et l'angoisse induites pour l'entourage (63 %).

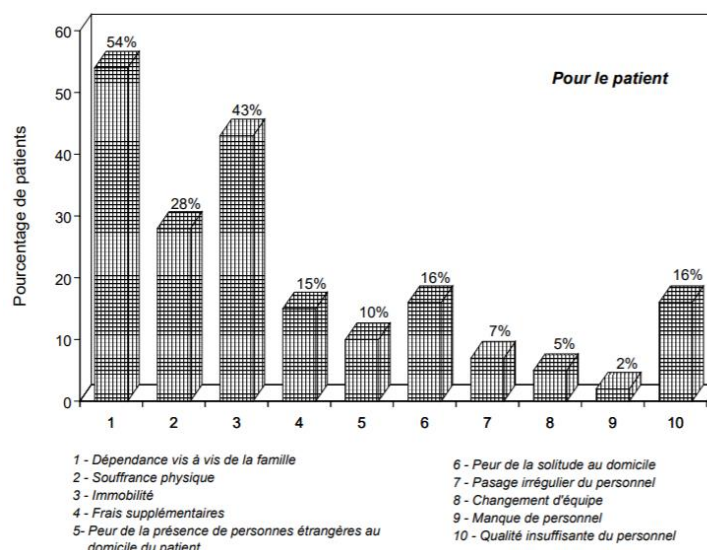


Figure 7 - Inconvénients de l'HAD cités par le patient

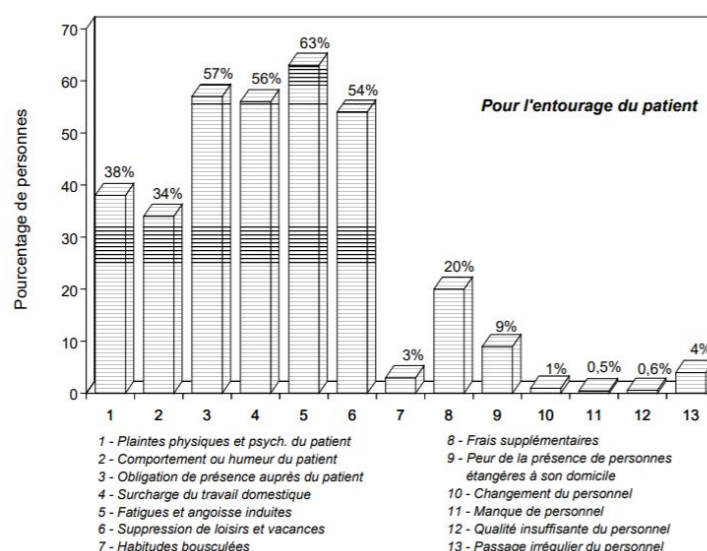


Figure 8 - Inconvénients de l'HAD cités par l'entourage

F. Facteurs & freins de développement

1. Facteurs de développement :

Comme évoqué dans l'introduction générale, l'évolution démographique, épidémiologique, technologique, médicale et pharmacologique nous a amenés à revoir notre système de soins de santé autrement. Cela a donc favorisé l'émergence de l'hospitalisation à domicile qui, à l'heure actuelle, est également mise en avant grâce à la réforme du paysage et du fonctionnement hospitalier. En effet, l'intervention de la politique facilite son développement.

Étant donné notre volonté de se diriger vers un nouveau modèle des soins de santé, cette alternative à l'hospitalisation est favorisée car elle peut satisfaire plusieurs critères repris dans

le tableau 1 : pathologie multiple et chronique ; patient partenaire actif ; intégration, continuité, coordination ; soins proximaux ; équipe ; meilleure qualité de vie, confort, autonomie ...

De plus, l'intérêt certain de la part des professionnels de la santé permet l'instauration de plusieurs initiatives locales dans notre pays.

Enfin, « *le succès du développement de l'hospitalisation à domicile passe par l'organisation rigoureuse d'une filière de soins* » (Delvallée et al, 2017, p.2).

2. Freins :

À côté des facteurs favorables se trouvent plusieurs obstacles qui freinent le développement de l'hospitalisation à domicile en Belgique.

Contrairement à la France, la Belgique ne dispose pas d'un système de financement nommé tarification à l'activité (T2A). En effet, dans notre pays voisin, jusqu'en 2005, les structures d'HAD et ses prestataires étaient financés par un système de prix de journée. Son défaut était donc le financement de manière globale. Ils ont donc décidé de passer à la tarification à l'activité, « *c'est-à-dire par la mise en œuvre d'un tarif qui, adapté à la production de chaque structure, définit les recettes dont elle va disposer pour couvrir ses charges.* » (Durant et al, 2010, p.46). Cela a permis de valoriser l'HAD.

Nous pouvons également relever d'autres freins tels que le manque de connaissance ou la réticence chez les médecins et les patients concernant cette alternative à l'hospitalisation classique ; l'absence de législation pour ce type d'hospitalisation ; l'influence des facteurs environnementaux au domicile du patient (présence d'animaux, mauvaise hygiène de vie...).

G. Quelques chiffres

En France, en 2016, plus de 100 000 patients ont été pris en charge par les structures d'HAD, ce qui correspond environ à 4 900 000 journées d'hospitalisation et une hausse de 5,4 % par rapport à 2015. Le coût moyen d'une journée d'hospitalisation à domicile pour l'assurance maladie est d'environ 198,2 € (FNEHAD, 2016).

En Belgique, l'ASBL AREMIS et l'Hôpital Érasme ont réalisé une étude « *relative à la réalisation de soins techniques et complexes de chimiothérapie à domicile dans les mêmes conditions médicales, qualitatives et sécuritaires qu'en milieu hospitalier. [...] Les résultats de l'étude montrent que le coût moyen journalier en HAD pour l'administration des chimiothérapies à domicile s'élève à environ 170 € pour un nombre moyen d'environ 13 cures* »

de chimiothérapies réalisées à domicile. Selon les molécules de chimiothérapie administrées à domicile dans le cadre de l'étude, le coût moyen journalier en HAD varie :

- pour les molécules donnant lieu à application du maxi forfait en Hôpital De Jour (HDJ), le coût moyen journalier en HAD est d'environ 167 €, soit un montant inférieur au maxi forfait appliqué en HDJ (environ 272 €),
- pour les molécules donnant lieu à application du mini forfait en HDJ, le coût moyen journalier en HAD est d'environ 231 €, soit un montant supérieur au mini forfait de l'HDJ (environ 97 €). » (Stratélys, n.d, p.1)

Les Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL) ont réalisé, sur quatre ans, 222 HAD, ce qui représente 5229 journées (Servais, 2018). Quant au Grand Hôpital De Charleroi, l'équipe HAD comptabilise 1278 journées de prises en charge en antibiothérapie à domicile (Depasse, 2018).

H. L'HAD dans le monde

Nous pouvons constater dans la littérature que beaucoup d'autres pays tels que l'Australie, les États-Unis, le Canada, la France... ont déjà opté pour l'hospitalisation à domicile. En fonction du pays, le niveau du développement de l'HAD est différent. En **Australie** et en **France**, ce système est répandu dans tout le pays grâce aux expériences de terrain, aux obligations légales et aux incitations tarifaires. Au **Canada** et aux **États-Unis**, celui-ci existe déjà depuis longtemps mais est limité à un certain nombre de pathologies et n'est pas d'application dans tout le pays. En **Belgique**, le développement est tout récent (FNEHAD, 2016).

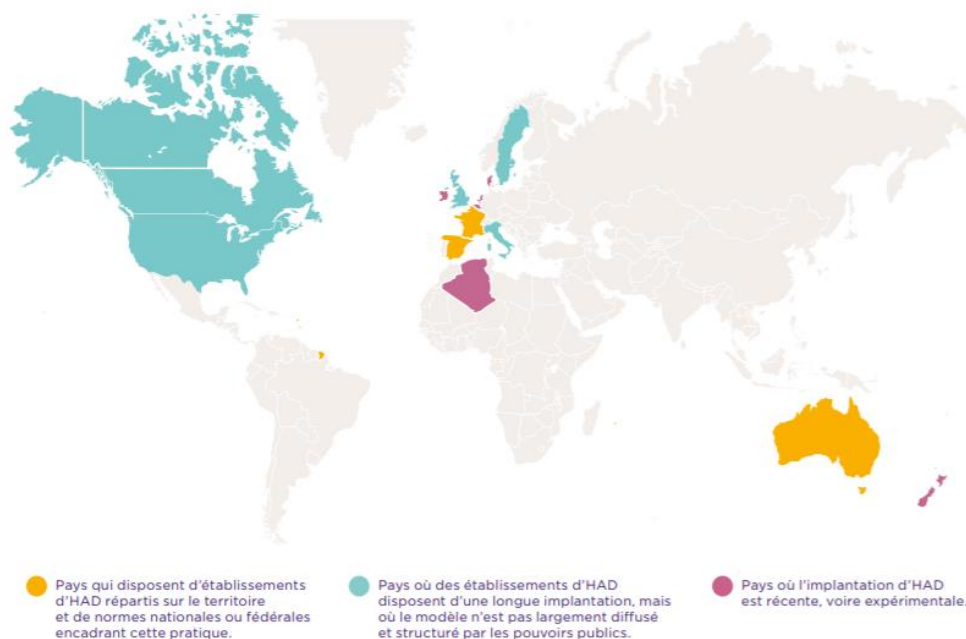


Figure 9 - Développement de l'HAD dans le monde

Cette forme de décentralisation des soins de santé varie selon les pays (Polton, 2003 & 2004). Nous pouvons l'observer par les définitions ou simplement les appellations. En effet, aux États-Unis, on parle de « Home Care ». Ce concept reprend autant les soins à domicile que l'hospitalisation à domicile. En France, il s'agit de « l'hospitalisation à domicile ». Enfin, en Australie, il est question de « hospital in the home ». Le type de population concernée, les acteurs impliqués ou encore la nature du service délivré sont les critères de distinction qui peuvent avoir une influence différente sur le concept. De plus, il y a également une différence dans les raisons qui ont motivé les pays à s'intéresser à cette alternative à l'hospitalisation conventionnelle : désengorgement des hôpitaux, réduction des coûts hospitaliers, libération de lits hospitaliers...

Mais sur base de la littérature internationale disponible à ce propos, nous pouvons relever deux caractéristiques communes : l'hospitalisation à domicile a pour but de délivrer des soins complexes au domicile du patient qui normalement, devraient être dispensés à l'hôpital et elle peut remplacer l'hospitalisation classique tout en garantissant la continuité des soins de manière ininterrompue (FNEHAD, 2016).

Dans notre étude, nous expliquerons plus en détail les deux exemples les plus développés, c'est-à-dire le modèle français ainsi que le modèle australien.

1. France

La France a commencé en 1951 la première expérience d'hospitalisation à domicile à l'hôpital de Tenon à Paris. Par la suite, deux premières structures d'HAD ont été créées en 1957 et 1958 (Afrite et al., 2009). Ce type de prise en charge a été officialisé par la signature d'une convention entre ces deux structures et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en 1961 (Lataste, 1998 ; Farnault, 2004). Suite à cela, cette forme d'hospitalisation a été reconnue légalement par la loi du 31 décembre 1970 : *« les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant »*. Plusieurs lois et décrets ont modifié la loi initiale dans les années suivantes et ont permis le développement de l'HAD (Sentilhes-Monkam, 2005 ; Afrite et al., 2009).

En 1973, la Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation A Domicile a été créée. C'est la seule fédération hospitalière spécifiquement dédiée à l'hospitalisation à domicile. En 2016, elle comptait 302 établissements qui recouvrent toute la France (FNEHAD, 2016).

2. Australie

L'Australie a mis en place un grand nombre de soins hospitaliers à domicile (SHAD) au début des années '90. C'est principalement sur base d'initiatives locales que ce système s'est développé de manière hétéroclite. Cela afin de répondre aux besoins locaux variables. Si on ajoute à cela, le fait que sur l'ensemble du territoire, le fonctionnement et le succès des SHAD dépendent de la répartition très différente de population et des modes de financement des hôpitaux et des services de santé communautaire, nous pouvons dire que ce pays a une expérience très diversifiée.

Le type de soins délivrés est également très varié. Son étendue va des soins de base aux soins hautement spécialisés. De ce fait, cette diversité influence le mode d'organisation et de financement. En effet, il existe un grand nombre de modes de financement différents (paiement à l'acte, paiement à la journée, paiement à l'activité...) (Chevreul et al., 2005).

I. L'exemple du CHwapi

1. Création :

Le Centre Hospitalier de wallonie picarde, nommé CHwapi, est l'un des hôpitaux à avoir lancé une initiative d'hospitalisation à domicile. Celle-ci a débuté en avril 2016 et traite de l'antibiothérapie à domicile. Suite à l'appel à projets du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, l'équipe qui gère cette initiative a présenté leur projet et a été sélectionnée. Ce dernier a donc officiellement commencé en janvier 2018. Vu les résultats très satisfaisants, ils envisagent de lancer un autre projet : l'alimentation parentérale à domicile.

2. Critères d'éligibilité :

« La population cible du projet pilote comprend l'ensemble des patients hospitalisés au CHwapi durant la période du projet pilote. [...] Le domicile du patient doit être situé en Wallonie Picarde. Si le domicile du patient est situé en dehors de cette zone, la poursuite des soins en hospitalisation à domicile peut être proposée au patient mais sera coordonnée en collaboration avec l'équipe de coordination à domicile du secteur concerné si la structure est effective. Les patients résidant en centres d'hébergement et de soins peuvent également bénéficier de la poursuite des soins en HAD sous réserve de l'accord du responsable du centre d'hébergement et de soins » (Delvallée & Coupé, 2016, p.1).

« Les critères de sélection des patients sont les suivants :

- Patient présentant une pathologie infectieuse dont le diagnostic est établi, dont le traitement requiert une antibiothérapie par voie intra veineuse (pour lequel il n'existe pas d'alternative de traitement per os) ;
- Situation clinique stable (absence de signes cliniques laissant suspecter une évolution défavorable, apyrexie, paramètres inflammatoires rassurants) ;
- Pas de décompensation cardiaque, rénale, respiratoire, déséquilibre de diabète associé nécessitant une surveillance rapprochée ;
- Pas d'addiction (alcool, drogues) ;
- État cognitif permettant une adhésion au projet thérapeutique ;
- Patient compliant au traitement ;
- Patient sous couverture d'une mutuelle ;
- Conditions de vie permettant de recevoir des soins à domicile avec un respect des procédures d'hygiène définies au paragraphe dédié ;
- S'assurer des ressources financières du patient afin que ce dernier ne soit pas dans le besoin à cause de ce traitement.

Les critères d'éligibilité doivent être tous remplis. Ces critères doivent être revérifiés avant la sortie du patient. En cas d'évolution de la situation clinique ou sociale du patient, la sortie en hospitalisation à domicile peut être annulée à tout moment » (Delvallée & Coupé, 2016, p.2). La procédure d'inclusion sous forme de schéma se trouve en annexe 3.

3. Organisation

Ce projet-pilote travaille selon le troisième modèle, expliqué à la section C du chapitre 3. En effet, c'est un modèle mixte : l'équipe de première ligne, choisie par le patient, réalise les soins au domicile et l'équipe coordinatrice, « de seconde ligne », coordonne et organise le retour du patient à la maison.

4. Quelques chiffres

L'équipe HAD du CHwapi suit l'évolution de son projet depuis avril 2016, car il a été mis en place avant d'être sélectionné. La date de commencement des projets pilotes était fixée, au départ, au 1^{er} juillet 2017. Pour cause de retard dans certains projets, la date a été repoussée au 1^{er} janvier 2018.

Dans les chiffres présentés ci-dessous, il y a une différence entre les hospitalisations suivies entre le 1^{er} janvier et le 31 juin 2017 (ATB hors projet-pilote) et entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2017 (ATB projet-pilote). Sur le tableau 2, la charge de travail s'élève à 907 journées d'hospitalisation à domicile sur l'année 2017. Mais l'équipe suit également les patients qui ont uniquement un cathéter et ceux qui reçoivent des injections de méthotrexate (traitement de certains cancers et maladies auto-immunes). La charge de travail réelle concernant l'HAD s'élève donc à 1524 journées d'hospitalisation à domicile. Il est à noter qu'à ce jour, aucun cathéter n'a été infecté.

Tableau 2 - Chiffres projet pilote CHwapi

Chiffres 2017	Journées	Patients
ATB hors projet-pilote	331	27
ATB projet-pilote	576	26
KT hors ATB	379	4
Méthotrexate	238	15
TOTAL	1524	

L'équipe HAD remet aux patients et aux prestataires de soins intervenant dans le cadre de l'HAD, une enquête de satisfaction (voir annexes 4 et 5). Ces résultats (voir annexe 6) révèlent qu'autant les prestataires que les patients sont satisfaits de la prise en charge. En effet, 100 % des prestataires estiment avoir été assez informés et notent que la communication était optimale. De plus, l'HAD a répondu aux attentes de l'ensemble des répondants. Néanmoins, environ la moitié d'entre eux estiment que cela engendre un stress supplémentaire et une charge de travail plus conséquente dans la phase extrahospitalière. L'ensemble des patients est satisfait d'avoir participé à ce projet et le recommanderait à leur entourage.

Chapitre 4 : Conclusion de la partie théorique

Suite à la mise en contexte et la définition de différents concepts en lien avec le sujet étudié, la partie théorique de ce mémoire nous a permis de tirer certaines conclusions : le système de soins de santé belge est en constante évolution. Il bénéficie de nombreux progrès et n'est plus hospitalocentré mais a plutôt tendance à se tourner vers l'extérieur.

C'est pour cette raison que la politique belge s'est intéressée à la notion d'hospitalisation à domicile. En effet, suite à la réforme sur le financement des hôpitaux, l'objectif actuel est de diminuer le nombre de lits tout en augmentant le volume des soins et la collaboration avec les soins de première ligne. Cela dans un intérêt financier mais également, dans l'intérêt du patient.

Pour cela, la coordination et la communication sont extrêmement importantes. En effet, la communication est un outil essentiel pour pouvoir assurer la coordination des soins. Or, c'est un problème régulièrement mis en évidence au sein du système des soins de santé. Cette transmission de l'information est souvent perturbée par différents facteurs.

Nous nous sommes donc intéressée à cet aspect de l'hospitalisation à domicile. Nous avons défini une question de recherche qui, pour rappel, est : « ***Comment garantir une communication et une coordination efficaces entre toutes les personnes intervenant dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ?*** ». Nous avons émis l'hypothèse que les itinéraires cliniques (informatisés ou non) et les technologies de l'information et de la communication pourraient être une solution.

Dans la suite de ce mémoire, nous voulons donc vérifier cette hypothèse à l'aide d'une analyse quantitative. Mais nous avons également formulé deux objectifs. D'abord, réaliser une analyse de la situation, c'est-à-dire mieux comprendre les besoins des professionnels de la santé en matière de communication et de coordination dans le cadre d'une hospitalisation à domicile. Ensuite, établir des recommandations qui pourraient solutionner notre question de recherche. Pour cela, nous récolterons l'avis de différents professionnels de la santé à l'aide d'une méthode qualitative afin d'analyser les différentes solutions possibles. Cela nous permettra de conclure et d'établir des perspectives d'avenir.

Pour ce faire, nous commencerons par détailler le type d'étude utilisée ainsi que les méthodes d'échantillonnage et d'analyse choisies. Nous décrirons ensuite les résultats récoltés et nous les analyserons pour finalement conclure.

PARTIE PRATIQUE

Chapitre 1 : Méthodologie

A. Choix du type d'étude utilisée

Étant donné que l'objectif de ce travail est de réaliser une analyse de la situation et de trouver de possibles solutions à notre question de recherche, mais également de chiffrer certaines informations, nous avons choisi d'utiliser une méthode mixte, plus précisément un design concomitant ou parallèle. Cela consiste en l'analyse en deux phases, quantitative et qualitative, d'une même question de recherche. Ce type de dispositif est « *utilisé à des fins de triangulation ou pour obtenir différentes perspectives* » (Aujoulat, 2016, p.20). L'association des deux méthodes permet d'une part, de connaître les avis de chacun ainsi que le fonctionnement concret d'une prise en charge d'HAD, de comprendre les potentiels problèmes, de trouver des solutions pour améliorer voire garantir la qualité de la coordination et de la communication et d'autre part, de quantifier et illustrer ces informations.

L'analyse qualitative présente plusieurs avantages :

- Grande liberté d'expression de la part des répondants,
- Possibilité de relance et de reformulation de la part de l'intervieweur,
- Opportunité de développer en profondeur une réponse intéressante ou interpellante.

Quant à l'analyse quantitative, elle permet :

- De tester une hypothèse,
- D'obtenir plus de répondants,
- D'établir des graphiques ou des tableaux.

En complément à ces deux méthodes d'analyse, nous avons également effectué une observation de terrain au sein du CHwapi, en profitant de l'opportunité que nos stages d'options nous offraient. De plus, nous avons participé à un congrès, organisé par le GHDC et nous avons assisté à une réunion entre les équipes de coordination HAD des différents projets-pilotes wallons et bruxellois sélectionnés.

B. Dispositif de recueil d'informations

Stratégie

Nous avons tout d'abord rencontré notre promoteur, Monsieur François Roucoux, afin de discuter avec lui de la meilleure manière d'analyser le sujet.

Nous avons donc décidé de réaliser des entretiens semi-dirigés, c'est-à-dire des interviews avec une « *liberté de parole relative, au sein d'un cadre défini par le chercheur* » (Aujoulat, 2016, p.9) ainsi que des questionnaires quantitatifs.

En premier lieu, nous avons réalisé un guide d'entretien sur base de la littérature, qui a été validé par notre promoteur. Ensuite, nous avons utilisé la voie téléphonique afin de demander l'accord aux personnes choisies. Si cela était le cas, nous fixions un rendez-vous en fonction des disponibilités des répondants. Ce fonctionnement présente l'avantage de la rapidité. Nous nous rendions donc sur place, au lieu de rendez-vous fixé, afin de procéder à l'interview. Enfin, nous avons retranscrit l'ensemble des entretiens afin de faciliter l'analyse des données.

Pour la partie quantitative, nous avons réalisé un questionnaire en ligne, via l'application Google Forms (voir annexe 7). Il a été ouvert le 24 mars 2018 et clôturé le 19 avril 2018. Il a été rédigé sur base de la partie théorique et étoffé avec l'aide de notre promoteur.

Nous avons envoyé le lien par voie électronique. Pour obtenir certaines adresses mails, plusieurs appels téléphoniques ont été nécessaires. Pour le reste, les répondants ont été sélectionnés soit sur base de la liste des participants au congrès du GHDC, qui avait comme sujet l'hospitalisation à domicile, soit avec l'aide de notre maître de stage, l'infirmier coordinateur HAD au CHwapi, qui nous a fourni plusieurs contacts. Nous avons donc envoyé au total 89 mails (voir exemple type en annexe 8) afin de récolter un maximum de réponses. Utiliser Internet pour diffuser le questionnaire a pour avantage de reprendre l'ensemble des réponses dans un fichier Excel (voir annexe 9) et de réaliser des graphiques de manière instantanée. Cela facilite le traitement des données. De plus, cette manière de procéder permet également l'anonymat et une plus grande flexibilité pour les répondants. Elle réduit les coûts (déplacements, envois postaux, etc.) et permet un impact plus large et plus conséquent (ensemble de la Wallonie et la Région de Bruxelles-Capitale). Il est à noter, bien évidemment, que les personnes concernées avaient le choix d'y répondre ou non. Preuve en est : 89 mails envoyés mais 56 réponses.

Ensuite, après avoir mis fin au questionnaire, nous avons exporté les réponses sous format Excel afin de traiter les données.

Dans les chapitres suivants, nous allons présenter et analyser les données.

Nous avons choisi une méthode volontaire et participative pour les deux types d'analyse. Cela nous a permis de constater l'enthousiasme et l'intérêt manifestés pour le sujet. En effet, nous

avons été positivement étonnée des retours obtenus par mails ou émis à la fin des entretiens et du soutien reçu dans l’accomplissement de ce travail.

Échantillon

Pour l’analyse qualitative, l’échantillon « *ne doit pas être statistiquement représentatif de la population et est limité en taille* » (Aujoulat, 2016, p.4). Dans le cadre de ce mémoire, l’échantillon est composé de deux types différents : un échantillon intentionnel et un échantillon de convenance. En effet, il était question, à la base, de n’interroger que les coordinateurs des différents hôpitaux sélectionnés. Par la suite, il nous a semblé intéressant de connaître l’avis des professionnels de la santé de première ligne. C’est pour cette raison que ces derniers forment le deuxième type d’échantillon.

Dans le premier cas, le but est d’avoir un maximum de diversité afin d’obtenir « *un échantillon “représentatif” de la plus grande diversité des situations possibles* » (Aujoulat, 2016, p.6). Ce dernier est donc composé de l’ensemble des différents coordinateurs HAD des projets pilotes wallons et bruxellois sélectionnés par Madame Maggie De Block. Sont donc compris dans cet échantillon, différents responsables HAD du Centre Hospitalier wallonie picarde, du Grand Hôpital De Charleroi, du Centre Hospitalier Régional de Verviers (CHR), du Centre Hospitalier Chrétien (CHC), des Cliniques universitaires Saint-Luc et d’Erasmus (ASBL AREMIS). Cela fait donc un total de six personnes interrogées.

Dans le second cas, le critère principal est l’accessibilité et/ou l’opportunité (Aujoulat, 2016, p.5). Suite au stage d’observation réalisé au CHwapi, durant lequel nous avons pu accompagner l’infirmier coordinateur HAD, trois participants ont pu être inclus par son intermédiaire. En effet, ce dernier a pu nous fournir les coordonnées de plusieurs personnes. Il s’agit de deux infirmières à domicile et d’une infirmière-chef en maison de repos et de soins dans la région de la Wallonie picarde.

Afin de pouvoir comparer les soignants de première ligne et ceux de seconde ligne, nous aurions également voulu questionner six professionnels de terrain (infirmier à domicile ou infirmier en maison de repos [et de soins]) mais nous avons malheureusement essuyé trois refus pour manque de temps et de disponibilité.

De plus, après discussion avec plusieurs médecins généralistes, nous ne les avons inclus que dans la phase quantitative car ces derniers qualifient comme faible leur rôle dans la prise en charge d’un patient hospitalisé à domicile. Nous avons également exclu les patients selon les conseils de différents coordinateurs HAD interrogés. C’est donc pour ces deux raisons que nous

avons volontairement décidé de n'interroger que des infirmières à domicile ou en maison de repos (et de soins).

Dans les deux cas, les critères d'inclusion sont les mêmes. L'ensemble des personnes interrogées devait avoir pris en charge des patients hospitalisés à domicile, devait faire partie du monde intra ou extrahospitalier et devait être concerné par les projets-pilotes sélectionnés par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. En effet, cela a pour but de rester le plus « objectif » possible.

Pour l'analyse quantitative, l'échantillon doit être, de préférence, large et sélectionné aléatoirement. Il est donc, dans ce cas-ci, composé de 56 personnes, toutes concernées par l'hospitalisation à domicile mais dont les métiers sont différents (médecin spécialiste, médecin généraliste, infirmière de service, infirmière à domicile, coordinateur HAD, pharmacien, assistant social, directeur général...). Les critères d'inclusion restent les mêmes, excepté le fait que les répondants pouvaient faire partie de projets « officiels », c'est-à-dire non reconnus par les autorités fédérales.

Instruments

Guide d'entretien

A partir de la question de recherche, nous avons développé différentes questions afin d'aborder l'ensemble des sujets souhaités lors de l'interview. Nous avons veillé à respecter les critères cités dans notre cours d'introduction aux méthodes qualitatives. Une bonne question « *sound conversational, use words participants would use, are easy to say, are clear, are short, are open-ended, are one-dimensional and include good directions* » (Aujoulat, 2016), p.16). Ce guide d'entretien a été validé par le promoteur et se trouve en annexe 10. Il contient, de base, un total de huit questions principales. Il nous permet de suivre un fil conducteur tout en laissant place à l'émergence d'éventuelles questions ouvertes. La durée moyenne d'une interview était de 31 minutes. Les interviews des professionnels de la santé de première ligne sont généralement plus courtes (environ 25 minutes) que les entretiens des coordinateurs HAD (environ 35 minutes). Elles se sont toutes déroulées dans un endroit calme et propice à la discussion. En effet, nous n'avons jamais été interrompus. La prise de rendez-vous favorise également cela car les répondants ont pu prévoir du temps à cet effet.

Enregistrement

Après avoir demandé l'autorisation à chaque interviewé, l'entretien était enregistré afin d'être intégralement retranscrit pour l'analyse. Ces retranscriptions se trouvent dans les annexes 11 à 19. Chaque intervenant était informé de la possibilité d'arrêter l'enregistrement ou de mettre fin à l'entretien dès qu'il le souhaitait. De plus, leur anonymat a été préservé en remplaçant leurs noms par des numéros ou des lettres.

Questionnaire

Pour la phase quantitative, nous avons également rédigé un questionnaire sur base de la partie théorique. Il se retrouve en annexe 7. Il est composé d'un total de treize questions principales, dont certaines sont « à tiroirs ». Il reprend en partie des questions du guide d'entretien. Ainsi, il sera possible de chiffrer et d'illustrer certaines informations.

C. Choix des méthodes de traitement, d'analyse et de validation des informations

Analyse qualitative

Pour réaliser cette analyse, nous nous sommes essentiellement basée sur le cours d'introduction aux méthodes qualitatives enseigné par Madame Isabelle Aujoulat lors de la première année de master en sciences de la santé publique.

a) Méthodes de traitement et d'analyse

Afin de pouvoir traiter les données qualitatives à l'aide d'une analyse thématique descriptive, les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité et lus à plusieurs reprises par la suite.

Pour démarrer l'analyse, la première étape consiste à découper les données en différentes unités d'analyse, aussi appelées unités de sens ou de signification (Aujoulat, 2016). Étant donné que nous sommes dans le cadre d'une démarche exploratoire, vu le caractère relativement récent du sujet, « *les thèmes ne sont pas prédéfinis mais créés à partir du matériau récolté* » (Aujoulat, 2016, p.22). Ces unités d'analyse doivent respecter quatre critères afin de pouvoir « *garantir l'objectivité de la phase descriptive* » (Aujoulat, 2016, p.11) :

- Exhaustivité : « *caractère de ce qui épuise un sujet* » (Larousse, n. d)
- Objectivité : « *Qualité de ce qui est conforme à la réalité, d'un jugement qui décrit les faits avec exactitude* » (Larousse, n. d)
- Pertinence : « *Qualité de ce qui est pertinent, logique, parfaitement approprié* » (Larousse, n. d)

- Exclusivité : « *Qui appartient à un seul [unité d'analyse]* » (Larousse, n. d).

Ensuite, l'analyse se divise en deux niveaux : descriptif et interprétatif (Aujoulat, 2016). Le premier « *consiste à rendre compte systématiquement et objectivement de ce qui a été dit à propos de l'objet de la recherche* » (Aujoulat, 2016, p.13). Il a deux fonctions :

- « *Repérage : relever tous les thèmes pertinents, en lien avec les objectifs de la recherche, à l'intérieur du matériau de l'étude* » (Aujoulat, 2016, p.13).
- « *Documentation : rendre compte de l'importance de certains thèmes au sein de l'ensemble thématique, donc relever des récurrences, regroupements, etc.* » (Aujoulat, 2016, p.13).

Cette phase correspond à la présentation des résultats, développée dans le chapitre suivant. En effet, le but recherché n'est que de la pure description.

Le second niveau d'analyse « *consiste à interpréter et expliquer* » (Aujoulat, 2016, p.13). Et cela, avec l'aide de « *la subjectivité du chercheur mais également ses connaissances issues de la littérature* » (Aujoulat, 2016, p.13). Cette phase coïncide avec l'analyse des résultats. Elle nous permet de dégager des tendances et des similitudes entre les répondants mais également de construire des liens entre les différentes catégories relevées.

Nous sommes donc en présence d'une démarche inductive et itérative. En effet, nos unités d'analyse n'ont pas été élaborées à l'avance, elles ont émergé au fur et à mesure de l'analyse selon une démarche de thématisation continue (Aujoulat, 2016). Elles ont été organisées selon l'opération de regroupement : « *un thème ou catégorie est rattaché(e) à un autre* » (Aujoulat, 2016, p.17). Le thème « outils de coordination » a été réuni avec celui d'« outils de communication ». Comme un intervenant l'a souligné : « *la coordination ne va pas sans la communication et l'inverse aussi* » (Coordinateur n° 1).

Pour l'ensemble des thèmes, nous avons également utilisé l'opération de subdivision : « *un thème ou catégorie est différencié(e) en deux nouvelles appellations* » (Aujoulat, 2016, p.17). Prenons l'exemple du thème cité précédemment qui a été divisé en quatre sous-catégories : « Oraux », « Écrits », « Avantages » et « Inconvénients ». Le thème « solutions » a également été divisé en deux sous-catégories afin de gagner en précision : « solutions » et « recommandations ». Nous les avons donc classés selon six unités d'analyse, qui elles-mêmes ont été divisées en sous-catégories. Nous les retrouvons dans le tableau récapitulatif décrit dans le chapitre suivant (voir tableau 5).

b) Méthodes de validation

Contrairement à une recherche quantitative, l'analyse qualitative s'inscrit plutôt « *dans un paradigme plutôt compréhensif, dit aussi interprétatif ou holistique* » (Mukamurera et al., 2006, p.111). Ce type d'analyse « *a longtemps été la cible de critiques, lui reprochant de manquer d'objectivité, de validité, voire de scientificité* » (Mukamurera et al., 2006, p.110). Or, il existe plusieurs techniques qui favorisent la validité de l'analyse. En effet, différents critères de validité sont présents dans cette analyse, à trois moments différents : « *au moment de la récolte d'informations, au moment de l'analyse d'informations et au moment de l'analyse et de l'écriture du rapport* » (Aujoulat, 2016, p.12).

D'abord, plusieurs sources d'informations ont été consultées afin de confronter les résultats.

Ensuite, une validation par les répondants a été constamment réalisée lors des entretiens ainsi qu'une comparaison avec la littérature.

Enfin, nous avons fait part de notre réflexivité personnelle dans la partie qui concerne les limites de notre étude (voir chapitre 3).

Analyse quantitative

Le but de cette phase n'est pas de sortir des outputs depuis un logiciel statistique mais simplement de quantifier et d'illustrer, à l'aide de graphiques et/ou de tableaux, les informations récoltées de manière plus générale. Ces illustrations viendront enrichir et appuyer les données récoltées par l'analyse qualitative.

D. Calendrier

La rédaction de ce mémoire nous a demandé de procéder étape par étape. Ce calendrier permet de visualiser son développement et d'observer la progression de notre réflexion.

Tableau 3 - Calendrier

Date	Activité
Mars 2017	Rencontre avec le promoteur de ce travail
Avril à août 2017	Lecture d'articles portant sur le sujet
Septembre 2017	Validation du projet mémoire
Novembre à décembre 2017	Élaboration de la question de recherche
Janvier 2018 à mars 2018	Rédaction de la partie théorique
Mars 2018	Élaboration du guide d'entretien

Fin mars à avril 2018	Récolte des données
Mai 2018	Analyse des données et rédaction de la partie pratique
Juin 2018	Présentation orale du mémoire

Chapitre 2 : Résultats

A. Présentation des échantillons

Dans le tableau suivant, nous pouvons retrouver la description des échantillons selon différentes caractéristiques.

Tableau 4 - Données sociodémographiques des échantillons

	Premier échantillon	Deuxième échantillon
<i>Effectif</i>	6	3
<i>Fonction</i>	Coordinateur HAD	Infirmière à domicile et infirmière-chef
<i>Âge moyen</i>	32 ans	52 ans
<i>Sexe</i>	50 % masculin & 50 % féminin	100 % féminin
<i>Région</i>	Wallonne	Wallonie-Picarde

B. Tableau récapitulatif

Ce tableau reprend les différentes catégories émergentes ainsi que leurs définitions et sous-catégories respectives.

Tableau 5 - Catégorisation des données qualitatives en unités d'analyse

Catégories émergentes	Définition	Sous-catégories
Outils de communication et de coordination	Les outils de communication et de coordination mis en place ainsi que leurs avantages et leurs inconvénients	- Oraux (téléphone ou contact direct) - Écrits (dossier papier, dossier informatisé, itinéraires cliniques, application mobile...) - Avantages - Inconvénients
Rôle coordinateur	La vision du rôle de coordinateur selon les répondants	/
Freins	Les freins relevés par les interviewés	- Liés aux intervenants - Liés aux outils mis en place - Liés à la récurrence du projet
Solutions	Les solutions futures formulées par les professionnels de la santé afin d'améliorer la communication et la coordination	- Solutions papier - Solutions informatisées - Autres solutions
Recommandations	Les recommandations ou pistes d'amélioration décrites par les intervenants pour favoriser la communication	- Générales - Spécifiques

Ressenti	Les différents ressentis émis par les interviewés concernant le fonctionnement de la prise en charge	- Ressenti positif - Ressenti neutre - Ressenti négatif
----------	--	---

C. Présentation des données

Après plusieurs relectures, nous avons décidé de présenter nos résultats en trois parties : les réponses des coordinateurs, celles des professionnels de la santé de première ligne et les résultats quantitatifs. Pour les deux premières parties, nous avons décidé de classer les réponses selon les différentes catégories émergentes. L'ensemble des réponses relevées, avec le code couleur choisi, se trouvent sous forme de tableaux dans les annexes 20 et 21. Les résultats quantitatifs se trouvent en annexe 9.

Synthèse des résultats des entretiens réalisés auprès des coordinateurs HAD

Comme expliqué précédemment, la première catégorie émergente reprend l'ensemble des outils de communication et de coordination mis en place ainsi que leurs avantages et inconvénients. Nous avons divisé cette unité en quatre sous-catégories, illustrées ci-dessous.

Outils de communication et de coordination :

« Même moi la communication, en tant que coordinateur, c'est l'outil le plus cher que j'ai. C'est comme quand tu vas à la guerre, au plus tu as d'armes, au plus tu es sûr de gagner. Pour la coordination, au plus j'ai d'armes de communication, au mieux c'est. Il faut faire attention parce que la multiplicité des "armes" peut parfois permettre de perdre certaines informations parce qu'il faut faire attention où tu le mets. Mais si jamais tu manies très bien toutes ces armes, tu n'as pas vraiment de soucis à te faire » (Coordinateur HAD n° 1).

- Outils oraux :

Dans cette sous-catégorie, nous avons pu ressortir différents supports utilisés lors d'une prise en charge en hospitalisation à domicile : téléphone, réunion, présentation et contact en face à face. En effet, plusieurs extraits illustrent ces propos : *« Ce sont des personnes que j'appelle et j'assure une **communication orale** », « on fait des **réunions** en interne avec tous ces corps de métier. On essaye de se réunir une fois par semaine pour rediscuter de points bien précis », « On fait des **présentations** du projet. En interne, on a commencé à faire des présentations aux services médicaux », « **je me rends auprès du patient [...]** et j'explique comment l'hospitalisation à domicile va se dérouler s'ils sont d'accord », « La **voie téléphonique** », « J'ai donc **beaucoup de contact quotidiennement** avec les patients ».*

- Outils écrits :

À côté des moyens oraux, différents outils de communications écrits sont présents tels que le trajet de soins, le dossier papier et informatisé, le mail, le fax, les articles de presse et d'autres documents écrits. Nous les retrouvons parmi ces propos : « le **trajet de soins** du patient », « on fonctionne avec un **dossier papier** dont l'élément-phare est le **carnet de liaison** qui comporte les numéros des différents intervenants, les différents points d'attention à voir tous les jours pour l'infirmier de domicile qui lui permet juste de cocher et ça peut lui servir aussi de dossier patient, une partie gestion des déchets et on aura aussi une partie biologie et rendez-vous à voir. », « on a plus en interne, un **dossier informatisé** », « En fin de consultation, l'infectiologue rédige un **courrier** qui est envoyé directement au médecin généraliste », « on contacte par mail », « Il y a l'**intranet** sur lequel il y a les documents avec la **check-list par métier**. », « Par fax », « Il y a eu précédemment un **article dans le magazine** pour le personnel ».

- Avantages :

Chaque moyen de communication et de coordination a ses avantages. Nous avons utilisé la même méthode de classement : oral et écrit.

Dans la communication orale, nous avons relevé différents atouts. « Il faut pouvoir **traiter l'urgence** », « il n'y a pas d'**interprétation de messages** », « mais c'est la **plus rassurante** et de loin, tout le temps. », « Il me faut pourtant une certitude donc c'est mieux le contact téléphonique. Au moins, on est **sûr qu'on a eu la personne** ».

La communication écrite a également plusieurs avantages. « pour se protéger et au niveau sécurité, la **traçabilité écrite**, il n'y a rien de mieux et tu ne peux pas la retirer. C'est un fait. », « la première chose qu'ils vont voir, c'est s'il y a des processus ou des itinéraires cliniques. Pourquoi ? Parce que c'est un **gage de qualité**. », « ça [itinéraires cliniques] va **tout fluidifier** de la communication à la coordination. », « on a pas mal d'appareils connectés [...] et cela permet **d'éviter la retranscription** et donc, le risque d'erreurs parce que la machine prend une mesure et l'envoie au système c'est vraiment un transfert de données, ça **évite les erreurs de recopiage**. », « une fois informatisées, les **données sont cadenassées** et sont mises sur un serveur et voilà. Je pense qu'il y a beaucoup **plus de sécurité** au niveau du stockage des données numériques. », « il faut envoyer un mail pour avoir aussi une trace écrite. L'avantage aussi c'est que ça **permet d'envoyer les mêmes informations à plusieurs personnes en même temps** », « l'avantage [du dossier informatisé] est qu'il y a une **trace directement en temps réel** ».

dans le dossier du patient », « le dossier du patient se trouve dessus [sur le réseau de santé] donc ça nous permettrait d'aller **chercher les informations qu'on a besoin** et puis ça nous **éviterait aussi une surcharge administrative** ».

- Inconvénients :

Par ailleurs, les répondants ont souligné différents inconvénients. Nous les avons, à nouveau, classés en deux parties.

D'une part, nous avons pu mettre en évidence les inconvénients de la communication orale : « *c'est bien beau d'avoir WhatsApp, Viber ou ces choses-là mais tu ne sais pas **quand est-ce que la personne reçoit réellement l'information**, il peut être noté lu ou reçu* », « *ce n'est peut-être **pas la méthode la plus sûre, ni la plus traçable*** », « *c'est toujours difficile de joindre les gens* ».

D'autre part, différents inconvénients de la communication écrite ont pu être mis en lumière. « *avec le dossier papier il y a un grand **risque de perte de données*** », « *les emails, le risque c'est qu'éventuellement, ils ne soient **pas lus** comme j'ai dit tout à l'heure ou alors **pas bien compris***. [...] *La compréhension n'est pas la même chez tout le monde* », « *il y a un **risque de piratage*** », « *quelques fois avec nos **antivirus**, et bien ça nous bloque* », « *parce que là pour le moment, vu qu'on est au format papier, on fait **beaucoup de réécriture**, de doublon donc c'est assez **surchargé au niveau administratif*** ».

Rôle coordinateur :

Nous développons dans cette unité le rôle du coordinateur de soins en HAD selon les propos des intervenants. Nous nous rendons compte de toute l'importance de son rôle. « *ce n'est que mon rôle de coordinateur [**transmettre les informations nécessaires au suivi du patient**]* », « *Donc je pense que ça peut tout donner d'une certaine voix. [...] la coordination sert de **chef d'orchestre**, c'est elle qui va donner le tempo de comment ça va se passer à domicile* », « *tu as **le relais** qui se fait entre tous via la coordination. Donc tu vois quand même que ça reste **le point central*** », « *Il faudra que **je coordonne le travail des équipes externes**. C'est moi qui m'occupe aussi de relever tous les indicateurs réclamés par le SPF, de faire signer les consentements, d'expliquer le déroulement de l'hospitalisation à domicile aux patients de manière orale et par la brochure également. **Je coordonne également le travail avec les services sociaux, avec les médecins prescripteurs et les médecins coordinateurs et avec la pharmacie*** », « *et c'est aussi au rôle de la coordination de **s'assurer que tous les feux soient***

*au vert, qu'on ait bien toutes les prescriptions, les demandes, les documents nécessaires... », « Cette coordination a **beaucoup d'impact** sur la faisabilité du projet ».*

Freins :

Plusieurs éléments empêchent le bon déroulement d'une communication et d'une coordination efficace. Ces freins sont liés :

- Aux intervenants : *« Des personnes qui vont avoir 60 ou 70 ans, utiliser des applications, tout ça, **ce sera un peu compliqué.** », « les oncologues n'ont **pas joué le jeu**, ils n'ouvraient pas systématiquement le dossier. », « Certains seront effectivement **dépassés par les nouvelles technologies** », « Donc je pense effectivement que les retraités actuels ne vont pas utiliser la demande, ils **ne sauront pas utiliser les outils** de la meilleure manière qu'il soit mais je pense qu'après oui. », « les limites ou les inconvénients de manière générale, je dirai que c'est plutôt des **facteurs humains**, liés à un oubli, à un manque de temps, ou on n'oublierait d'inclure quelqu'un dans la boucle ou qu'on oublierait de préciser quelque chose. », « Et parfois il n'y a **pas forcément une très bonne communication entre les prestataires** aussi. »*
- Aux outils présents ou futurs : *« Le problème de multiplier les outils de communication, c'est que tu peux **perdre des informations.** », « C'est qu'on n'a **pas la situation en temps réel** de l'état du patient. », « Le problème c'est que chaque hôpital a son propre moyen de fonctionnement, a sa digitalisation à eux. Donc ils **fonctionnent tous différemment.** Et donc rien ne peut être coordonné. », « c'est vrai que la complexité, c'est qu'on a **différentes trajectoires de soins** en fonction des hôpitaux. Donc ce n'est parfois pas toujours évident d'être à jour par rapport à tout le monde », « Ça demande **beaucoup de travail administratif** ».*
- À la récence du projet : *« tu peux toujours améliorer. Mais après, de quelle manière, ça, c'est plus compliqué **car le projet il est trop jeune** que pour savoir quel véritable axe d'amélioration prendre. », « Maintenant je dirais que **le recul est un peu trop court** pour pouvoir dire si c'est suffisant », « Pour l'instant **c'est un peu trop tôt** ».*

Solutions :

Toujours dans une optique d'amélioration, les coordinateurs HAD ont proposé différentes solutions. Nous les avons catégorisées comme suit :

- Solutions papier : « une **procédure standardisée** permet clairement d'améliorer ça [coordination et communication]. », « pourquoi pas ne pas utiliser le **format papier** pour qu'il fasse le relais direct au format informatisé par exemple, avec des flashcode, des adresses URL, des numéros, des adresses utiles, etc. ».
- Solutions informatisées : « l'objectif après de faire converger le tout vers une plateforme, un **réseau de santé**, c'est que le dossier qui, pour le moment, est informatisé et est consultable en interne sera consultable en externe aussi avec le RSW », « Ce fameux **dossier informatisé**. Je pense que c'est là où l'information peut être déposé en temps réel et envoyer vers le bon destinataire en temps réel. », « une **plateforme** qui permettrait d'interagir de manière instantanée, ça permettrait d'améliorer justement la communication et la coordination. », « Ce qui permettrait d'améliorer la communication au sein de notre institution, c'est **l'informatisation** », « pourrait peut-être aussi créer une **application** où tout serait centralisé dans le dossier médical du patient, où le généraliste et tous les autres intervenants auraient accès à ça, quand ils en ont vraiment besoin ».
- Autres solutions : « pour qu'ils [=professionnels de la santé de première ligne] travaillent dans un certain confort, il faut que tu aies une **communication proche et que tu sois accessible**. », « il faut garder un **coordinateur** qui a un rôle central ».

Recommandations :

En complément aux solutions, les prestataires de soins ont fait certaines recommandations, d'ordre général ou spécifique, pour améliorer l'hospitalisation à domicile et l'aspect étudié.

- Générales : « il faudra **faire attention aux différents utilisateurs**, dans un premier temps. [...] Et dans un second temps, il faudra faire attention, c'est **d'avoir une uniformisation du dossier** pour la Belgique. », « Notons qu'il n'est pas possible de faire une bonne déshospitalisation s'en **assurer une bonne communication derrière**. », « mais je pense qu'il faudrait avoir un outil [...], un **outil** qui est vraiment **harmonisé** entre les différentes institutions. Que chaque institution ne crée pas son propre outil. Ça serait bien qu'ils viennent avec un **projet vraiment global** pour toute la Wallonie, d'avoir le même service informatisé pour qu'on puisse **tous travailler de la même manière** ».
- Spécifiques : « plus tard, quand il y en aura plus [patients], je pense que ce sera d'autant plus important **d'avoir un coordinateur** et c'est ça qui permettra de donner la qualité », « je pense que le **dossier papier** c'est une **bonne chose de l'enlever**, tant pour des raisons informatisées que pour des raisons comme par exemple l'enregistrement. », « je trouve

que le papier est quand même intéressant mais pourrait **venir en doublon d'un support informatisé**. De cette manière, ça laisse aussi la possibilité aux personnes, éventuellement plus âgées, d'avoir le choix entre un support papier ou alors un support informatisé. », « Toujours **renforcer la coordination**, il faut vraiment qu'on intègre un haut niveau de coordination, que ce soit en intra hospitalier ou en extrahospitalier, ça, c'est certain. Je pense que **l'informatisation** est également le **point central** pour l'instant ».

Ressenti :

Pour finir, en lisant à plusieurs reprises les entretiens, nous avons pu ressentir de la satisfaction mais également certaines préoccupations chez les intervenants.

- Positif : « si jamais on arrive à trouver un point d'entente sur le même dossier dont toutes les flèches vont converger vers le même point, c'est-à-dire par exemple toutes les informations vont sur un réseau de santé [...], déjà que je suis pour le dossier informatisé, mais là par contre, je serai vraiment **conquis** en tout cas. Et je sais que je faciliterai la vie des personnes au chevet du patient, qui sont sur le terrain. », « je trouve que c'est [communication orale] un **confort** parce que si tu donnes ce confort-là au soignant, tu le donnes également au soigné. Car un soignant qui est sûr de son geste, c'est un soigné qui n'est pas anxieux. Et un soigné qui n'est pas anxieux, c'est un soigné qui récupère plus vite. D'office. », « Ça, ce serait **magnifique** si on a une application qui permet ça [...] ce serait magnifique parce qu'on verrait l'alerte en temps réel et on pourrait donner une réponse beaucoup plus rapide ».
- Négatif : « Ça rend **plus complexe** ma tâche qu'autre chose puisque je ne pourrais pas avoir un discours uniforme », « C'est un petit peu le point noir du projet je trouve car on met une structure en place mais il n'est **pas à 100 % respecté** par certaines personnes. Ce n'est pas ces personnes-là qui ont initié le projet mais c'est une équipe de soins, il devrait pouvoir tous travailler de la même manière », « Je sais que **ce n'est pas bien** mais pour le moment on n'a pas d'autres solutions. ».
- Neutre : « Moi je pense personnellement que c'est **voué à continuer**, à se développer. ».

Synthèse des résultats des entretiens réalisés auprès des professionnels de la santé de première ligne

Tout comme pour la première partie, nous allons réaliser la même présentation des résultats pour cette section.

Outils de communication et de coordination :

Les professionnels de la santé ont également décrit différents outils de communication et de coordination : vidéo, contact direct, téléphone, mail, dossier, document écrit et carnet de liaison.

- Outils oraux : *« Mais c'est bien car on nous a donné des références pour le pansement. Sur YouTube, on a vu une **vidéo** qui est bien faite », « Entre nous, on se demande, **on se dit comment ça s'est passé.** », « quand c'est quelque chose de très spécifique, **on va directement sur place**, on va voir le patient, on fait le soin à l'hôpital pour prendre un premier contact avec le patient », « **l'infirmier coordinateur m'a téléphoné** pour également expliquer dans quel projet mon papa allait rentrer. Et pour me donner d'autres informations. Mais également pour fixer d'un **rendez-vous** pour qu'on se rencontre en face à face pour qu'il puisse me montrer une première fois comment administrer et faire la réfection du pansement. », « on **n'hésite pas à téléphoner** pour avoir l'information oralement ou alors pour avoir de plus amples explications. ».*
- Outils écrits : *« L'infirmier référent va m'envoyer par **mail** la fiche technique », « On a un **dossier** chez le patient avec l'heure de passage à chaque fois, la prise en charge matin et soir », « J'ai eu un **document écrit**. J'ai eu son **carnet de liaison** et j'avais une feuille avec les dosages et les heures. Quelque chose mit par écrit. Une sorte de **procédure** en fait. Et dans le carnet de liaison, il y avait son numéro de téléphone, les procédures en cas d'urgence mais c'était surtout moi qui devais écrire et répondre aux petites questions ».*

De plus, ils ont cité les avantages et inconvénients des moyens utilisés.

- Avantages :
 - Oral : *« Enfin le téléphone oui, **pour les choses urgentes** mais il y a aussi pour éventuellement des **explications qui sont plus difficiles à donner par écrit** ».*
 - Écrit : *« [mail] pour **éviter de déranger** de manière intempestive et au moins, pouvoir poser quand même directement la question pour **ne pas oublier** et avoir la réponse par la suite quand il a le temps de répondre. D'autant plus qu'on peut envoyer la*

*question à n'importe quel moment de la journée vu que c'est un **moyen disponible 24 heures sur 24**. Et au moins, ça permet aussi d'avoir une **trace écrite** », « L'avantage du papier c'est qu'il y a une trace et on l'a **toujours avec**. ».*

- Inconvénients :
 - Oral : *« on n'a **pas tout le temps la personne** et en plus il n'y a **pas de traçabilité** vu que tout est dit à l'oral. », « par téléphone, s'il explique, il y a toujours une possibilité, un risque que les explications ne soient **pas bien comprises** ou alors que, par exemple, lorsque je suis au chevet du patient, je **ne me souviens plus** de ce qu'il avait dit ou alors, plus sûre ou ce genre de choses. ».*
 - Écrit : *« si c'est un dossier écrit, **qui va le recevoir** ?, comment on va le faire parvenir à l'infirmier de référence », « dossier papier c'est bien mais il n'y a **pas de communication en instantané** avec la personne », « on doit le remplir tous les jours et c'est vrai que ça, c'est une **charge de travail en plus** pour nous. », « on arrive à tout mettre au format informatique mais le jour où il y a **un problème**, ça veut dire qu'on ne sait plus rien remplir et qu'on ne sait plus avoir accès aux données », « ça peut être aussi la même chose par écrit, on ne comprend pas forcément la même chose. Même si c'est tapé par mail ou informatique ça peut toujours être **interprété** de deux manières différentes, si parfois le message est un peu ambigu ».*

Rôle coordinateur :

Comme le premier échantillon, les infirmières interrogées ont souligné la disponibilité du coordinateur et l'importance de son rôle : *« Il est très **disponible** pour nous. », « Ah oui oui ça c'est sûr, son rôle est **important** ».*

Freins :

Quelques freins ont été rapportés par les acteurs de première ligne. Ils sont liés :

- Aux intervenants : *« Ça dépend des infirmières, ça dépend de leur temps, ça dépend si elles veulent s'investir. Ça **dépend de beaucoup de choses** », « Mais c'est intéressant pour la personne qui sait manier ce genre de chose [outils informatisés] ! Si ce n'est pas le cas, l'infirmière en question risque d'être plus **réticente à prendre en charge** le patient », « C'est vrai qu'il y a parfois un **manque de communication** quand le patient sort de l'hôpital. ».*

- Aux outils : « *il y a certaines infirmières qui ne pratiquent pas beaucoup l'informatique, l'ordinateur et tout, et donc je pense que ça peut créer certaines **barrières*** ».
- À la récence du projet : « *C'est peut-être **un peu tôt** pour le dire.* ».

Solutions :

Plusieurs solutions ont été suggérées lors des entretiens. Nous pouvons retrouver dans le premier type de solution, les itinéraires cliniques et le dossier papier. Tandis que dans le deuxième, il est question d'outil informatique, d'application, de mail et de dossier informatisé. En complément à cela, les intervenants proposent de garder le contact par téléphone ainsi qu'une personne de liaison.

- Solutions papier : « *Je suis tout à fait d'accord, ça [**itinéraires cliniques**] pourrait être une solution pour améliorer la communication et la coordination.* », « *Un **support papier** aussi, ah oui quand même c'est toujours intéressant à avoir* », « *vous voudriez quand même garder que le dossier papier ? R : Oui parce que tout le monde n'est pas au top au niveau de l'informatique.* ».
- Solutions informatisées : « *Ce serait informatisé, je pense que ce serait mieux. On pourrait avoir un **outil informatique**. Ça éviterait soit que le patient oublie de reprendre le dossier, soit qu'on oublie de lui donner.* », « *ce serait bien qu'il y ait une **application** qui reprend l'ensemble des informations, les numéros utiles, les coordonnées, les procédures en cas d'urgence, la petite vidéo avec l'explication de la réfection du pansement, etc. Un support informatique oui, ce serait intéressant.* », « *Je pense en fait qu'il faut les deux : le contact direct et les **explications mises également sur papier ou alors de manière informatisée**. Mais en tout cas mises par écrit. Il faut quand même toujours qu'il y ait la possibilité d'avoir un **échange direct** entre les personnes, que ça soit **par mail ou de manière informatique**.* », « *Si c'est urgent, il faut téléphoner mais si ce n'est pas urgent, il faudrait utiliser justement le mail* », « *le mieux je pense que ce serait un **dossier informatisé**, pour que les données qui viennent d'être complétées soient envoyées instantanément sur le dossier du patient informatisé qui se trouve dans le programme de l'hôpital. Et comme ça, l'infirmier de référence peut voir au même moment les informations du patient et comment ça se passe. En fait, c'est surtout le principe d'avoir les données en instantané.* ».

- Autres solutions : « il faut quand même toujours pouvoir communiquer **par téléphone**, surtout s'il y a une urgence. », « Donc oui, avoir une **personne de liaison** à l'hôpital, c'est essentiel. ».

Recommandations :

Les intervenants émettent certaines remarques générales ou plus spécifiques.

- Générales : « On va aller de plus en plus vers ces nouvelles techniques-là donc il y a intérêt à ce que l'on **s'arme pour connaître ce genre de choses**. », « On a intérêt à être **disponible** pour que ça fonctionne bien et pour recevoir les informations. », « Donc ça nécessiterait des **formations** supplémentaires. », « je pense aussi que c'est la **conscience** de tout le monde de bien faire son travail ».
- Spécifiques : « ce serait quand même bien d'avoir **ce support informatique**, oui pourquoi pas. Ça ne peut être qu'un bon point, d'autant plus qu'on évolue vers ce genre de chose de toute manière », « il est important de réaliser un **dossier complet correct** parce que vu qu'on est plusieurs à passer chez le patient, il faut pouvoir assurer une prise en charge correcte et un bon suivi. », « je trouve qu'il manque aussi à la fin, **un moyen** pour pouvoir en discuter avec l'infirmier de référence, **pour pouvoir débriefer** un peu, pour expliquer. », « Je trouve en plus qu'il faut une **trace** pour ne pas qu'il y ait un risque de mal interpréter certaines informations qui seraient dites oralement. ».

Ressenti :

Enfin, nous avons pu faire ressortir le ressenti des personnes interrogées, qu'il soit positif, négatif ou neutre.

- Positif : « moi, personnellement, des soins comme ça, **je suis demandeuse**. », « C'est plus au niveau communication où je trouve qu'il manquait un petit retour ou ce genre de choses, parce que niveau technique ça ça allait, il m'avait expliqué, j'avais le matériel et il n'y a pas eu de souci. À ce niveau-là, j'ai quand même eu les informations nécessaires. On a eu rendez-vous, il m'a montré, il m'a expliqué donc à ce niveau-là, **ça c'est parfait**. », « Ça me **rassure** en fait d'avoir une procédure papier ou informatisé mais en tout cas écrite, à laquelle on peut se référer », « C'est **plus sécurisant** je trouve quand il y a une trace écrite. », « En tout cas, pour moi, ç'a vraiment été **une super expérience** et je recommencerai ! », « Je trouve que **le suivi est très bon** », « On arrive à bien dialoguer

avec cet infirmier-là. Le **dialogue est bon**, donc c'est très bien. », « Je trouve que **c'est bien fait** ».

- Négatif : « *il ne m'a pas complètement laissé dans la nature, je savais qu'il y avait possibilité de l'appeler en cas de problème mais lui n'a **pas appelé** pour voir si ça se passait bien. Or, **ça j'aurais bien aimé**.* », « ils veulent que tu passes au format informatisé mais bon moi personnellement ça me fait quand même un peu **peur** ».
- Neutre : « *je préfère un **contact direct**, surtout s'il y a un problème quelconque* », « moi je suis aussi fort papier donc je trouve que **le papier reste quand même important**. ».

Comparaison entre les deux échantillons

Tableau 6 - Résumé des données des échantillons

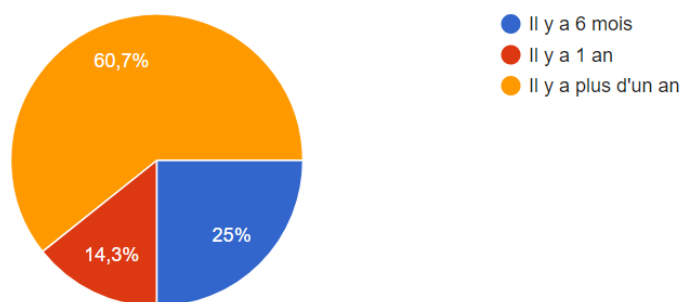
Catégories émergentes	Sous-catégories	Coordinateurs HAD	Professionnels de la santé de première ligne
Outils de communication et de coordination	Oraux	- Téléphone - Contact direct - Rendez-vous - Réunions - Présentations	- Idem - Idem - Idem - Non mentionné - Non mentionné - Vidéo
	Ecrits	- Trajet de soins - Dossier papier - Dossier informatisé - Mail - Documents papiers - Fax	- Non mentionné - Idem - Non mentionné - Idem - Idem - Idem
	Avantages	COMMUNICATION ORALE	
		- Traiter l'urgence - Pas d'interprétation - Rassurant - Certitude d'avoir eu la personne	- Idem - Non mentionné - Non mentionné - Non mentionné - Facilité pour certaines explications
		COMMUNICATION ECRITE	
		- Traçabilité - Évite retranscription et risque d'erreurs de recopiage - Sécurité des données - Diffusion large - Informations à disposition 24h/24	- Idem - Non mentionné - Non mentionné - Non mentionné - Idem - Pas de dérangement - Pas d'oubli
		COMMUNICATION ORALE	
	Inconvénients	- Sécurité	- Non mentionné

		- Traçabilité - Difficulté de joindre ou de voir la ou les personne(s)	- Idem - Idem - Incompréhension - Oubli
		COMMUNICATION ECRITE	
		- Risque de perte de données - Informations non lues - Incompréhension ou interprétation des informations - Risque de piratage ou de crash informatique - Surcharge administrative	- Non mentionné - Idem - Idem - Idem - Idem - Pas de communication en instantané
Rôle coordinateur	/	- Transmettre les informations - Chef d'orchestre/relais/point central - Coordonner le travail des intervenants	- Non mentionné - Idem - Non mentionné - Disponibilité
Freins	Liés aux intervenants	- Âge des utilisateurs - Implication des intervenants - Incapacité d'utiliser les outils - Mauvaise communication entre les prestataires	- Non mentionné - Idem - Idem - Idem
	Liés aux outils mis en place	- Pas la situation en temps réel - Fonctionnement différent - Multiplication d'outils - Surcharge administrative	- Non mentionné - Non mentionné - Non mentionné - Non mentionné - Obstacles à l'utilisation
	Liés à la récurrence du projet	- Projet jeune - Recul insuffisant	- Non mentionné - Idem
Solutions	Solutions papier	- Procédure standardisée - Dossier papier	- Idem - Idem
	Solutions informatisées	- Réseau de santé - Dossier informatisé - Plateforme informatisée - Application mobile	- Non mentionné - Idem - Non mentionné - Idem - Mail
	Autres solutions	- Coordinateur disponible	- Idem - Communication par téléphone

Recommandations	Générales	- Attention aux utilisateurs - Uniformisation des outils et de l'organisation - Assurer une bonne communication	- Non mentionné - Non mentionné - Non mentionné - Implication/intérêt des intervenants - Disponibilité - Mise en place de formations supplémentaires - Conscience professionnelle adéquate
	Spécifiques	- Renforcer coordination - Suppression du dossier papier ou dossier papier = doublon - Informatisation des outils	- Non mentionné - Non mentionné - Idem - Dossier complet correct - Moyen pour débriefer
Ressenti	Positif	- Conquis - Confort/rassurant	- Idem - Idem - Sécurisant - Demandeur - Super expérience/bien organisé - Bon suivi - Bon dialogue
	Neutre	- Voué à se développer	- Non mentionné - Préférence pour contact direct et format papier
	Négatif	- Rôle plus complexe - Non-respect de la structure mise en place	- Non mentionné - Non mentionné - Manque de débriefing - Peur

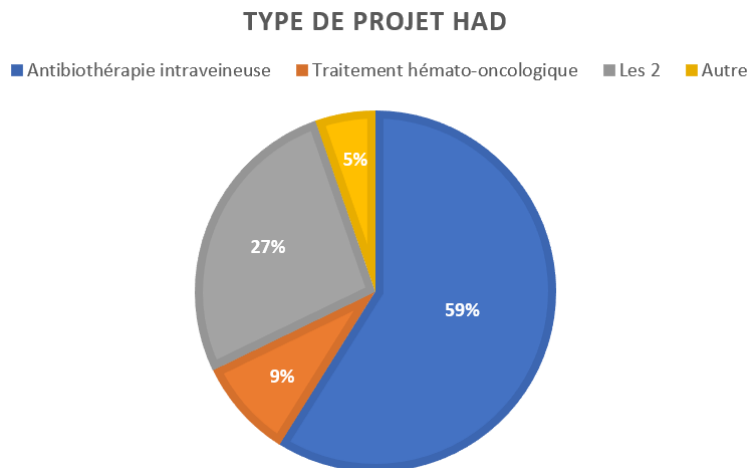
Synthèse des résultats quantitatifs

Question n° 1 : Quand avez-vous été impliqué pour la première fois dans un projet HAD ?



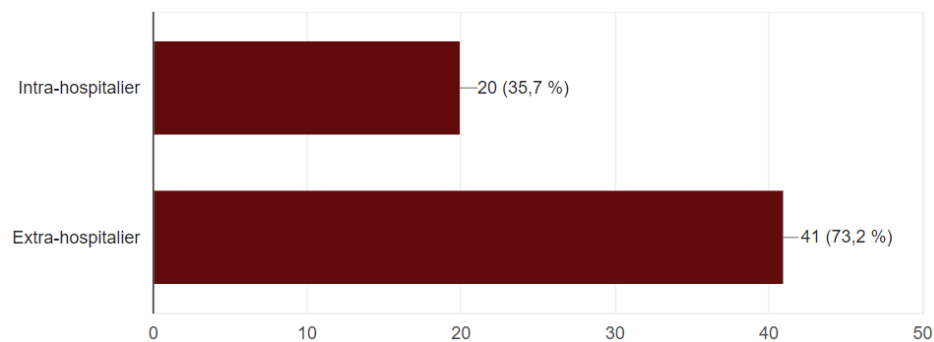
Au vu de la date officielle de commencement des projets pilotes (1^{er} janvier 2018), nous pouvons constater que la majorité des répondants est relativement expérimentée.

Question n° 2 : Par quel type(s) de projet(s) HAD êtes-vous concerné ?



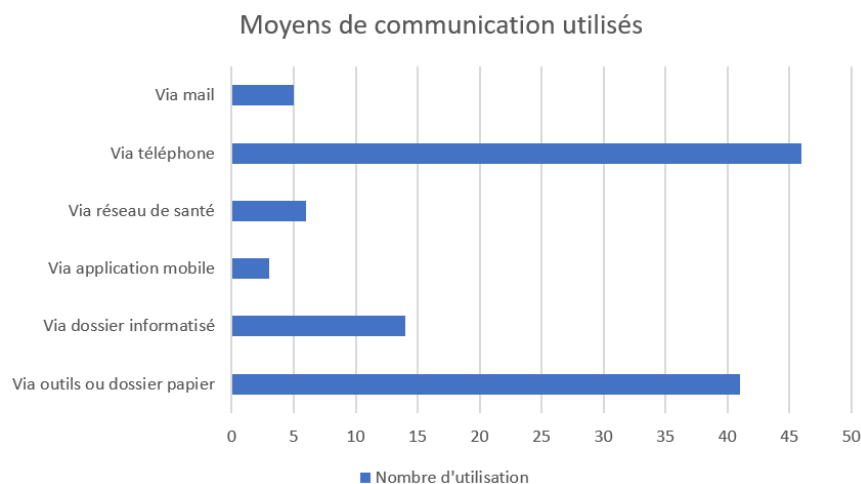
Tel que dans la liste des projets pilotes sélectionnés, le domaine de l'antibiothérapie est prédominant.

Question n° 3 : Dans quel secteur travaillez-vous ?



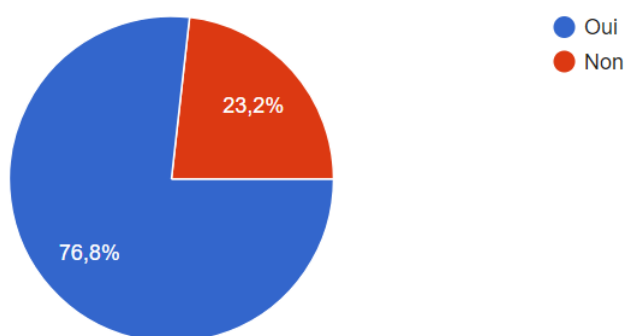
Près de trois quarts des répondants font partie du secteur extrahospitalier. De ce fait, nous pouvons penser que cette population est confrontée à des contraintes supplémentaires en termes de communication et de coordination. En effet, le monde intrahospitalier jouit d'une proximité géographique que ce secteur n'a pas.

Question n° 4 : Comment communiquez-vous avec les autres prestataires de soins ? (dans le cadre de l'HAD) ?



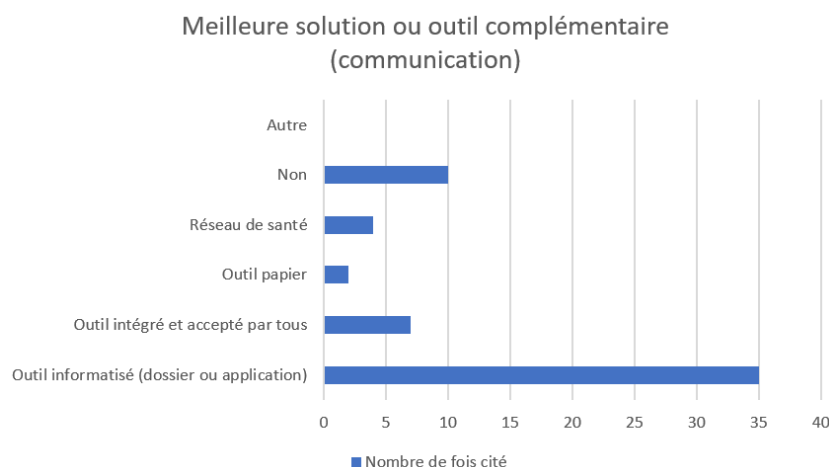
Nous pouvons constater que les moyens traditionnels (téléphone et outils papier) priment sur les moyens numériques.

Question n° 5 : Selon vous, cette communication est-elle efficace ?



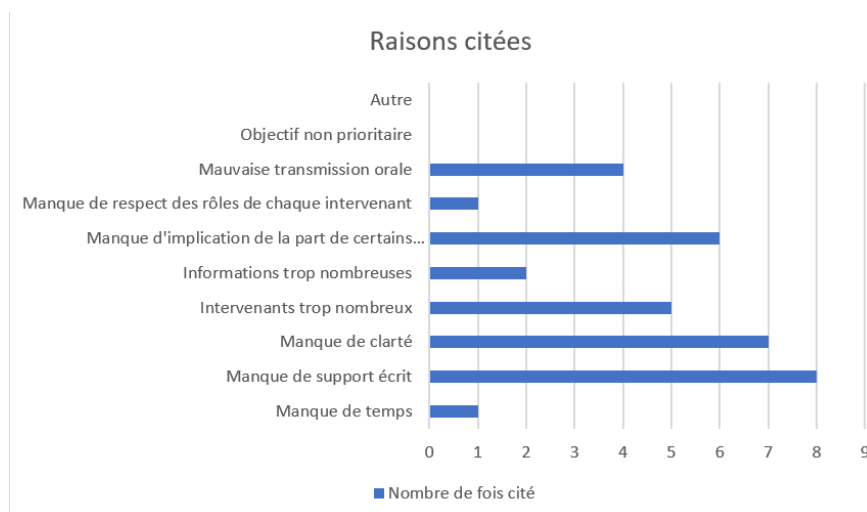
Ce graphique nous permet d'observer que plus de trois quarts des interrogés estiment cette communication efficace.

Si oui : Question n° 6. Pensez-vous qu'il existe une meilleure façon de procéder ou un outil complémentaire qui permettrait d'améliorer cette communication ? Si oui, laquelle/lequel ?



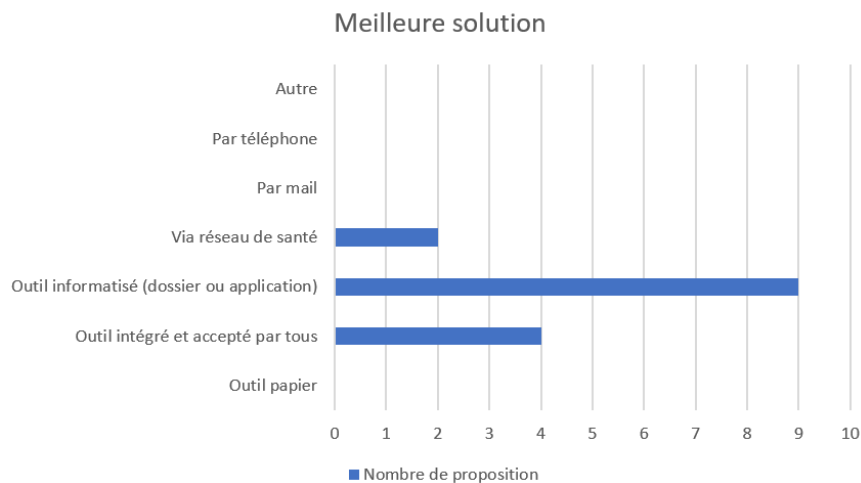
Néanmoins, parmi les 76,8% satisfaits par cette communication, plusieurs personnes s'accordent pour dire qu'elle peut tout de même être améliorée. Et ce, par un outil informatisé.

Si non : Question n°6 : Pour quelle(s) raison(s) ?



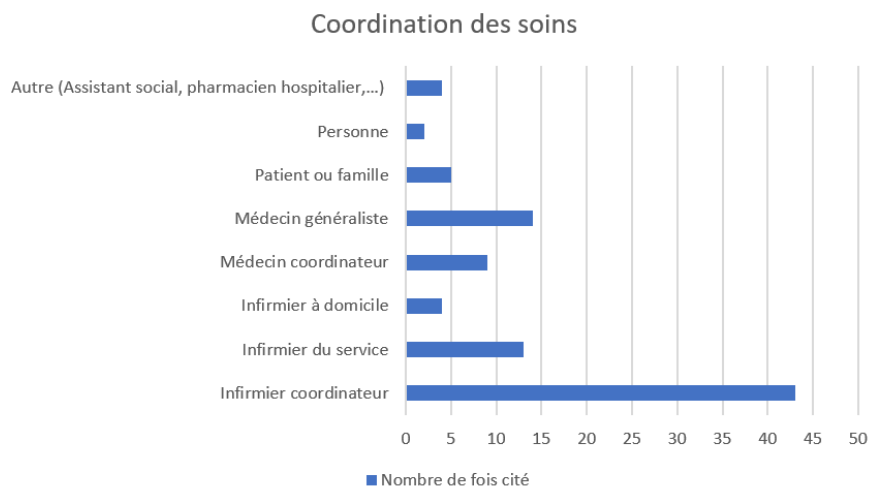
Ces affirmations pointent les limites des moyens de communication actuels. Nous pouvons cibler cinq raisons principales : un manque de support écrit, un manque de clarté, un manque d'implication de la part de certains intervenants, un nombre trop important d'intervenants ainsi qu'une mauvaise transmission orale.

Question n°6 bis : quelle(s) serai(en)t, selon vous, la/les meilleure(s) solution(s) ?



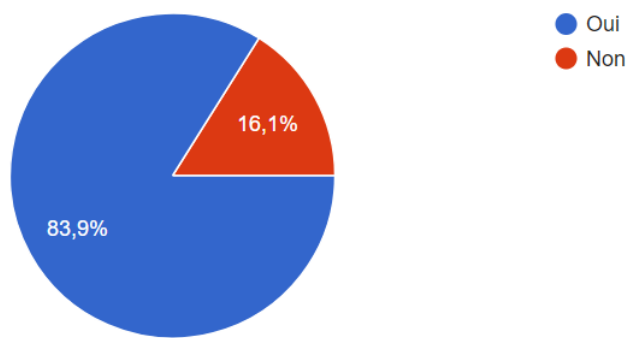
A nouveau, l'outil qui ressort en première position est le moyen informatisé.

Question n° 7 : Qui se charge de la coordination des soins lors de la prise en charge d'un patient en HAD ?



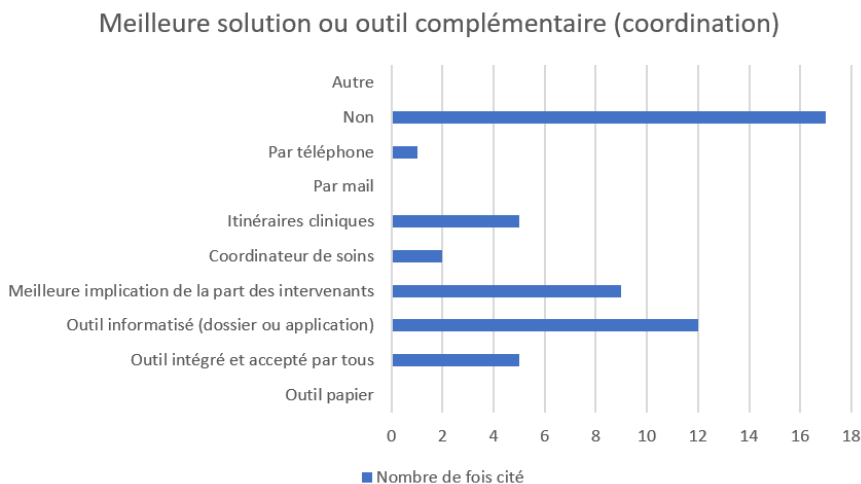
Cet histogramme illustre le rôle stratégique et l'importance de la mise en place d'un coordinateur HAD.

Question n° 8 : Selon vous, cette coordination est-elle efficace ?



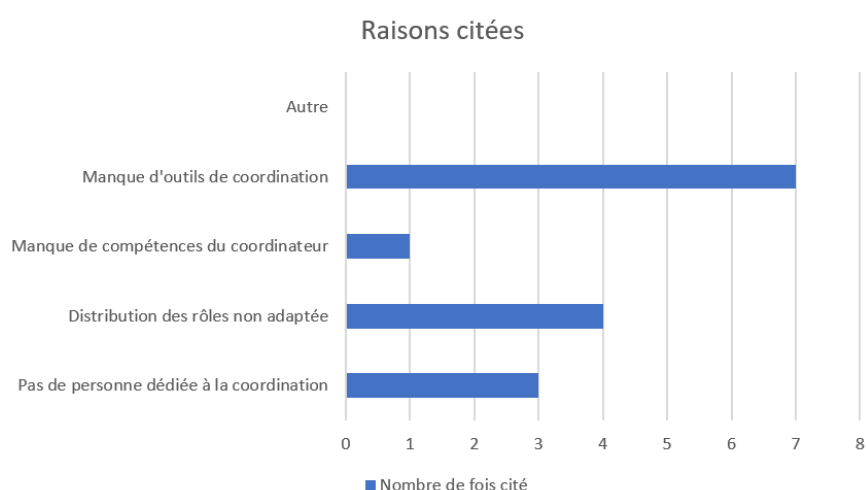
Seulement 16% des interrogés jugent cette coordination inefficace. Etant donné les réponses à la question précédente, ce graphique renforce et valorise le rôle de coordinateur.

Si oui : Question n° 9 : Pensez-vous qu'il existe une meilleure façon de procéder ou un outil complémentaire qui permettrait d'améliorer cette coordination ? Si oui, laquelle/lequel ?



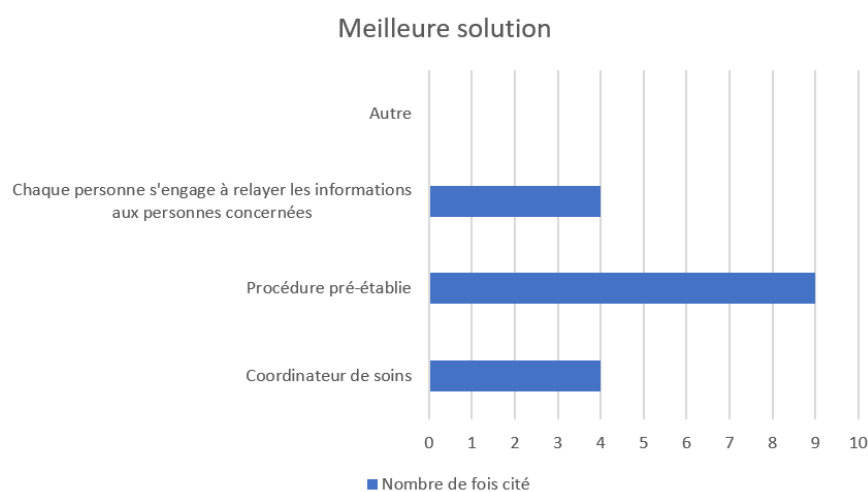
De manière générale, en termes de coordination, le bénéfice d'un outil informatique est moins net que pour la communication. L'apport d'un coordinateur semble suffisant.

Si non : Question n°9 : Pour quelle(s) raison(s) ?



Concernant les réponses négatives à la question n°8, la raison principale qui ressort est le manque d'outils de coordination. Cela souligne également le fait que le coordinateur HAD pourrait bénéficier d'outils de coordination supplémentaires.

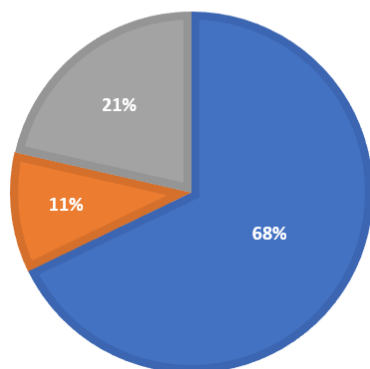
Si non : Question n°9 bis : Quelle serait, selon vous, la/les meilleure(s) solution(s) ?



Ces derniers émettent comme principale solution la mise en place d'une procédure pré-établie.

Question n° 10 : Dans la littérature, plusieurs auteurs ont relevé que les itinéraires cliniques permettent d'améliorer la coordination et la communication. Partagez-vous cette affirmation ?

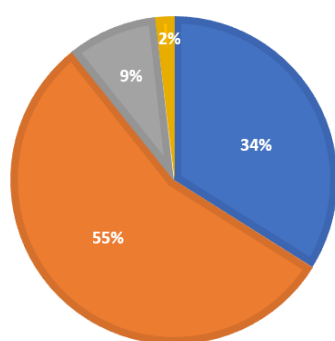
ITINÉRAIRES CLINIQUES
■ Oui ■ Non ■ Pas d'avis sur la question



D'après ce graphique, nous pouvons observer que les personnes interrogées ont besoin de directives et d'une approche programmatique. En effet, l'importance d'un itinéraire clinique ressort nettement.

Question n° 11 : À l'heure actuelle, les technologies de l'information et de la communication (TIC) font de plus en plus partie de notre quotidien (Dossier Patient Informatisé, applications connectées, réseau de santé...). Pensez-vous que cela permettrait une meilleure coordination et communication au sein d'une HAD ?

TIC
■ Oui ■ Oui mais pas uniquement ■ Non ■ Pas d'avis sur la question



Cette illustration nous permet de confirmer les réponses précédentes. L'outil informatique a en effet été cité à plusieurs reprises comme solution. Nous pouvons donc affirmer que les TICs semblent être un support intéressant voire nécessaire mais dans plus de la moitié des cas, non suffisant.

Question n° 12 : Quelles sont les limites des solutions actuelles selon vous ?

Nous avons catégorisé les réponses selon un système de couleurs afin de résumer les principales limites :

- Manque de temps
- Manque d'implication de la part de certains intervenants
- Autres manques (formation, coordination, outils, budget ...)
- Pas la situation en temps réel
- Facteurs humains
- Confidentialité et sécurité des données
- Multitude d'intervenants, d'outils et/ou d'informations qui entraîne un risque de perte de données
- Autres limites
- Aucune limite car projet récent

1. « <i>Projet récent donc peu de recul</i> »
2. « <i>La démultiplication à outrance des “gadgets -pseudo-outils”, l’absence d’intégration, l’hétérogénéité, etc. Il n’a jamais été aussi difficile de communiquer que depuis que les “solutions de communications” prolifèrent dans un joyeux désordre...</i> »
3. « <i>Pas d’informations disponibles pour tous en temps réel</i> »
4. « <i>Le manque d’implication de certains intervenants</i> »
5. « <i>Certains intervenants ne s’impliquent pas suffisamment</i> »
6. « <i>Le manque d’échange d’informations en instantané, transparence lors d’une prise en charge en HAD</i> »
7. « <i>La multitude d’outils utilisés par les différents intervenants sans systématique dans le partage d’information. Le manque d’expérience de l’HAD en Belgique qui doit encore essuyer ces premières batailles. Le fait qu’une seule solution n’est pas proposée au niveau national (je ne pense pas que la solution doit être trouvée de manière individuelle mais doit venir du SPF Santé Publique)</i> »
8. « <i>Il existe encore beaucoup de questionnement</i> »
9. « <i>Les professionnels de santé de l’hôpital ne se sentent pas concernés par l’HAD. En tant que structure HAD, nous devons tout faire nous même pour faire évoluer notre projet. Mais cela n’est pas suffisant. Une autre limite est aussi les tarifications à l’acte qui n’ont pas leur place dans l’HAD : nous faisons souvent des soins qui ne sont pas nomenclaturés...</i> »
10. « <i>Projet trop jeune pour répondre</i> »
11. « <i>Pas assez de recul</i> »
12. « <i>Je n’en vois aucune</i> »
13. « <i>Pour l’instant, cela fonctionne bien mais à plus grande échelle, il faudra surement faire quelques modifications</i> »

14. « Beaucoup trop de répétitions et de perte de temps, perte d'informations, recherche des interlocuteurs... »
15. « Le côté humain »
16. « Manque de temps, l'accès à Internet »
17. « Absence de contact avec le généraliste »
18. « Manque de contact humain »
19. « Accès délivrance et remboursement des médicaments à la pharmacie »
20. « Manque de considération de la première ligne »
21. « L'aisance informatique des acteurs de soins de santé »
22. « La confidentialité des données »
23. « La lenteur pour recevoir certains feedbacks, le nombre d'intermédiaires dans certaines situations »
24. « Manque de formations »
25. « Chaque acteur utilise son propre support »
26. « Le fait de communiquer pour l'institution. Or, ça devrait être pour le patient ».
27. « La sécurité des données »
28. « La confidentialité et la sécurité des données »
29. « Limites humaines »
30. « Un manque de cadre légal, réseau de santé en plein essor. C'est une situation floue ».
31. « La couverture réseau »
32. « Le manque d'outils informatisés »
33. « Chaque structure travaille avec des outils différents sans aucune communication, l'absence de cadre législatif pour standardiser les pratiques. »
34. « Trop d'intervenants et donc perte de données »
35. « Facteurs humains »
36. « Manque de temps »
37. « Manque d'outils de coordination »
38. « Risque de pertes de données ou de mauvaises informations, confidentialité des données »
39. « Budget »
40. « Confidentialité des données »
41. « Manque de moyens pour développer le rôle du coordinateur »
42. « Au niveau papier : risque de perte de données et charge de travail supplémentaire, au niveau de la communication orale : pas de traçabilité et risque d'incompréhension »
43. « Manque de traçabilité quand demande par téléphone »
44. « Traitement de l'urgence (le dossier ne permet pas les nuances) »
45. « La bonne compréhension des informations orales et écrites »
46. « Manque de temps »
47. « Manque de formations »
48. « Manque de temps pour le contact humain »
49. « Le manque de temps »
50. « Les soins de première ligne ne sont pas assez impliqués dans le développement des projets »
51. « L'administratif et l'informatique »
52. « Le manque d'implication de la part de certains intervenants »
53. « L'accès au dossier complet »
54. « Manque de concertation »

55. « Trop d'intervenants »

56. « Pas assez de formations »

Question n° 13 : Avez-vous des suggestions à proposer pour une solution future ? (tant pour la communication que pour la coordination)

Nous avons travaillé de la même manière que pour la question n°12. Nous avons rassemblé les différentes suggestions selon un système de couleurs :

- Outil commun, ergonomique, intégré et informatisé
- Application mobile
- Coordinateur/personne de liaison
- Communication orale/contact direct
- Implication des intervenants
- Autres suggestions

1. « Outil commun de partage d'information pour ne pas devoir la répéter sur plusieurs plates formes et de ce fait, perdre l'information »
2. « La vie est faite de rencontres, de dialogues, de contacts physiques aussi ! Et c'est encore plus vrai dans le domaine des soins... Remettre les outils informatiques, et toute la puissance de travail qu'ils apportent, à leur véritable place, au service des besoins des personnes et les développer en ne perdant jamais cet objectif de vue me semble essentiel. Privilégier la mode, les aspects ludiques et le commercial au détriment de la qualité et de l'adéquation de l'outil aux besoins est une erreur souvent faite par de grands penseurs-geek déconnectés (!) de la réalité du terrain. Un outil ergonomique, intégré, "smart", qui rencontre les besoins quotidiens réels des utilisateurs sans se substituer aux rapports humains serait certainement très porteur ».
3. « Investir en force dans l'informatique et le développement d'application, ainsi que dans le personnel HAD »
4. « Travailler avec informaticien de référence pour développer un outil de communication efficace en direct »
5. « Valoriser le professionnalisme de chaque intervenant »
6. « Une plateforme informatisée permettant l'échange de données pluridisciplinaire serait idéale. En effet, vu la charge de travail des différents intervenants, il n'est pas toujours aisé de faire une réunion de concertation avec chacun. D'où l'intérêt de pouvoir communiquer par voie informatique accessible à n'importe quel moment en fonction des occupations de chacun. »
7. « Solution unique pour tous les intervenants permettant une communication aisée »
8. /
9. /
10. /
11. « Non, car bonne information et bon suivi par l'infirmier de liaison, il est très disponible »
12. « Garder un contact direct »
13. /
14. « La technologie au service de l'humain »

15. /
16. /
17. /
18. « Favoriser la communication écrite mais garder la communication orale »
19. /
20. /
21. /
22. /
23. « Acquérir une application sécurisée »
24. « Plus de formation en communication et travail en collaboration »
25. « Une solution informatisée partagée et un coordinateur infirmier dédié à l'HAD »
26. /
27. « Une application commune car si chaque hôpital crée son application, ça sera compliqué... »
28. « Solliciter le travail de l'infirmière à domicile avec des rencontres professionnelles plus fréquentes avec le personnel intrahospitalier »
29. /
30. « Dossier patient unique pour tous les prestataires de soins qui soit compris de la même manière par ceux-ci. Impliquer le patient dans sa prise en charge ».
31. « Garantir l'équipement numérique »
32. « Avant de mettre quoi que ce soit en place, travailler avec tous les prestataires concernés, prendre le temps d'analyser les besoins de chacun, ne pas imposer un changement mais prendre le temps de bien communiquer au préalable pour obtenir l'adhésion de chacun. Tout changement fait peur, toute habitude n'est pas simple à changer, il faut prendre le temps de préparer le terrain ».
33. « Mettre en place un cadre législatif en termes de fonctionnement des HAD pour standardiser l'organisation et en termes d'outils d'échanges standardisés utilisables tant pour l'intra que l'extrahospitalier. L'informatisation dans les soins de santé n'est pas encore assez développée pour faciliter les programmes de coordination tant de l'intra vers l'extra que de l'extra vers l'intrahospitalier. Ces absences de cadre et d'outils engagent fortement la responsabilité des prestataires et obligent à redoubler de vigilance ce qui est particulièrement inconfortable ».
34. « Mettre en place un coordinateur de soins »
35. /
36. « J'ai beaucoup de difficultés avec les nouvelles technologies par manque de temps. Je préfère la communication par téléphone et par écrit. La coordination par un infirmier est également essentielle ».
37. « Nécessite une définition du trajet de soins "qui fait quoi" et d'un relais humain »
38. « La première étape devrait être de pouvoir faire communiquer les dossiers médicaux informatisés de l'ensemble des institutions/partenaires de soins. Ensuite des solutions mobiles communes pourront être trouvées et indépendamment de firmes privées ».
39. « Une meilleure reconnaissance des soins à domicile »
40. « Maintenir la possibilité d'un support papier pour les patients qui le demandent et pour certains types d'information (par ex. : numéros utiles), avoir un support électronique commun entre l'hôpital et les infirmiers du domicile pour faciliter l'échange d'information et de données de suivi de soins »
41. /
42. « Mettre à disposition un outil informatisé style application mobile »

43. « <i>Un outil informatisé qui permettrait d'avoir l'information PAR ÉCRIT de manière instantanée, comme par téléphone</i> »
44. « <i>Garder le contact oral avec les intervenants</i> »
45. « <i>S'assurer de la bonne compréhension de chaque information</i> »
46. « <i>Améliorer la vision des hospitaliers quant à la façon dont ils peuvent travailler avec les acteurs de première ligne</i> »
47. « <i>Mettre en place des formations</i> »
48. « <i>Garder le contact humain</i> »
49. /
50. « <i>On peut discuter de beaucoup de solutions différentes</i> »
51. /
52. /
53. « <i>Vu la charge de travail des différents intervenants, il n'est pas toujours aisé de faire une réunion de concertation avec chacun. D'où l'intérêt de pouvoir communiquer par voie informatique accessible à n'importe quel moment en fonction des occupations de chacun</i> »
54. « <i>PLUS de concertation</i> »
55. « <i>Un médiateur qui veille au rôle de chacun</i> »
56. /

Chapitre 3 : Discussion

Ce chapitre est divisé en trois parties. La première est composée de l'analyse des résultats. Elle sera suivie des potentielles pistes d'action ou perspectives d'avenir possibles afin d'améliorer cette alternative à l'hospitalisation. Nous clôturerons ce chapitre par les limites de ce travail.

A. Analyse des résultats

Cette étape a pour but de mener à une réflexion afin de pouvoir « généraliser » nos observations et en tirer des conclusions. Il est important de préciser que ces « généralisations » ne concernent que nos échantillons. En effet, « *Les résultats issus de l'analyse des informations recueillies par une approche qualitative ne se veulent pas généralisables à une population. Ces résultats sont souvent contextualisés et concernent l'échantillon dont les informations sont issues* » (Aujoulat, 2016, p.7). Au mieux, elles peuvent être « *reproductibles à un échantillon qui aurait des caractéristiques similaires.* » (Aujoulat, 2016, p.7).

Tout d'abord, nous pouvons affirmer que pour de nombreux éléments, ce qui a été dit dans la théorie est confirmé dans la pratique. Nous avons pu également constater une ressemblance et une concordance entre les réponses obtenues dans les deux types d'analyses.

Dans notre partie théorique, nous avons développé différents outils de communication et de coordination possibles. Pour rappel, il s'agissait de l'itinéraire clinique, du dossier patient en format papier ou informatisé, du réseau de santé et des applications connectées. Nous avons pu observer, sur base de notre récolte de données, que l'ensemble de ces solutions est utilisé dans le cadre des différents projets-pilotes.

D'abord, selon la recommandation n° 3 du KCE (2015, p.13), « *Le rôle et les responsabilités de chaque professionnel de santé et autre intervenant impliqué dans la prise en charge – ainsi que ceux du patient et de son entourage – doivent être clairement décrits dans ce plan de prise en charge* ». Ce dernier a effectivement été réalisé pour l'ensemble des projets. Cependant, certains professionnels de la santé interrogés souhaiteraient un plan plus détaillé, qui reprenne les différentes phases de la prise en charge du patient hospitalisé à domicile. Cette procédure standardisée devrait, selon eux, être fixe pour certaines étapes mais tout de même assez flexible que pour pouvoir admettre d'éventuelles autres étapes supplémentaires, ajoutées par les intervenants.

Ensuite, étant donné sa fonction première d'outil de communication et de coordination, le dossier patient est, évidemment, l'outil le plus utilisé et se décline sous différentes formes. Une partie l'utilise en format papier, une autre sous format informatisé.

Cependant, nous avons pu étudier, en théorie, que le format informatisé se révèle être plus avantageux que le format papier. Cela se confirme en pratique. En effet, l'ensemble des répondants a souligné deux avantages principaux, la fonction de synthèse et la fonction de sécurité.

Néanmoins, nous avons pu constater qu'une partie de l'enregistrement des données liées au patient se fait dans son dossier médical informatisé interne à l'hôpital. De ce fait, ces renseignements ne sont disponibles que de manière rétrospective, et non pas de manière instantanée, inconvénient souvent souligné par les répondants. De plus, ils ne sont accessibles que pour les prestataires de soins intrahospitaliers, second désavantage cité par les professionnels de la santé de première ligne.

La fonction d'accessibilité et de continuité semble donc poser problème. En effet, une personne a souligné le fait que si ces données étaient mises sur le réseau de santé et si les acteurs de soins de première ligne pouvaient y avoir accès, cela leur permettrait d'avoir les informations utiles plus rapidement, sans passer par un intermédiaire. Cette solution leur éviterait également une surcharge administrative.

Finalement, le fonctionnement actuel semble tout de même satisfaire une grande partie des répondants mais ils nous ont tous notifié que cela pouvait être amélioré. Ces propos se confirment selon ces chiffres. Près d'un quart des personnes interrogées trouvent la communication inefficace et environ 16 % estiment la coordination infructueuse. Cependant, « *Une hospitalisation à domicile demande un grand niveau de communication* » (Coordinateur HAD n° 4). De plus, tout en sachant que « *la coordination ne va pas sans la communication et l'inverse aussi* » (Coordinateur HAD n° 1), nous pouvons nous (re)poser la question : finalement, quel(s) outil(s) permet(tent) d'améliorer voire de garantir une communication et une coordination efficaces lors d'une hospitalisation à domicile ?

Selon 89 % des répondants au questionnaire, les technologies de l'information et de la communication permettraient d'améliorer ces deux aspects. De manière plus précise, selon l'ensemble des interviewés, un outil informatisé tel qu'une application mobile serait l'idéal. De plus, certains soulignent le fait qu'à l'heure actuelle, « *au niveau légal, il nous manque un outil fiable et une traçabilité optimale* » (Coordinateur HAD n° 2).

Nous avons donc défini différentes caractéristiques possibles pour un outil : présentiel vs à distance, instantané vs différé, passif vs réactif, descriptif vs prescriptif et monocanal vs multicanal.

Premièrement, présentiel sous-entend l'utilisation de l'outil au moment présent, au chevet du patient. Le contraire est donc l'utilisation à distance. Deuxièmement, il est possible de recevoir les données de manière instantanée ou différée. Troisièmement, l'outil peut simplement disposer de l'ensemble des informations ou peut envoyer des alertes pour les informations importantes. En quatrième lieu, il a pour but soit de décrire, soit de « prescrire », c'est-à-dire dresser une check-list en fonction des informations enregistrées par exemple. Finalement, en cinquième lieu, il peut être utilisé pour transmettre l'information soit d'une personne à une autre, soit d'une personne à l'ensemble d'un groupe.

Pour le moment, nous pouvons dire que les outils actuels ont plutôt comme caractéristique d'être présentiel, différé, passif, descriptif et mono ou multicanal. Il serait donc intéressant d'arriver à un outil présentiel, instantané, réactif, prescriptif et multicanal.

Nous avons pu remarquer que la demande d'un système de communication informatisé commun à l'ensemble des projets HAD est importante. Et cela, pour différents avantages cités précédemment, tant dans notre théorie que par les répondants : une vue complète de l'état du

patient, une meilleure traçabilité et les données disponibles instantanément pour le patient et pour l'ensemble des prestataires de soins de santé, tant en intra qu'en extrahospitalier.

Notons que l'adjectif « commun » est capital. En effet, une inquiétude générale se dégage des entretiens : le développement de multiples applications différentes les unes des autres, créées pour chaque hôpital. Si cela s'avère être le cas, l'informatisation sera vouée à un échec. En voici une illustration : « *Si chaque hôpital développe une application propre à l'hôpital, ce serait un frein pour lui [le médecin généraliste] de mettre un patient en HAD* » (Coordinateur HAD n° 2). « *Et en plus, pour une infirmière à domicile, s'il y a un patient, dans sa tournée, qui vient du CHR, un autre patient vient du CHU, un patient vient de la clinique de la citadelle, etc. si pour quatre patients différents, qui viennent de quatre hôpitaux différents, il y a quatre applications différentes, jamais elle va les utiliser. Ce serait ingérable.* » (Coordinateur HAD n° 4).

Toutefois, notons que si cette application est accessible au patient, son rôle, en tant qu'acteur de ses soins, est renforcé. Cela est également un souhait de la part des soignants. En effet, impliquer davantage le patient dans sa prise en charge, tel que recommandé par les experts du KCE (voir recommandation n° 5), est important selon eux, étant donné l'évolution vers laquelle le secteur des soins de santé se dirige. Pour rappel, cette évolution, développée dans la partie théorique, nous mène au modèle « patient partenaire ».

Une communication et une coordination efficaces dépendent également de trois éléments supplémentaires.

Le premier facteur concerne les communicants. En effet, il y a savoir « donner l'information », « la recevoir » et « la chercher ». Dans tous les cas, différents risques sont présents : une ambiguïté dans les informations fournies, une interprétation du message ou la non prise en compte de données importantes pour la prise en charge du patient. Il est donc primordial que l'émetteur et le récepteur du message se comprennent bien.

De plus, notons que plus il y a de maillons dans la chaîne de la communication, plus le risque de perdre des données est élevé. C'est, en partie, pour cette raison qu'une personne relais tel qu'un coordinateur HAD est essentielle. Cette recommandation est formulée tant par les personnes interrogées que par le KCE (voir recommandation n° 11). Ce risque peut également être évité par la standardisation des procédures, comme vu dans la théorie. En effet, « *Le but de l'hospitalisation à domicile, je pense aussi, c'est de standardiser les procédures et d'harmoniser les pratiques* » (Coordinateur HAD n° 4).

Enfin, nous avons pu lire dans la littérature et dans les réponses obtenues qu'une bonne communication dépend également de facteurs humains. Si nous prenons l'exemple de l'hôpital Mercy Virtual (hôpital entièrement virtuel aux USA), 85 % des challenges ont été humains et 15 % technologiques (Absil, 2017). Selon Melchior Wathelet, CEO de Xperthis, « *le défi n'est pas technologique mais humain* » (Medi-sphère, 2017). Ces dires rejoignent la pratique. En effet, si les intervenants manquent d'implication et d'intérêt pour ce type de prise en charge, la communication et la coordination des soins sont impactées. La conscience professionnelle et la volonté de réaliser son travail correctement jouent également un rôle important.

Par ailleurs, nous avons pu relever d'autres outils de communication utilisés par les intervenants : le mail et le téléphone. La télécommunication devient en effet le partenaire des professionnels de la santé. À l'heure actuelle, ces deux moyens de communication sont universels mais présentent chacun un inconvénient non négligeable. Le premier n'est pas idéal pour la sécurité des données tandis que le second pose problème pour la traçabilité des informations. Cependant, « *Je pense aujourd'hui que la communication orale est plus importante que la communication écrite mais cela va s'inverser au fil des années. Mais pour moi, tu ne peux pas dissocier l'un de l'autre* » (Coordinateur HAD n° 1). En effet, comme vu en théorie, la communication orale reste essentielle pour une bonne coordination.

Pour finir, comme a fait remarquer notre premier intervenant, même si « *depuis tout à l'heure, on parle de la coordination, de la communication, de la qualité, de l'efficience et tout ça mais s'il y a bien quelque qu'il ne faut surtout pas oublier, c'est le patient* » (Coordinateur HAD n° 1).

B. Perspectives d'avenir

Sur base de la deuxième question du guide d'entretien et suite à la participation à la réunion au GHDC, un modèle commun de fonctionnement se dégage des entretiens de manière globale. Pour expliquer ce fonctionnement, nous avons élaboré une ligne du temps reprenant les points essentiels présents dans chaque projet.

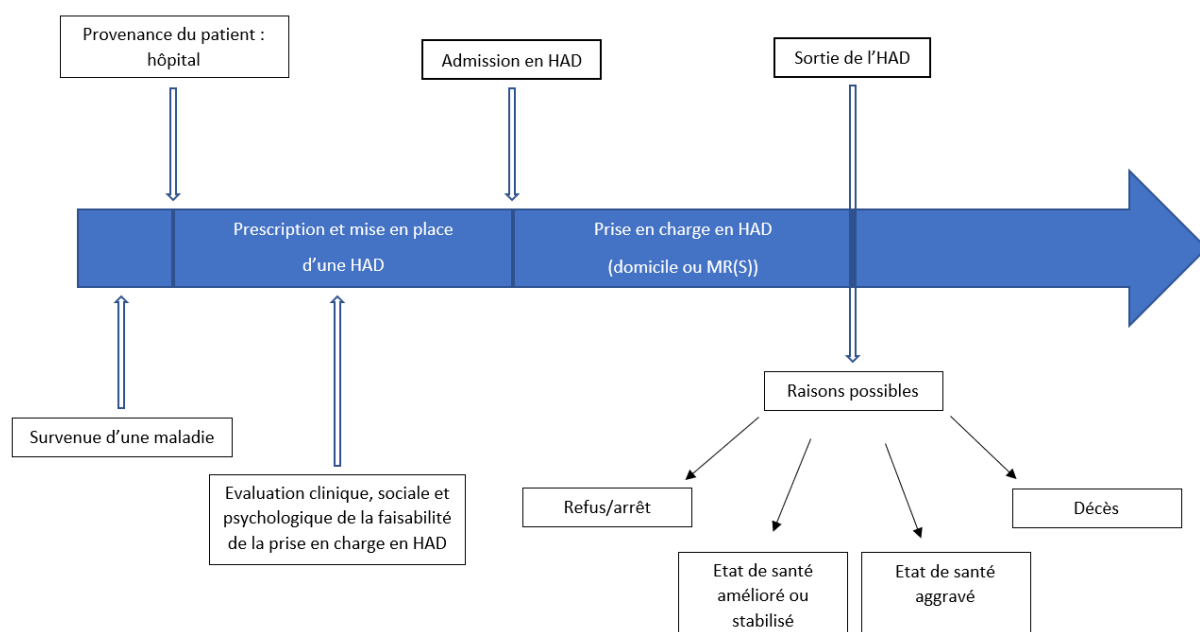


Figure 10 - Fonctionnement HAD

Lorsque survient une maladie, le patient est hospitalisé. En fonction de certains critères d'inclusion et d'une évaluation, comme stipulé dans la recommandation n° 2 du KCE, le patient est pris en charge en HAD ou non. La fin de cette prise en charge est décidée selon certaines raisons, telles que stipulés dans le schéma.

De manière générale, nous pouvons dire, sur base des réponses obtenues, que cette organisation est relativement satisfaisante. Cependant, plusieurs pistes d'amélioration ont été suggérées par les répondants. Nous avons donc décidé de dresser une liste de recommandations, en lien avec **celles définies par le KCE**, les références de celles-ci étant données entre parenthèses dans notre liste. Cette liste permettrait d'améliorer la communication et la coordination dans le cadre d'une hospitalisation à domicile mais, également de renforcer la pertinence du recours à l'HAD.

Recommandation n° 1 (5) : Impliquer davantage le patient et sa famille dans la prise en charge de ses soins. En effet, avoir une participation active est essentiel. La responsabilité médicale reste, bien évidemment, toujours dans les mains du médecin mais apporter une attention particulière à l'*empowerment* du patient et de son entourage permet d'être, éventuellement, plus compliant pour l'un et moins inquiet pour l'autre.

Recommandation n° 2 (8) : Au niveau légal, veiller à la sécurité et à la confidentialité des données mises à disposition sur l'outil informatique.

Recommandation n° 3 (9) : Planifier des programmes de formation pour les acteurs de soins de première ligne, tant pour les techniques plus complexes, que pour les potentiels futurs outils informatisés.

Recommandation n° 4 (10) : Impliquer les professionnels de la santé de première ligne dans le développement des projets afin de renforcer l'attractivité de l'hospitalisation à domicile auprès de ces acteurs. Mais également informer, à l'aide de présentations, de réunions ou encore d'articles de presse, un maximum de personnes sur cette alternative à l'hospitalisation.

Recommandation n° 5 (11) : Instaurer ou garder le poste de coordinateur si celui-ci est déjà mis en place. De préférence, un infirmier coordinateur. Ce dernier est le plus apte à répondre aux problèmes tant techniques que médicaux. Si cela est possible, il est encore plus utile de mettre en place une équipe de liaison afin de limiter les problèmes occasionnés par l'absence du coordinateur pour cause de maladie, de congé ou autre.

Recommandation n° 6 (12) : Etablir un système de financement bénéfique à l'ensemble des professionnels de la santé. En effet, pour le moment, la tarification infirmière n'est pas adaptée. Cela permettrait donc de valoriser l'hospitalisation à domicile.

Recommandation n° 7 (13) : Ne pas oublier que la sécurité et la qualité des soins dans le cadre d'une hospitalisation à domicile doivent être assurées. Il est donc essentiel d'avoir un suivi correct.

Recommandation n° 8 (14) : Demander et prendre en compte l'avis de l'ensemble des acteurs intervenant dans le cadre d'une hospitalisation à domicile pour développer les différents outils recommandés par le KCE, tels qu'un itinéraire clinique, et une solution commune pour la communication et la coordination.

Recommandation n° 9 (15) : Développer une solution informatisée, telle qu'une application mobile, qui permettrait de faciliter la coordination, de partager les informations instantanément entre l'ensemble des prestataires de soins et de recueillir les données pour le suivi de la qualité des soins et pour le financement.

Recommandation n° 10 (17) : Harmoniser et standardiser les procédures pour obtenir une base commune pour l'hospitalisation à domicile.

En supplément à cette liste de recommandations, nous avons également développé différentes perspectives futures.

En premier lieu, il serait intéressant de rencontrer des entreprises informatiques afin de connaître leur avis sur la question et de savoir ce qu'il est possible de développer.

Deuxièmement, réaliser un manuel, tel qu'un cahier des charges, permettrait aux autres institutions qui souhaitent développer l'HAD, de profiter de l'expérience des projets pilotes pour démarrer leur projet directement sur de bonnes bases.

En troisième lieu, mettre en place un réseau d'HAD permettrait de mettre tout le monde sur le même pied d'égalité au niveau de la facturation, de la logistique, de la communication et de la coordination. Pour cela, il serait utile, après l'évaluation réalisée par le cabinet de Madame Maggie De Block, de connaître les points essentiels et basiques nécessaires pour créer ce réseau.

Enfin, il serait pertinent de s'intéresser aux applications actuellement développées, telles que Cisco Spark, Magilis, Communicare... Par exemple, Cisco Spark, développé par l'entreprise Cisco, est « *une application permettant de créer simplement un espace sécurisé de discussion et de partage entre des personnes internes ou externes à votre organisation. Cisco Spark favorise le travail d'équipe et permet de faire avancer plus rapidement vos initiatives ou projets par rapport à l'usage de l'email.* » (Cisco, n.d). Cette proposition a été suggérée par l'un de nos répondants comme une solution potentielle à notre problématique.

C. Limites du travail

Cette partie est dédiée à la critique de notre travail dans son ensemble. En effet, cette étude a été confrontée à certaines limites malgré notre volonté de recherche de cohérence et de rigueur dans notre revue de la littérature et dans notre méthodologie. Nous avons décidé de les classer en différentes catégories : limites liées à l'accès aux données, limites d'ordre technique et limites propres au chercheur.

Limites liées à l'accès aux données

Il a été difficile d'étoffer l'échantillon des prestataires de soins de première ligne. En effet, trouver les personnes qui correspondaient aux critères d'inclusion s'est révélé compliqué. Heureusement, nous avons pu trouver de l'aide auprès de l'infirmier coordinateur HAD du CHwapi à Tournai.

Malheureusement, tel qu'expliqué dans la méthodologie, suite à certains refus, seulement trois infirmières ont pu être interrogées. De plus, elles ne sont concernées que par le projet-pilote tournaisien et font donc seulement partie de la région de la Wallonie picarde. Il aurait été intéressant de pouvoir faire intervenir d'autres acteurs de soins de première ligne d'ailleurs en Wallonie et à Bruxelles, comme pour l'échantillon des coordinateurs HAD. Cependant, les trois entretiens récoltés se sont révélés être suffisants pour l'analyse. En effet, étant donné la nouveauté de ce concept, ces infirmières n'étaient qu'à leur première voire leur deuxième prise en charge en HAD. Elles n'avaient donc rencontré que très peu de problèmes et étaient donc très satisfaites du fonctionnement actuel. De ce fait, nous avons estimé qu'au bout du troisième entretien, plus aucune information supplémentaire capable d'enrichir la théorie n'était relevée. Nous pourrions penser qu'il s'agit d'une mise en pratique du principe de la saturation des données. Cependant, ce terme serait mal choisi s'il était d'application étant donné qu'il s'agit de notre première analyse qualitative. En effet, si d'autres entretiens avaient été réalisés, de nouvelles informations auraient probablement pu venir compléter notre récolte de données. Toutefois, comme expliqué précédemment, les données recueillies étaient déjà suffisamment riches en informations.

Nous pouvons émettre un biais de sélection. En effet, pour l'analyse quantitative, les personnes interrogées ont été sélectionnées sur base de la liste des participants à un congrès qui avait pour sujet « Les défis posés par l'HAD et les réponses que les TICs peuvent y apporter ». De ce fait, les chances d'avoir des personnes intéressées par ces moyens sont plus nombreuses, ce qui pourrait donc biaiser l'objectivité des réponses. Cependant, ces personnes ne concernent qu'environ un tiers des répondants.

Nous avons également favorisé une population de médecins généralistes par l'envoi de mails à la Fédération des Associations de Généralistes de Charleroi. Néanmoins, seulement ceux concernés par l'hospitalisation à domicile étaient en mesure d'y répondre.

Limites d'ordre technique

Il aurait également été intéressant de tenir compte des projets-pilotes néerlandophones. Cela s'est révélé impossible à cause de la barrière de la langue. Néanmoins, suite aux six entretiens réalisés avec les différents coordinateurs HAD des projets wallons et bruxellois, notre matériau récolté était suffisamment dense que pour pouvoir analyser les données et émettre nos différentes conclusions et recommandations.

De plus, étant donné que cette alternative à l'hospitalisation est nouvelle dans notre pays, il a été difficile de trouver de la littérature scientifique belge. Néanmoins, la littérature française et internationale a pu pallier ce problème.

Ensuite, suite à la relecture de nos entretiens, nous avons pu constater que certains termes auraient pu être précisés directement et davantage, tant pour le guide d'entretien que pour le questionnaire, afin de gagner en précision dans les réponses développées. Prenons l'exemple de deux mots : communication et coordination. Selon certaines réponses, nous pouvons penser que ces deux notions ont parfois été confondues étant donné leur interdépendance. Cependant, si le manque était réellement présent, les personnes interviewées nous demandaient de plus amples informations.

Enfin, malgré un bon taux de réponse de 56 personnes sur 89 pour l'analyse quantitative, nous avons conscience que la généralisation des conclusions est potentiellement limitée, étant donné la différence de taille entre l'échantillon quantitatif et la population impliquée par l'hospitalisation à domicile dans l'ensemble du pays.

Limites propres au chercheur

Étant donné que nous n'avons vu qu'en théorie la méthode qualitative et son analyse lors de notre première année de master, il est fort probable que l'analyse proposée puisse être améliorée. Toutefois, nous avons essayé d'appliquer au mieux la théorie à la pratique.

Lors d'une analyse qualitative, il est important de faire part des méthodes de validité. Mays & Pope (2000) définissent différents critères.

Tout d'abord, la triangulation représente le premier critère et a pour but de confronter les différents résultats. Ce dernier a en effet été respecté.

Ensuite, il est nécessaire de faire valider les réponses par les personnes interrogées. Lors des entretiens, leurs propos ont été reformulés et approuvés par ces dernières.

Par ailleurs, décrire les méthodes de collecte des données et d'analyse est essentiel afin de permettre au lecteur d'apprécier la cohérence de la proposition d'interprétation. Nous avons développé ce critère dans les sections B et C du premier chapitre de la partie pratique de ce mémoire.

De plus, le critère de la réflexivité est important. Il s'agit de faire attention à ne pas interpréter les dires d'une personne sur base de ce que l'on connaît déjà. Cependant, ne connaissant nous-

même pas du tout ce sujet au départ, cela n'a posé aucun problème. De plus, nous n'avons encore aucune expérience professionnelle, hormis les stages durant notre cursus infirmier. De ce fait, nous ne connaissons pas la réalité du terrain et les solutions possibles et réalisables en pratique.

Ajoutons à cela le critère du « Fair Dealing ». Il consiste à s'assurer que plusieurs perspectives ont été exploitées afin de ne pas établir une vérité sur base d'une seule et unique source d'informations. Cette étude a cherché à répondre à ce critère au vu de la diversité des bases de données récoltées. En effet, dans le cadre de ce mémoire, nous avons assisté à un congrès, organisé par le GHDC, intitulé « Les défis posés par l'HAD et les réponses que les TIC peuvent y apporter ». Ce dernier nous a apporté beaucoup de pistes de réflexion. Le programme et l'attestation de participation se trouvent en annexe 22 et 23.

Nous avons également participé à une réunion, initiée par l'équipe coordinatrice HAD du GHDC, regroupant l'ensemble des responsables des projets wallons et celui des Cliniques universitaires Saint-Luc.

De plus, nous avons profité des stages liés aux options choisies pour jouir d'une observation de terrain. Ils se sont déroulés au CHwapi à Tournai.

Enfin, l'analyse des cas déviants n'a pas été réalisée dans le cadre de cette étude. Toutefois, il semblerait que ceux-ci sont peu nombreux voire inexistantes.

Conclusion générale

Nous pouvons, tout d'abord, relever l'engouement et l'intérêt certain des répondants concernant l'hospitalisation à domicile. En effet, nous avons relevé une satisfaction générale, tant de la part des partenaires que de la part des patients et de leurs familles. De plus, cette alternative à l'hospitalisation classique favorise la collaboration entre les soins de première ligne et l'hôpital, objectif vers lequel notre système de soins de santé actuel veut se diriger dans les années à venir.

Cependant, comme nous avons pu le constater, tant dans la littérature que dans l'analyse, certains freins au développement sont présents et plusieurs éléments sont encore à améliorer, dont la communication et la coordination. Plusieurs solutions et recommandations ont été formulées par les professionnels de terrain. Notamment, l'importance d'une personne ou d'une équipe de liaison et d'un itinéraire clinique.

La solution qui ressort en première position est le développement d'une application mobile qui permet l'échange de données de manière instantanée. Il semblerait que cette solution soit l'outil optimal pour améliorer voire garantir une communication et une coordination efficaces entre toutes les personnes intervenant dans le cadre d'une hospitalisation à domicile.

Par notre observation de terrain et notre présence lors d'un congrès et d'une réunion, nous avons pu constater que plusieurs propositions d'application sont en développement. En l'occurrence, l'une d'elles a déjà été développée au CHU de Liège pour les infirmières à domicile qui travaillent en collaboration avec cette institution.

Notons également que plusieurs répondants nous ont fait remarquer que tout changement nécessite du temps, une implication réelle de la part des intervenants et engendre toujours une surcharge administrative au départ. En effet, selon Benson & Grieve (2016, p.33), « *One of the main lessons that come out of studies on health innovation is that change takes time. Progress often comes from modest incremental changes, which accumulate over time to large gains, over the long, not short, term. Change is driven by a combination of technical, policy, economic, clinical or managerial factors often working together on different actors and at different levels within organisations* ».

Par ailleurs, nous avons relevé un point essentiel lors de l'analyse des entretiens : le financement et l'efficacité de cette alternative à l'hospitalisation classique. En effet, à l'heure actuelle, des questions restent encore à éclaircir à ces niveaux. Mais nous avons pu constater dans la

littérature que des chercheurs s’y intéressent. En douze ans, nous passons de cette conclusion « *There is insufficient evidence to assess the effects of hospital-at-home on patient outcomes or the cost to the health service* » (Shepperd & Iliffe, 2000), à celle-ci « *HITH [Hospital In The Home] is associated with reductions in mortality, readmission rates and cost, and increases in patient and carer satisfaction, but no change in carer burden* » (Caplan et al., 2012, p.1). Cela prouve qu’au fil du temps, l’hospitalisation à domicile pourrait être l’hôpital de demain. Tout en gardant à l’esprit que même « *s’il devient plus ‘poreux’, l’hôpital n’en reste pas moins un port d’attache incontournable ...et irremplaçable. Le tout est de trouver la juste position du curseur entre « dedans » et « dehors »* » (KCE, 2015, p.6). Mais l’évaluation économique de cette alternative à l’hospitalisation classique en Belgique, tant pour le patient que pour l’hôpital ou encore l’Etat, serait un sujet intéressant à développer dans un autre mémoire.

Bibliographie

Article de périodique papier

Delvallée, M. & Coupé, G. (2016). Projet antibiothérapie parentérale à domicile : CHwapi.

Roucoux, F., Florquin, R., Quintens, C., & Remouchamps, V. (2013). Applying a computerized care pathway orchestration system in the hospital.

Article de périodique électronique

Afrite, A., Com-Ruelle, L., Chaleix, M., & Valdelièvre, H. (2009). Les structures d'hospitalisation à domicile en 2006. *Drees*, 697, 1–6. Retrieved from <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er697.pdf>

Afrite A., Com-Ruelle, L., Chaleix, L., & Valdelièvre, H. (2009). L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. *Questions d'économie de la santé*, 140, 1-8. Retrieved from <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes140.pdf>

Barbieri, A., Vanhaecht K., Van Herck, P., Sermeus, W., Faggiano, F., Marchisio, S., & Panella, M. (2009). Effects of clinical pathways in the joint replacement : a meta-analysis. *BMC Medicine*, 7 (32), 1-11. DOI : 10.1186/1741-7015-7-32

Bernardette, L., Chevalier, J., Marquestaut, O., Lukacs, B., & de Stampa, M. (2015). Impacts sur les pratiques professionnelles d'un protocole de soins mis en place entre l'hospitalisation avec hébergement et l'hospitalisation à domicile. *Santé Publique* 27 (2), 205-211. DOI 10.3917/spub.152.0205

Björnberg, A. (2017), Health Consumer Powerhouse : Euro Health Consumer Index 2016 : Report. *Health Consumer Powerhouse*, 1-100. Retrieved from https://healthpowerhouse.com/files/EHCI_2016/EHCI_2016_report.pdf

Boinet, J-P., Pierru, F. (2010). Plaidoyer pour la médecine interne. Regards croisés d'un sociologue et d'un interniste sur l'avenir de la médecine interne. *La Revue de médecine interne*, 31 (11), 788-791. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0248866310005266>

Caplan, G., Sulaiman, N., Mangin, D., Aimonino Ricauda, N., Wilson, A., & Barclay, L. (2012). A meta-analysis of 'hospital in the home'. *The Medical Journal of Australia*, 197 (9). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23121588>

Chapelle, A., Morel, M., & Regueras, N. (2016). La performance des soins de santé en Belgique : une analyse des études récentes. *MC-Information*, 265, 1-64. Retrieved from https://www.mc.be/media/mc-informations_265_septembre_2016_tcm49-33135.pdf

Chevreur, K., Com-Ruelle, L., Midy, F., & Paris, V. (2005). Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : Expériences australienne, canadienne, et britannique. *IRDES*, 528, 1-134. Retrieved from <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2005/rap1610.pdf>

Contandriopoulos, A., Denis, J-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8 (2), 38-52. Retrieved from https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/bpsp/documents/Norme_APA_EN.pdf

Crommelynck, A., Degraeve, K., & Lefèbvre, D. (2013). L'organisation et le financement des hôpitaux. *MC-Information*, 253, 1-44. Retrieved from https://www.mc.be/media/mc-informations_253_fiche-info-hopitaux_tcm49-28968.pdf

Debande, B. (2011). Le dossier patient intégré : tellement indispensable et si difficile à mettre en œuvre. *Swiss medical informatics*, 28 (73), 14–18. Retrieved from <https://medical-informatics.ch/index.php/smiojs/article/download/269/251>

Delvallée M., Lemaire. X., Buyse. I., & Simonet, O. (2017). Hospitalisation à domicile et cathéters, comment garantir la sécurité du patient. *Noso-info*, 11 (4). Retrieved from <http://www.nosoinfo.be/nosoinfos/hospitalisation-a-domicile-et-catheters-comment-garantir-la-securite-du-patient/>

Dubuisson. E. (2017). L'antibiothérapie à domicile vue par le CHwapi, *OCare*, 50, 9. Retrieved from <http://fr.calameo.com/read/001225296971a22350140>

Dubuisson, E. (2017). L'HAD vue par Maggie De Block. *OCare*, 50, 4-5. Retrieved from <http://fr.calameo.com/read/001225296971a22350140>

Dubuisson, E. (2017). Traiter l'oncologie au domicile. *OCare*, 50. 8. Retrieved from <http://fr.calameo.com/read/001225296971a22350140>

Durant, N., Lannelongue, C., & Legrand, P. (2010). Hospitalisation à domicile (HAD). *La documentation française*, 1-268. Retrieved from <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000664.pdf>

Eysenbach, G. (2001). What is e-health?. *Journal of medical Internet research*, 3 (2), 1–2. Doi:10.2196/jmir.3.2.e20

Farfan-Portet, M-I., Denis, A., Mergaert, L., Daue, F., Mistiaen, P., & Gerken, S. (2015). L'hospitalisation à domicile : Orientations pour un modèle belge - Synthèse. *Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). KCE Reports 250Bs*, 1-33. Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE__250Bs_hospitalisation_a_domicile_Synthese.pdf

Farnault, J. (2004). L'hospitalisation à domicile : une lente évolution. *AM réseau*, 22, 4-5. Retrieved from http://www.cram-nordpicardie.fr/LaCram/publications/amreseau/am22/amr_2.html

Griesser, A.-C., Wasserfallen, J-B. & Peytremann-Bridevaux, I. (2010). Les itinéraires cliniques sont-ils efficaces ?. *Revue médicale suisse*, 6. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-269/Les-itineraires-cliniques-sont-ils-efficaces>

Haberey-Knuessi, V., Heeb, J-L., & Morgan De Paula, E. (2013). L'enjeu communicationnel dans le système hospitalier. *Recherche en soins infirmiers*, 115, 8-18. DOI 10.3917/rsi.115.0008

Haller, G., Laroche, T., & Clergue, F. (2011). Événements indésirables et problèmes de communication en périopératoire. *Annales françaises d'anesthésie et de réanimation*, 30 (12), 923-929. DOI : 10.1016/j.annfar.2011.06.019

Hindle, D. & Yasbeck, A-M. (2005). Clinical pathways in 17 European Union countries: a purposive survey, *Australian Health Review*, 29 (1), 94–104. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15683361>

Institute of medicine (2001), Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century, *National Academies Press*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25057539>

Lataste, M. (1997), Le projet d'hospitalisation à domicile : application à l'Aquitaine. *Bulletin de la Société de pharmacie de Bordeaux*, 136, 99–128. Retrieved from <http://www.socpharmbordeaux.asso.fr/pdf/pdf-136/136-099-128.pdf>

Lievin, V. (2017). Comment les nouvelles technologies peuvent améliorer la coordination des soins à domicile. *Medi-sphère*. Retrieved from <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/e-health/comment-les-nouvelles-technologies-peuvent-ameliorer-la-coordination-des-soins-a-domicile.html>

Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care : Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 311, 109-112. Retrieved from <https://www.bmj.com/content/bmj/320/7226/50.1.full.pdf>

Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y., (2006). Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26 (1), 110-138. Retrieved from [http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26\(1\)/mukamurera_al_ch.pdf](http://www.recherche-qualitative.qc.ca/documents/files/revue/edition_reguliere/numero26(1)/mukamurera_al_ch.pdf)

Ouwens, M., Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., & Grol, R. (2005). Integrated care programmes for chronically ill patients : a review of systematic reviews. *International Journal of Quality in Health Care*, 17 (2), 141–146. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15665066>

Pinell, P. (2005). Champ médical et processus de spécialisation, *Actes de la recherche en sciences sociales*, 156-157, 4-36. DOI 10.3917/arss.156.0004

Polton, D. (2003). Décentralisation des systèmes de santé : Quelques réflexions à partir d'expériences étrangères. *Questions d'économie de la santé*, 72, 1-8. Retrieved from <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes72.pdf>

Polton, D. (2004). Décentralisation des systèmes de santé : un éclairage international, *Revue française des affaires sociales*, p. 267-299. Retrieved from [file:///C:/Users/Eline/Downloads/RFAS_044_0267%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Eline/Downloads/RFAS_044_0267%20(1).pdf)

Pomey, M-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 27 (1) p. 41-50. DOI 10.3917/spub.150.0041

Raffy-Pihan, N. (1997). L'hospitalisation à domicile : une alternative également adaptée aux personnes âgées. *IRDES, rapport n° 1185*. Retrieved from <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1185.pdf>

Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Gothe, H., Willis, J., Snow, P., & Kugler, J. (2010). Clinical pathways : Effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs (Review). *The Cochrane Collaboration*, 1–173. DOI : 10.1002/14651858. CD006632.pub2.

Rotter T., Kugler, J., Koch, R., Gothe, H., Twork, S., van Oostrum, J-M., & Steyerberg, E-W. (2008). A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on length of stay, hospital costs and patient outcomes. *BMC Health Services Research*, 8 (265), 1–15. DOI : 10.1186/1472-6963-8-265.

Schaller, P., & Gazpoz, J-M. (2008). Continuité, coordination, intégration des soins : entre théorie et pratique. *Revue Medicale Suisse*, 4, 2034-2039. Retrieved from <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-172/Continuite-coordination-integration-des-soins-entre-theorie-et-pratique>

Sebai, J. (2016). Une analyse théorique de la coordination dans le domaine des soins : application aux systèmes de soins coordonnés. *Santé Publique*, 28 (2), 223-234. DOI 10.3917/spub.162.0223

Sentilhes-Monkam, A. (2005). Rétrospective sur l'hospitalisation à domicile. *Revue française des affaires sociales*, 3, 157-182. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2005-3-page-157.html>

Sermeus, W. & Vanhaecht, K. (2002). Que sont les itinéraires cliniques ?. *acta hospitalia*, 3, 5-11. Retrieved from https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/fsp/documents/Que_sont_les_itineraires_cliniques.pdf

Shepperd, S & Iliffe, S. (2000). Hospital-at-home versus in-patient hospital care. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10796533>

Stratélys. (n.d). Étude de faisabilité et étude comparative de coûts pour la mise en place de soins techniques complexes de chimiothérapie à domicile dans les mêmes conditions médicales, sécuritaires et qualitatives que celles dispensées en hôpital de jour, Projet PNC 21/22 Arémis, 1-102. Retrieved from http://www.aremiasabl.org/ExternalContent/Rapport_Etude_PNC_Enfants.pdf

Tschopp, M., Despond, M., Grauser, D., Staub, J-C., & Lovis, C. (2009). Prescription informatisée : de l'ordre à l'itinéraire clinique. *Swiss Medical Informatics*, 67. DOI: <https://doi.org/10.4414/smi.25.00202>

Vanhaecht, K., Van Gerven, E., Deneckere, S., Lodewijckx, C., Panella, M., Vleugels, A., Sermeus, W. (2011). Le modèle en 7 phases pour le développement, l'implémentation, l'évaluation et le suivi continu des itinéraires de soins. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 67(10), 473-481. DOI : 10.2143/TVG.67.10.2000969

Vanhaecht, K., & Sermeus, W. (2002). Scénario pour l'élaboration d'un itinéraire clinique, sa mise en œuvre et son évaluation. Plan en 30 étapes du « réseau itinéraires cliniques ». *Acta hospitalia*, 2, 13-27. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/237751061_SCENARIO_POUR_L'ELABORATION_D'UN_ITINERAIRE_CLINIQUE_SA_MISE_EN_OEUVRE_ET_SON_EVALUATION_PLAN_EN_30_ETAPES_DU_RESEAU_ITINERAIRES_CLINIQUES

Way, D., Jones, L., & Busing, N. (2000). Implementation strategies : 'Collaboration in primary care – family doctors & nurse practitioners delivering shared care'. *Ontario College of Family Physicians*, 1–11. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.458.383&rep=rep1&type=pdf>

Monographie

Benson, T., & Grieve, G. (2016). *Principles of Health Interoperability* (3^{ème} ed.). USA : Springer.

Nizet, J., Pichault, F. (2007). *Introduction à la théorie des configurations, du « one best way » à la diversité organisationnelle*. Bruxelles : De Boeck Université.

Actes de congrès ou de colloque

Absil, C. (2017, décembre). *Les défis posés par l'HAD et les réponses que les TICs peuvent y apporter*. Presentation at the GHDC congress, Charleroi.

Karam, M. & Macq, J. (2014, mai). *Soins intégrés et collaboration interprofessionnelle entre 1ère et 2ème lignes de soins*. Conference Paper at the Séminaire sur les itinéraires cliniques et les soins intégrés, Liège. Retrieved from <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/en/object/boreal:152185>

Mémoire ou thèse de doctorat

Dumont, B. (2014). *Itinéraires Cliniques et communication entre professionnels de la santé : étude sur la relation entre la présence d'un itinéraire clinique et l'enregistrement de données au sein du dossier patient* (Master's thesis). Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert. Retrieved from <https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/fr/object/thesis%3A61>

Chahed-Jebalia, S. (2008). *Modélisation et analyse de l'organisation et du fonctionnement des structures d'hospitalisation à domicile* (Doctoral dissertation). École centrale Paris, Paris. Retrieved from https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/bpsp/documents/Norme_APA_EN.pdf

Document non publié ou à diffusion limitée (rapport, syllabus...)

Aujoulat, I. (2016), *WFSP2109 – Promotion de la santé*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert

Aujoulat, I., (2016), *WFSP2106 – Introduction aux méthodes qualitatives*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert

Coupé, G. (2017). *Chiffres HAD CHwapi*. Unpublished document.

Cultiaux, J. (2016), *WFSP1007 – Introduction aux théories des organisations*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert

Debande, B., Rossler, J., Beguin, C., & Michel, C. (2017). *WFSP2253 – Système d'information hospitalier*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert

Dehaspe, P. (2017). *WFSP 2250 – Gestion financière des hôpitaux*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert

Depasse, T. (2018). *L'HAD au GHDC*. Unpublished document

Hallet, B. (2017), *WFSP2252 – Organisation et législation hospitalière*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert

Lorant, V. (2016), *WFSP1001 – Introduction au système de santé et de soins*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert

Macq, J. (2016), *WFSP2101 - Organisation de soins et systèmes de soins de santé*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert

Macq, J., & Thunus, S. (2017), *WFSP2211 – Organisation et analyse des systèmes et des réseaux de soins*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert

Roucoux, F., Macq, J., & Vandurme, T. (2017), *WFSP2210 – Système d'information sanitaire*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert

Servais, V. (2018). *L'HAD aux CUSL*. Unpublished document.

Page Web

Belfius. (2014). *Etude Maha 2014*. Retrieved from https://www.belfius.com/FR/Media/PersberichtMAHA-fr_tcm_78-81893.pdf

Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. (2015). *Communiqué de presse : Maggie De Block lance la réforme du financement des hôpitaux*. Retrieved from https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2015_04_24_reforme_du_financement_des_hopitaux.pdf

Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. (2015). *Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux*. Retrieved from https://www.absym-bvas.be/images/dossier/Reforme_Finacement_Hopitaux/Plan_dapproche_Reforme_Hopitaux_FR.pdf

Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. (2017). *Communiqué de presse : La réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux se poursuit : douze projets pilotes sur l'hospitalisation à domicile sélectionnés*. Retrieved from https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/2017_03_09_reforme_financement_hopitaux_douze_projets_pilotes_sur_hospitalisation_a_domicile_selectionnees.pdf

Cisco. (n.d). *Cisco Spark*. Retrieved from https://www.cisco.com/c/fr_fr/solutions/collaboration/spark/index.html#~stickynav=5

DeBlockBelgium. (2015). *Communiqué de presse : Le train e-santé est en marche : premier plan d'action déjà actualisé*. Retrieved from <http://www.deblock.belgium.be/fr/le-train-e-sant%C3%A9-est-en-marche-premier-plan-d%E2%80%99action-d%C3%A9j%C3%A0-actualis%C3%A9>

DeBlockBelgium. (2015). *Réformes stratégiques : Maggie De Block demande au secteur des thèmes pour les projets pilotes*. Retrieved from <http://deblock.belgium.be/fr/maggie-de-block-demande-au-secteur-des-th%C3%A8mes-pour-les-projets-pilotes>

DeBlockBelgium. (2015). *Communiqué de presse : Thèmes projets pilotes réforme financement des hôpitaux : la ministre De Block reçoit 470 propositions*. Retrieved from <http://www.deblock.belgium.be/fr/th%C3%A8mes-projets-pilotes-r%C3%A9forme-financement-des-h%C3%B4pitaux-la-ministre-de-block-re%C3%A7oit-470-propositions>

DeBlockBelgium. (2016). *Communiqué de presse : Maggie De Block lance un appel à projets pilotes sur l'hospitalisation à domicile*. Retrieved from <http://www.deblock.belgium.be/fr/maggie-de-block-lance-un-appel-%C3%A0-projets-pilotes-sur-l%E2%80%99hospitalisation-%C3%A0-domicile>

DeBlockBelgium. (2017). *Communiqué de presse : Douze projets pilotes sur l'hospitalisation à domicile sélectionnés*. Retrieved from <http://www.deblock.belgium.be/fr/douze-projets-pilotes-sur-l%E2%80%99hospitalisation-%C3%A0-domicile-s%C3%A9lectionn%C3%A9s>

DeBlockBelgium. (2017). *Communiqué de presse : Cinq millions de Belges donnent leur consentement pour l'échange de données médicales*. Retrieved from

<http://www.deblock.belgium.be/fr/cinq-millions-de-belges-donnent-leur-consentement-pour-l%C3%A9change-de-donn%C3%A9es-m%C3%A9dicales>

DeBlockBelgium. (2017). *Communiqué de presse : applications de santé mobile : le patient se sent mieux soutenu et plus impliqué*. Retrieved from <http://www.deblock.belgium.be/fr/applications-de-sant%C3%A9-mobile-le-patient-se-sent-mieux-soutenu-et-plus-impliqu%C3%A9>

Esanté. (n.d). *Hubs & metahub*. Retrieved from <https://www.ehealth.fgov.be/fr/esante/professionnels-de-la-sante/hubs-metahub/en-savoir-plus>

Esanté. (n.d). *Points d'action*. Retrieved from <http://www.plan-esante.be/>

Esanté. (n.d). *Lexique*. Retrieved from <http://www.plan-esante.be/>

FNEHAD. (2016). *L'hospitalisation à domicile (HAD) en 2015*. Retrieved from http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2016/10/RAPPORT-ANNUEL_CHIFFRES_web.pdf

FNEHAD. (2017). *Ensemble, construisons l'hospitalisation de demain*. Retrieved from http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/11/FNEHAD_RA_web.pdf

FNEHAD. (n.d). *Qu'est-ce que l'HAD ?*. Retrieved from <https://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>

INAMI. (2016), *Deuxième appel à candidatures : projet pilote « hospitalisation à domicile »*. Retrieved from http://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/reforme_hopitaux_projets_pilotes_hospitalisation_domicile.pdf

INAMI. (2016). *E-santé*. Retrieved from http://www.riziv.fgov.be/fr/themes/qualite-soins/e-sante/Pages/default.aspx#Plan_d_action_e-Sant%C3%A9

Indexmundi. (2018). *Lits d'hôpitaux par habitant – Europe*. Retrieved from <https://www.indexmundi.com/map/?t=0&v=2227&r=eu&l=fr>

Larousse. (2018). *Exhaustivité*, Retrieved March 28, 2018 from <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/exhaustivit%C3%A9/32114?q=exhaustivit%C3%A9#431363>

Larousse. (2018). *Objectivité*, Retrieved March 28, 2018 from <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/objectivite%C3%A9/55365?q=objectivite%C3%A9#54988>

Larousse. (2018). *Pertinence*, Retrieved March 28, 2018 from <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/pertinence/59839?q=pertinence#59474>

Larousse. (2018). *Exclusivité*, Retrieved March 28, 2018 from http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/exclusif_exclusive/32020

Larousse. (2018). *TIC*. Retrieved April 23, 2018 from <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/TIC/10910450>

Medi-Sphère. (2017). *Assises e-santé : vers un hôpital sans lit ?*. Retrieved from <https://www.medi-sphere.be/fr/actualites/socio-professionnel/assises-e-sante-vers-un-hopital-sans-lits.html>

OMS. (n.d). *Prestation de services intégrés*. Retrieved from <http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/fr/>

Service Public Fédéral. (2014). *Système de financement des hôpitaux en Belgique*. Retrieved from <http://www.coopami.org/fr/countries/countries/Peru/projects/2014/pdf/2014112407.pdf>

Service Public Fédéral. (2016). *Financement des hôpitaux*. Retrieved from <https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/financement-des-hopitaux>

Service Public Fédéral. (2016). *SNOMED CT*, Retrieved from <https://www.health.belgium.be/fr/terminologie-et-systemes-de-codes-snomed-ct>

Tests et instruments de mesure

OCDE.Stat, Etat de santé [software]. Retrieved from <http://stats.oecd.org/index.aspx?lang=fr&SubSessionId=21699938-deef-4d78-9486-09f9678646f6&themetreeid=9#>

Textes législatifs

Loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins. (2008). *Moniteur Belge*, 10 juillet. Retrieved from http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2008071090&table_name=loi

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. (2007). *Légifrance*, 1^{er} septembre, article 4. Retrieved from <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000874228>

Figures & tableaux

Figure 1: Pomey, M-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M-C., Débarges, B., Clavel, N., & Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 27 (1) p. 41-50. DOI 10.3917/spub.150.0041

Figure 2 : Roucoux, F., Macq, J., & Vandurme, T. (2017), *WFSP2210 – Système d’information sanitaire*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert

Figure 3 : Debande, B., Rossler, J., Beguin, C., & Michel, C. (2017). *WFSP2253 – Système d’information hospitalier*. Unpublished document, Université catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert

Figure 4 : Benson, T., & Grieve, G. (2016). *Principles of Health Interoperability* (3^{ème} ed.). USA : Springer.

Figure 5 : Raffy-Pihan, N. (1997). L’hospitalisation à domicile : une alternative également adaptée aux personnes âgées. *IRDES, rapport n° 1185*. Retrieved from <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1185.pdf>

Figure 6 : Raffy-Pihan, N. (1997). L’hospitalisation à domicile : une alternative également adaptée aux personnes âgées. *IRDES, rapport n° 1185*. Retrieved from <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1185.pdf>

Figure 7 : Raffy-Pihan, N. (1997). L'hospitalisation à domicile : une alternative également adaptée aux personnes âgées. *IRDES, rapport n° 1185*. Retrieved from <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1185.pdf>

Figure 8 : Raffy-Pihan, N. (1997). L'hospitalisation à domicile : une alternative également adaptée aux personnes âgées. *IRDES, rapport n° 1185*. Retrieved from <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1185.pdf>

Figure 9 : FNEHAD. (2017). *Ensemble, construisons l'hospitalisation de demain*. Retrieved from http://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2017/11/FNEHAD_RA_web.pdf

Figure 10 : Com-Ruelle, L. (2015). L'HAD « à la française » le modèle historique et enjeux actuels, IRDES. Retrieved from http://www.alass.org/wp-content/uploads/atelier-hospitalisation-doc_4.pdf

Tableau 1 : Cellule stratégique de la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. (2015). *Plan d'approche réforme du financement des hôpitaux*. Retrieved from https://www.absym-bvas.be/images/dossier/Reforme_Finacement_Hopitaux/Plan_dapproche_Reforme_Hopitaux_FR.pdf

Tableau 2 : Coupé, G. (2017). *Chiffres HAD CHwapi*. Unpublished document

Tableau 3 : Réalisé par nos soins

Tableau 4 : Réalisé par nos soins

Tableau 5 : Réalisé par nos soins

Tableau 6 : Réalisé par nos soins

Annexes

Annexe 1 – Les 12 projets sélectionnés

- Titre projet : Traitements antitumoraux administrés à des patients souffrant du cancer

Hôpital coordinateur : CHC Liège

Partenaires : CHC Clinique Notre-Dame, CHC Clinique Sainte-Élisabeth, cercles de médecins généralistes, organisations de soins à domicile, chef de l'hôpital de jour, médecins spécialistes, coordinateurs infirmiers oncologie, pharmaciens hospitaliers, laboratoires, assistants sociaux, diététiciens spécialisés en oncologie, psychologues spécialisés en oncologie, groupes d'études cliniques, services ICT, services techniques

Régions : périmètre de 35-40 km autour des hôpitaux participants (Liège, Hermalle, Heusy)

- Titre projet : Traitement antibiotique IV et/ou antiviral IV

Hôpital coordinateur : Centre Hospitalier de Wallonie Picarde

Partenaires : Pharmacies publiques, soins infirmiers à domicile, organisations de soins et d'aide à domicile, mutualités, association des médecins généralistes, médecins traitants, firmes de délivrance de matériel pour l'hospitalisation à domicile, firmes pour la formation des groupes de soins, réseau santé wallon.

Régions : Tournai

- Titre projet : Antibiothérapie IV

Hôpital coordinateur : Grand hôpital de Charleroi

Partenaires : cercles/fédérations des associations de médecins généralistes, médecins généralistes, soins infirmiers à domicile

Régions : maximum 20 km du Grand hôpital de Charleroi

- Titre projet : Traitements antitumoraux administrés à des patients souffrant du cancer.

Hôpital coordinateur : Grand hôpital de Charleroi

Partenaires : cercles/fédérations des associations de médecins généralistes, soins infirmiers à domicile, organisations d'aides et soins à domicile, pharmacies publiques, organisations qui prévoient la coordination des soins

Régions : maximum 20 km du Grand hôpital de Charleroi

- Titre projet: Antibiothérapie IV

Hôpital coordinateur : Cliniques Universitaires Saint-Luc

Partenaires : soins infirmiers à domicile, organisations d'aides et soins à domicile, centrale de soins et services à domicile, Fédération des associations des médecins généralistes de Bruxelles

Régions : Région de Bruxelles-Capitale et d'Ottignies

- Titre projet : Antibiothérapie et/ou traitement hémato-oncologique

Hôpital coordinateur : CHU Liège

Partenaires : Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye et de Hesbaye, Centre Hospitalier Régional de Huy, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, Centre Hospitalier Régional de Verviers East-Belgium, Clinique André Renard, cercles/associations de médecins généralistes, services intégrés de soins à domicile, organisations d'aide et soins à domicile, association de pharmaciens de ville, association de patients, Réseau santé wallon

Régions : Arrondissements de Huy/Waremme, Liège et Verviers

- Titre projet : Antibiothérapie et traitements antitumoraux

Hôpital coordinateur : Érasme

Partenaires : Chirec, UZ Brussel, Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, CHU Saint-Pierre, services intégrés de soins à domicile, centre de soins et de services à domicile, Fédération des associations des médecins généralistes de Bruxelles

Régions : Bruxelles-Capitale et les communes suivantes : Drogenbos, Rhode-St-Genèse, Wemmel, Leeuw-Saint-Pierre, Dilbeek, Woluwe-Saint-Etienne, Zaventem, Kraainem, Wezembeek-Oppeem, Tervuren

- Titre projet : Antibiothérapie

Hôpital coordinateur : Jessa Ziekenhuis

Partenaires : cercles de médecins généralistes, infirmiers à domicile, organisation pour la coordination de la logistique

Régions : Limbourg

- Titre projet : Antibiothérapie

Hôpital coordinateur : UZ Gent

Partenaires : Jan Yperman Ziekenhuis, AZ Delta, Imelda Ziekenhuis, AZ Groeninge Kortrijk, AZ Maria Middelaers Gent, AZ Sint-Lucas, AZ Jan Palfijn, Heilig Hartziekenhuis Lier, Sint-Andriesziekenhuis Tielt, Sint-Jozefkliniek Izegem, cercles de médecins généralistes, pharmacies publiques, infirmiers à domicile, aide sociale/aide familiale, maisons de repos, centre pour les soins aux personnes handicapées, centre d'expertise.

Régions : Région de Gent, de Bonheiden et Flandre occidentale

- Titre projet : Antibiothérapie

Hôpital coordinateur : UZ Leuven

Partenaires : Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Leuven, Regionaal Ziekenhuis Heilig Hart Tienen, infirmiers à domicile, cercles de médecins généralistes, des maisons de repos

Régions : toutes les provinces de Flandre

- Titre projet : Traitement antitumoral pour certains patients souffrant du cancer du sein

Hôpital coordinateur : UZ Leuven

Partenaires : Infirmiers à domicile, cercles de médecins généralistes

Régions : Brabant flamand

- Titre projet : Traitement antitumoral pour certains patients souffrant du cancer du sein

Hôpital coordinateur : UZ Antwerpen

Partenaires : Imelda Ziekenhuis (Bonheiden), Clinique et maternité Sainte-Élisabeth- Namur, UZ Brussel, Peltzer La Tourelle (Verviers), Heilighart Ziekenhuis Lier, Grand hôpital de Charleroi, organisation pour la coordination des soins, de la logistique et du matériel, médecins généralistes, infirmiers à domicile, pharmacies publiques.

Régions : zone d'activité illimitée

Annexe 2 – Recommandations KCE :

Bibliographie : Farfan-Portet, M-I., Denis, A., Mergaert, L., Daue, F., Mistiaen, P., & Gerkens, S. (2015). L'hospitalisation à domicile : Orientations pour un modèle belge - Synthèse. *Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE)*. *KCE Reports 250Bs*, 1-33. Retrieved from https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE__250Bs_hospitalisation_a_domicile_Synthese.pdf

Recommandation 1 : Il est préférable de ne pas déployer l'HAD à grande échelle à l'heure actuelle, mais de commencer par tester différents modèles via des projets pilotes.

- Une équipe d'accompagnement de ces projets pilotes doit être mise en place pour organiser la sélection des projets, suivre leur déroulement et procéder à leur évaluation finale.
- Les critères et indicateurs définis par l'équipe d'accompagnement pour l'évaluation devront être définis a priori avant de lancer les projets et être collectés par chaque projet pilote.
- Ces critères et indicateurs devront permettre dans chacun des domaines des soins concernés, d'évaluer la qualité et le résultat des soins (efficacité, efficience) ainsi que la satisfaction et la qualité de vie des patients et leur entourage, afin que ces différents items puissent être comparés avec les alternatives existantes (hôpital classique et de jour) pour l'épisode complet de soins.
- La définition de ce que recouvre le terme HAD et ses caractéristiques d'organisation ne devrait actuellement pas être trop restrictive, de manière à laisser une certaine flexibilité à l'échelon local et une marge de manœuvre pour des initiatives innovantes. Une condition minimum est toutefois de respecter la définition de l'HAD à savoir se limiter à des soins qui, autrement, auraient dû être délivrés dans un hôpital.

Recommandation 2 : En plus de l'évaluation clinique, la décision d'admission de chaque patient doit reposer sur une évaluation de son environnement social et familial, afin de déterminer s'il bénéficie d'un soutien suffisant et si son environnement de vie est suffisamment sûr et approprié pour une HAD.

Le patient et son entourage doivent être pleinement informés des choix possibles entre l'HAD et d'autres modalités (en général, l'hôpital) et doivent donner leur consentement s'ils décident (le patient mais aussi son entourage) d'opter pour l'HAD.

Recommandation 3 : Une équipe multidisciplinaire, partageant un plan de prise en charge répondant aux besoins du patient et adapté à la situation locale doit être mise en place. Le rôle et les responsabilités de chaque professionnel de santé et autre intervenant impliqués dans la prise en charge – ainsi que ceux du patient et de son entourage – doivent être clairement décrits dans ce plan de prise en charge. Ce plan doit entre autres déterminer qui coordonne les activités entre les différents services de santé mais aussi entre les services de santé et les services sociaux,

qui est le médecin responsable du suivi médical et qui est responsable de la mise à jour du dossier du patient.

Les services médicaux et non médicaux fournis par le projet HAD doivent le plus possible s'appuyer sur des services, structures et programmes déjà existants. Pour les interventions très spécialisées ou « rares », des conventions entre le service d'HAD et des « centres spécialisés » ou des « professionnels de santé spécialisés » doivent être privilégiées.

Recommandation 4 : Pour chaque programme d'HAD, un plan d'urgence détaillé doit être conçu. Il doit mentionner le rôle et les responsabilités de chaque intervenant en cas d'urgence.

Recommandation 5 : Le patient (avec son entourage) doit être impliqué dans son plan de prise en charge. Une attention particulière doit également être portée à l'éducation du patient et de son entourage. En outre, il faut veiller à soutenir l'entourage afin de prévenir son épuisement.

Recommandation 6 : Pour assurer la continuité des soins, le travail en réseau, avec des accords avec d'autres prestataires et services de soins, tant en amont (hôpitaux) qu'en aval (première ligne) de l'HAD doit être privilégié.

Recommandation 7 : Une évaluation des critères d'éligibilité utilisés par les différentes initiatives pilotes devra être faite afin de définir les critères à retenir pour l'implémentation à large échelle de l'HAD. Les instruments choisis pour évaluer ces critères d'éligibilité devront avoir été validés

Recommandation 8 : Un cadre légal de base devra être élaboré, avec des normes de sécurité et de qualité des soins adaptés aux spécificités de l'HAD. Ce cadre légal devra aussi prévoir des normes en termes de subsidiarité, de délégation et de responsabilité.

Recommandation 9 : En fonction du modèle choisi, des programmes de formation appropriés devront être développés comme par exemple des programmes d'éducation continue adaptés aux exigences des interventions complexes fréquemment effectuées en HAD ou encore des programmes de formation par des personnes du terrain (collaboration avec le secteur hospitalier, création de plateformes d'échange).

Recommandation 10 : L'attractivité des programmes d'HAD pour les médecins et les praticiens de l'art infirmier devra être renforcée, notamment via une information proactive sur le concept d'HAD.

Recommandation 11 : La nécessité de nouvelles descriptions de fonction pour certains professionnels de santé devra être évaluée sur base des projets pilotes.

La coordination de la prise en charge autour du patient étant un point clé de l'HAD, les réflexions actuelles sur la fonction de « gestionnaire de cas » (case manager) pour les patients chroniques devraient tenir compte de la possibilité d'élargir cette fonction aux patients en HAD.

Recommandation 12 : Les modalités de financement testées durant les projets pilotes devront être évaluées. Le choix d'un système tiendra compte de tous les coûts directs et indirects liés aux soins du patient (y compris la coordination des soins, l'éducation du patient et de l'aidant

proche, etc.). Le financement devra être cohérent avec les autres cadres de soins, de manière à permettre des transferts dans le meilleur intérêt du patient.

- Il faudra porter une attention particulière à la rémunération des professionnels de santé afin qu'elle reflète le niveau de charge de travail et de spécialisation nécessaire.
- Une attention particulière devra également être accordée au remboursement des médicaments.
- Le coût pour le patient et les questions des suppléments et de la transférabilité des assurances hospitalisation devront être investiguées spécifiquement pour l'HAD.

Recommandation 13 : Un processus d'assurance de la qualité et de la sécurité devra être mis en place ; il devra être accompagné d'une collecte d'indicateurs de processus et de résultat (sécurité, efficacité) et d'indicateurs socio-économiques (efficacité). La satisfaction et la qualité de vie du patient et de son entourage doivent également être évalués.

Recommandation 14 : Des guidelines, des protocoles, des outils d'information et des outils de screening proactif du patient devront être développés.

Recommandation 15 : Des systèmes d'échanges informatisés de données (intégré au plan national e-health) sont indispensables, pour permettre le partage d'informations entre professionnels de santé et entre les différents cadres de soins, le recueil de données pour le financement et le suivi de la qualité des soins.

Recommandation 16 : Pour soutenir la coordination des services mobilisés pour l'HAD, il faudra poursuivre le développement des structures de coordination et des réseaux locaux existants et s'appuyer sur ceux-ci.

Recommandation 17 : Un accord entre les différents niveaux de compétence devra être négocié, en vue d'une meilleure coordination entre les politiques d'aides à la personne et les politiques de santé, et de modalités de financement qui soutiennent le meilleur intérêt du patient.

[Annexe 3 – Procédure d’inclusion du CHwapi](#)

Cette annexe se trouve dans l’annexe 3 disponible sur la plateforme DIAL

[Annexe 4 – Enquête de satisfaction patient](#)

Cette annexe se trouve dans l’annexe 4à6 disponible sur la plateforme DIAL

[Annexe 5 – Enquête de satisfaction partenaire](#)

Cette annexe se trouve dans l’annexe 4à6 disponible sur la plateforme DIAL

[Annexe 6 – Résultats enquêtes de satisfaction](#)

Cette annexe se trouve dans l’annexe 4à6 disponible sur la plateforme DIAL

Annexe 7 – Questionnaire quantitatif

08/05/2018

La communication et la coordination en hospitalisation à domicile (HAD)

La communication et la coordination en hospitalisation à domicile (HAD)

Etudiante en 2ème master en sciences de la santé publique, je réalise mon mémoire sur l'hospitalisation à domicile (HAD) et, plus précisément, sur le défi que représente la communication et la coordination entre tous les intervenants au sein d'un projet d'HAD. Pourriez-vous répondre à ce questionnaire ? Cela ne vous prendra que quelques minutes mais me sera d'une grande aide !

Merci d'avance pour le temps que vous y accorderez,
Elina Demuynck

NB : Je tiens à préciser que les réponses resteront anonymes et ne serviront que dans le cadre de mon mémoire.

***Obligatoire**

1. Quand avez-vous été impliqué pour la première fois dans un projet HAD ? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Il y a 6 mois
☐ Il y a 1 an
☐ Il y a plus d'un an

2. Par quel(s) type(s) de projet(s) HAD êtes-vous concerné ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Antibiothérapie intraveineuse
☐ Traitement héματο-oncologique
☐ Les 2
☐ Autre : _____

3. Dans quel secteur travaillez-vous ? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Intra-hospitalier
☐ Extra-hospitalier

Communication

4. Comment communiquez-vous avec les autres prestataires de soins ? (dans le cadre de l'HAD) *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Via outils ou dossier papier
☐ Via dossier informatisé
☐ Via application mobile (WhatsApp, Viber, ...)
☐ Via réseau de santé
☐ Via téléphone (SMS ou appel)
☐ Via mail
☐ Autre : _____

<https://docs.google.com/forms/d/19D2MihdAw9lwV8gbhEDDQkKZANdIlplvotPmq4ps18/edit>

1/4

5. 5. Selon vous, cette communication est-elle efficace ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui *Passez à la question 6.*
- ☐ Non *Passez à la question 7.*

*Passez à la question 9.***6. 6. Pensez-vous qu'il existe une meilleure façon de procéder ou un outil complémentaire qui permettrait d'améliorer cette communication ? Si oui, laquelle/lequel ?***Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Outil papier
- ☐ Outil intégré et accepté par tous
- ☐ Outil informatisé (dossier ou application)
- ☐ Via réseau de santé
- ☐ Par mail
- ☐ Par téléphone
- ☐ Non
- ☐ Autre

*Passez à la question 9.***7. 6. Pour quelles raisons ? ****Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Manque de temps
- ☐ Manque de support écrit
- ☐ Manque de clarté
- ☐ Intervenants trop nombreux
- ☐ Informations trop nombreuses
- ☐ Manque d'implication de la part de certains intervenants
- ☐ Manque de respect des rôles de chaque intervenant
- ☐ Mauvaise transmission orale
- ☐ Objectif non prioritaire
- ☐ Autre
- ☐ Autre : _____

8. 6bis. Quelle serait, selon vous, la/les meilleure(s) solution(s) ?*Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Outil papier
- ☐ Outil intégré et accepté par tous
- ☐ Outil informatisé (dossier ou application)
- ☐ Via réseau de santé
- ☐ Par mail
- ☐ Par téléphone
- ☐ Autre

Passez à la question 9.

Coordination

9. 7. Qui se charge de la coordination des soins lors de la prise en charge d'un patient en HAD? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Infirmier coordinateur
- ☐ Infirmier du service
- ☐ Infirmier à domicile
- ☐ Médecin coordinateur
- ☐ Médecin généraliste
- ☐ Patient ou famille
- ☐ Personne
- ☐ Autre (Assistant social, pharmacien hospitalier,...)

10. 8. Selon vous, cette coordination est-elle efficace? *

Une seule réponse possible.

- ☐ Oui Passez à la question 11.
- ☐ Non Passez à la question 12.

Passez à la question 14.

11. 9. Pensez-vous qu'il existe une meilleure façon de procéder ou un outil complémentaire qui permettrait d'améliorer cette coordination ? Si oui, laquelle/lequel?

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Outil papier
- ☐ Outil intégré et accepté par tous
- ☐ Outil informatisé (dossier ou application)
- ☐ Meilleure implication de la part des intervenants
- ☐ Coordinateur de soins
- ☐ Itinéraires cliniques
- ☐ Par mail
- ☐ Par téléphone
- ☐ Non
- ☐ Autre

Passez à la question 14.

12. 9. Pour quelles raisons? *

Plusieurs réponses possibles.

- ☐ Pas de personne dédiée à la coordination des soins
- ☐ Distribution des rôles non adaptée
- ☐ Manque de compétences du coordinateur
- ☐ Manque d'outils de coordination
- ☐ Autre

13. 9bis. Quelle serait, selon vous, la meilleure solution ? **Plusieurs réponses possibles.*

- ☐ Coordinateur de soins
- ☐ Procédure pré-établie
- ☐ Chaque personne s'engage à relayer les informations aux personnes concernées
- ☐ Autre

14. 10. Dans la littérature, plusieurs auteurs ont relevé que les itinéraires cliniques permettent d'améliorer la coordination et la communication. Partagez-vous cette affirmation? **Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Non
- ☐ Pas d'avis sur la question

15. 11. A l'heure actuelle, les technologies de l'information et de la communication (TIC) font de plus en plus partie de notre quotidien (Dossier Patient Informatisé, applications connectées, réseau de santé,...). Pensez-vous que cela permettrait une meilleure coordination et communication au sein d'une HAD ? **Une seule réponse possible.*

- ☐ Oui
- ☐ Oui mais pas uniquement
- ☐ Non
- ☐ Pas d'avis sur la question

16. 12. Quelles sont les limites des solutions actuelles selon vous ? *

17. 13. Avez-vous des suggestions à proposer pour une solution future? (tant pour la communication que pour la coordination)

Annexe 8 – Mail : exemple type

Cette annexe se trouve dans l'annexe 8 disponible sur la plateforme DIAL

Annexe 9 – Résultats quantitatifs

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
1	Horodateur	1. Quand avez-vous	2. Par quel(s) type(s) de projet	3. Dans quel secteur	4. Comment communiquez-vous	5. Selon	6. Pensez-vous qu'il existe une meilleure	6. Pour quelles raisons ?	6bis. Quelle serait, selon	7. Qui se charge de la	8. Selon	9. Pensez-vous qu'il existe une meilleure	9. Pour quelles raisons ?
2	3-27-2018 6:58:07	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Intra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil intégré et accepté par tous			Infirmier coordinateur, Mé	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)	
3	3-27-2018 9:30:47	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Intra-hospitalier, Extr	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil intégré et accepté par tous			Infirmier coordinateur	Oui	Outil intégré et accepté par tous	
4	3-27-2018 10:16:25	Il y a plus d'un an	Les 2	Intra-hospitalier, Extr	Via outils ou dossier papier, Vi	Non		Manque de support écrit	Outil informatisé (dossier ou application)	Infirmier coordinateur, Mé	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)	
5	3-27-2018 11:44:50	Il y a plus d'un an	Les 2	Intra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Non		Manque de support écrit	Via réseau de santé	Infirmier coordinateur, Inf	Oui	Outil informatisé (dossier ou application), Itinéraires cliniques	
6	3-27-2018 12:00:46	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui				Infirmier coordinateur	Oui	Outil informatisé (dossier ou application), Par téléphone	
7	3-27-2018 12:23:26	Il y a plus d'un an	Les 2	Intra-hospitalier, Extr	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur, Inf	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)	
8	3-28-2018 10:25:45	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Intra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur	Oui	Non	
9	3-29-2018 11:37:18	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Intra-hospitalier, Extr	Via téléphone (SMS ou appel)	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur	Oui	Meilleure implication de la part des intervenants	
10	3-29-2018 11:43:51	Il y a plus d'un an	Les 2	Extra-hospitalier	Via application mobile (Whats/	Oui	Outil intégré et accepté par tous			Infirmier à domicile	Oui	Outil intégré et accepté par tous	
11	3-29-2018 22:34:12	Il y a 6 mois	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur, Inf	Oui	Outil intégré et accepté par tous	
12	3-30-2018 9:13:19	Il y a 1 an	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Non			Infirmier coordinateur	Oui	Non	
13	3-30-2018 11:09:03	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Intra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur, Mé	Oui	Itinéraires cliniques	
14	3-30-2018 13:45:35	Il y a 6 mois	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Non			Infirmier coordinateur	Oui	Meilleure implication de la part des intervenants	
15	3-30-2018 14:48:55	Il y a plus d'un an	Les 2	Intra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil informatisé (dossier ou application), Via réseau de santé			Infirmier coordinateur, Inf	Oui	Outil informatisé (dossier ou application), Itinéraires cliniques	
16	3-30-2018 17:32:36	Il y a 6 mois	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via téléphone (SMS ou appel)	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur	Oui	Non	
17	3-30-2018 20:36:55	Il y a 6 mois	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur	Non		Manque d'outils de coordination
18	4-1-2018 18:36:52	Il y a 6 mois	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Non	Outil informatisé (dossier ou application)	Manque d'implication de l	Outil intégré et accepté par	Infirmier à domicile, Patie	Oui	Outil intégré et accepté par tous	
19	4-2-2018 23:42:51	Il y a 6 mois	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Non			Infirmier coordinateur	Oui	Non	
20	4-3-2018 16:31:22	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via téléphone (SMS ou appel)	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Médecin généraliste	Oui	Meilleure implication de la part des intervenants	
21	4-3-2018 19:52:46	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via dossier informatisé	Non	Outil informatisé (dossier ou application)	Manque de support écrit	Outil intégré et accepté par	Infirmier coordinateur, Inf	Oui	Outil intégré et accepté par tous	
22	4-3-2018 20:53:10	Il y a 6 mois	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)	
23	4-4-2018 8:40:16	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Intra-hospitalier	Via mail	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur, Mé	Oui	Meilleure implication de la part des intervenants	
24	4-4-2018 9:16:17	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Intra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur, Aut	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)	
25	4-4-2018 12:04:52	Il y a 1 an	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Via réseau de santé			Infirmier à domicile, Méde	Oui	Non	
26	4-4-2018 13:14:46	Il y a 6 mois	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Non	Outil informatisé (dossier ou application)	Manque de clarté, Interv	Outil informatisé (dossier ou application)	Infirmier coordinateur	Non		Manque de compétences de la
27	4-4-2018 14:57:59	Il y a 6 mois	Traitement hémato-oncologiq	Extra-hospitalier	Via dossier informatisé, Via ré	Oui	Outil papier, Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier du service	Oui	Non	
28	4-4-2018 17:02:44	Il y a plus d'un an	Les 2	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier	Non	Outil informatisé (dossier ou application)	Intervenants trop nombre	Outil informatisé (dossier ou application)	Infirmier coordinateur	Non		Distribution des rôles non ada
29	4-4-2018 22:01:08	Il y a plus d'un an	Les 2	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur	Oui	Non	
30	4-4-2018 22:58:17	Il y a 1 an	Autre	Intra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Non	Outil informatisé (dossier ou application)	Manque de support écrit	Outil informatisé (dossier ou application)	Personne	Non		Pas de personne dédiée à la c
31	4-6-2018 11:39:45	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Intra-hospitalier	Via téléphone (SMS ou appel), O	Oui	Non			Personne	Non		Pas de personne dédiée à la c
32	4-6-2018 14:13:21	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur, Mé	Oui	Non	
33	4-7-2018 7:49:05	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur	Oui	Coordinateur de soins	
34	4-7-2018 10:24:16	Il y a 6 mois	Antibiothérapie intraveineuse	Intra-hospitalier	Via outils ou dossier papier	Oui	Non			Infirmier coordinateur	Oui	Non	
35	4-7-2018 18:33:48	Il y a plus d'un an	Les 2	Extra-hospitalier	Via téléphone (SMS ou appel)	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur	Oui	Meilleure implication de la part des intervenants	
36	4-8-2018 9:33:58	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Intra-hospitalier, Extr	Via dossier informatisé	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur	Oui	Meilleure implication de la part des intervenants	
37	4-8-2018 19:50:33	Il y a 6 mois	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via téléphone (SMS ou appel)	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier coordinateur	Oui	Non	
38	4-9-2018 9:08:15	Il y a 1 an	Les 2	Intra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Non	Outil informatisé (dossier ou application)	Manque de temps, Manq	Outil informatisé (dossier ou application)	Infirmier coordinateur	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)	
39	4-9-2018 9:11:12	Il y a plus d'un an	Les 2	Intra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil informatisé (dossier ou application), Via réseau de santé			Infirmier coordinateur	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)	
40	4-9-2018 12:47:05	Il y a 6 mois	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil intégré et accepté par tous			Infirmier coordinateur, Inf	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)	
41	4-10-2018 15:54:27	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Intra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil informatisé (dossier ou application), Outil intégré et accepté par tous			Autre (Assistant social, ph	Oui	Non	
42	4-10-2018 17:23:34	Il y a 6 mois	Traitement hémato-oncologiq	Intra-hospitalier	Via téléphone (SMS ou appel)	Non	Outil informatisé (dossier ou application)	Manque de support écrit, Via réseau de santé		Medecin coordinateur	Oui	Coordinateur de soins	
43	4-13-2018 16:09:39	Il y a 1 an	Antibiothérapie intraveineuse	Intra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Non	Outil informatisé (dossier ou application)	Manque de support écrit	Outil informatisé (dossier ou application)	Infirmier coordinateur	Oui	Non	
44	4-13-2018 16:13:08	Il y a 6 mois	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Non			Infirmier coordinateur, Inf	Non		Manque d'outils de coordination
45	4-16-2018 8:35:57	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil intégré et accepté par tous			Infirmier coordinateur	Oui	Itinéraires cliniques	
46	4-16-2018 20:42:58	Il y a plus d'un an	Les 2	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Non			Infirmier coordinateur	Oui	Itinéraires cliniques	
47	4-18-2018 17:25:16	Il y a 1 an	Les 2	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Non			Médecin généraliste	Oui	Non	
48	4-18-2018 17:31:12	Il y a 1 an	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier du service, Infirm	Oui	Outil informatisé (dossier ou application), Meilleure implication de la par	
49	4-18-2018 17:36:46	Il y a 1 an	Traitement hémato-oncologiq	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Non			Infirmier coordinateur	Oui	Non	
50	4-18-2018 17:57:17	Il y a plus d'un an	Antibiothérapie intraveineuse	Extra-hospitalier	Via téléphone (SMS ou appel)	Non	Outil informatisé (dossier ou application)	Informations trop nombre	Outil informatisé (dossier ou application)	Infirmier coordinateur	Non		Manque d'outils de coordination
51	4-19-2018 19:26:51	Il y a plus d'un an	Autre	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil papier			Infirmier coordinateur, Inf	Oui	Meilleure implication de la part des intervenants	
52	4-19-2018 18:45:14	Il y a plus d'un an	Les 2	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Non			Infirmier coordinateur, Mé	Oui	Non	
53	4-19-2018 21:31:29	Il y a plus d'un an	Les 2	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier	Non	Outil informatisé (dossier ou application)	Manque de clarté, Manq	Outil intégré et accepté par	Infirmier coordinateur	Non		Distribution des rôles non ada
54	4-19-2018 21:55:08	Il y a plus d'un an	Traitement hémato-oncologiq	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil intégré et accepté par tous			Infirmier coordinateur, Inf	Oui	Meilleure implication de la part des intervenants	
55	4-19-2018 22:33:01	Il y a 6 mois	Traitement hémato-oncologiq	Extra-hospitalier	Via téléphone (SMS ou appel)	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier à domicile, Méde	Oui	Non	
56	4-19-2018 13:29:26	Il y a plus d'un an	Autre	Extra-hospitalier	Via téléphone (SMS ou appel)	Non	Outil informatisé (dossier ou application)	Manque de support écrit	Outil intégré et accepté par	Infirmier coordinateur, Mé	Non		Pas de personne dédiée à la c
57	4-19-2018 13:41:46	Il y a plus d'un an	Les 2	Extra-hospitalier	Via outils ou dossier papier, Vi	Oui	Outil informatisé (dossier ou application)			Infirmier à domicile, Méde	Oui	Non	

N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X
1	9bis. Quelle serait, selon	10. Dans la littérature, plu	11. A l'heure actuelle, les	12. Quelles sont les limites des solutions actuelles selon vous ?	13. Avez-vous des suggestions à proposer pour une solution future? (tant pour la communication que pour la coordination)					
2		Oui	Oui mais pas uniquement	Projet récent donc peu de recul	Outil commun de partage d'information pour ne pas avoir la répétition sur plusieurs plates formes et de ce fait, perdre l'information					
3		Oui	Oui mais pas uniquement	La démultiplication à outrance des "gadgets-pseudo-outils", l'absence d'	La vie est faite de rencontres, de dialogues, de contacts physiques, aussi ! Et c'est encore plus vrai dans le domaine des soins... Remettre les outils informatiques, et toutes la puissance de					
4		Oui	Oui	Pas d'informations disponibles pour tous en temps réel	Investir en force dans l'informatique et le développement d'application, ainsi que dans le personnel HAD					
5		Oui	Oui mais pas uniquement	Le manque d'implication de certains intervenants	Travailler avec un informaticien de référence pour développer un outil de communication efficace en direct					
6		Oui	Oui mais pas uniquement	Certains intervenants ne s'impliquent pas suffisamment	Valoriser le professionnalisme de chaque intervenant					
7		Oui	Oui mais pas uniquement	Le manque d'échange d'informations en instantané, transparence lors d'	Une plate forme informatisée permettant l'échange de données pluridisciplinaire serait idéal. En effet, vu la charge de travail des différents intervenants, il n'est pas toujours aisé de faire une					
8		Oui	Oui mais pas uniquement	La multitude d'outils utilisés par les différents intervenants sans système	Solution unique pour tous les intervenants permettant une communication aisée					
9		Non	Oui mais pas uniquement	Il existe encore beaucoup de questionnement	/					
10		Oui	Oui mais pas uniquement	Les professionnels de santé de l'hôpital ne se sentent pas concernés ap	/					
11		Oui	Oui mais pas uniquement	Projet trop jeune pour répondre	/					
12		Oui	Oui	Pas assez de recul	Non, car bonne information et bon suivi par l'infirmier de liaison, il est très disponible					
13		Oui	Oui mais pas uniquement	Je n'en vois aucune	Garder un contact direct					
14		Pas d'avis sur la question	Oui mais pas uniquement	Pour l'instant, cela fonctionne bien mais à plus grande échelle, il faudra s'	/					
15		Oui	Oui mais pas uniquement	Beaucoup trop de répétitions et de perte de temps, perte d'informations, r	La technologie au service de l'humain					
16		Non	Oui mais pas uniquement	Le côté humain	/					
17	Procédure pré-établie	Oui	Oui mais pas uniquement	Manque de temps, l'accès à internet	/					
18		Oui	Oui mais pas uniquement	Absence de contact avec le généraliste	/					
19		Pas d'avis sur la question	Non	Manque de contact humain	Favoriser la communication écrite mais garder la communication orale					
20		Pas d'avis sur la question	Oui	Accès délivrance et remboursement des médicaments à la pharmacie	/					
21		Oui	Oui mais pas uniquement	Manque de considération de la première ligne	/					
22		Oui	Oui	L'aisance informatique des acteurs de soins de santé	/					
23		Oui	Oui	La confidentialité des données	/					
24		Pas d'avis sur la question	Oui mais pas uniquement	La lenteur pour recevoir certains feedbacks, le nombre d'intermédiaires	Acquérir une application sécurisée					
25		Oui	Oui	Manque de formations	Plus de formation en communication et travail de collaboration					
26	Procédure pré-établie, Cc	Oui	Oui	Chaque acteur utilise son propre support	Une solution informatisée partagée et un coordinateur infirmier dédié à la HAD					
27		Pas d'avis sur la question	Oui mais pas uniquement	Le fait de communiquer pour l'institution. Or, ça devrait être pour le bien d'	/					
28	Procédure pré-établie, Ch	Oui	Oui	La sécurité des données	Une application commune car si chaque hôpital crée son application, ça sera compliqué...					
29		Pas d'avis sur la question	Oui mais pas uniquement	La confidentialité et la sécurité des données	Solliciter le travail de l'infirmière à domicile avec des rencontres professionnelles plus fréquentes avec le personnel intra-hospitalier					
30	Coordinateur de soins, Pi	Oui	Oui mais pas uniquement	Limites humaines	/					
31	Coordinateur de soins, Pi	Oui	Oui mais pas uniquement	Un manque de cadre légal, réseau de santé en plein essor. C'est une sit	Dossier patient unique pour tous les prestataires de soins qui soit compris de la même manière par ceux-ci. Impliquer le patient dans sa prise en charge					
32		Pas d'avis sur la question	Oui	La couverture réseau	Garantir l'équipement numérique					
33		Oui	Oui	Le manque d'outils informatisés	Avant de mettre quoique ce soit en place, travailler avec tous les prestataires concernés, prendre le temps d'analyser les besoins de chacun, ne pas imposer un changement mais prendre le					
34		Oui	Oui mais pas uniquement	Chaque structure travaille avec des outils différents qui ne communiquen	Mettre en place un cadre législatif en termes de fonctionnement des HAD pour standardiser l'organisation et en termes d'outils d'échanges standardisés utilisables tant pour l'intra que l'extra					
35		Pas d'avis sur la question	Pas d'avis sur la question	Trop d'intervenants et donc perte de données	Mettre en place un coordinateur de soins					
36		Oui	Oui	Facteurs humains	/					
37		Oui	Oui	Manque de temps	J'ai beaucoup de difficultés avec les nouvelles technologies par manque de temps. Je préfère la communication par téléphone et par écrit. La coordination par un infirmier est également ess					
38		Oui	Oui mais pas uniquement	Manque d'outils de coordination	Nécessite une définition du trajet de soins "qui fait quoi" et d'un relais humain					
39		Oui	Oui	Risque de pertes de données ou de mauvaises informations, confidentiai	La première étape devrait être de pouvoir faire communiquer les dossiers médicaux informatisés de l'ensemble des institutions/partenaires de soins. Ensuite des solutions mobiles commu					
40		Oui	Oui mais pas uniquement	Budget	Une meilleure reconnaissance des soins à domicile					
41		Oui	Oui mais pas uniquement	Confidentialité des données	Maintenir la possibilité d'un support papier pour les patients qui le demandent et pour certains types d'information (par ex : numéros utiles), avoir un support électronique commun entre l'hôp					
42		Oui	Oui	Manque de moyens pour développer le rôle du coordinateur	/					
43		Oui	Oui mais pas uniquement	Au niveau papier : risque de perte, charge de travail supplémentaire, Au n	Mettre à disposition un outil informatisé style application mobile					
44	Procédure pré-établie, Ch	Oui	Oui mais pas uniquement	Manque de traçabilité quand demande par téléphone	Un outil informatisé qui permettrait d'avoir l'information PAR ECRIT de manière instantanée, comme par téléphone.					
45		Oui	Oui mais pas uniquement	Traitement de l'urgence (le dossier ne permet pas les nuances)	Garder le contact oral avec les intervenants					
46		Oui	Oui mais pas uniquement	La bonne compréhension des informations orales et écrites	S'assurer de la bonne compréhension de chaque information					
47		Non	Non	Manque de temps	Améliorer la vision des hospitaliers quand à la façon dont ils peuvent travailler avec les acteurs de première ligne					
48	s intervenants	Pas d'avis sur la question	Oui	Manque de formations	Mettre en place des formations					
49		Pas d'avis sur la question	Oui	Manque de temps pour le contact humain	Garder le contact humain					
50	Procédure pré-établie, Ch	Pas d'avis sur la question	Oui	Le manque de temps	/					
51		Non	Non	Les soins de première ligne ne sont pas assez impliqués dans le dévelo	On peut discuter de beaucoup de solutions différentes					
52		Pas d'avis sur la question	Non	L'administratif et l'informatique	/					
53	Procédure pré-établie	Oui	Oui mais pas uniquement	Le manque d'implication de la part de certains intervenants	/					
54		Oui	Oui	L'accès au dossier complet	Vu la charge de travail des différents intervenants, il n'est pas toujours aisé de faire une réunion de concertation avec chacun. D'où l'intérêt de pouvoir communiquer par voie informatique acc					
55		Non	Non	Manque de concertation	PLUS de concertation					
56	Coordinateur de soins, Pi	Oui	Oui mais pas uniquement	Trop d'intervenants	Un médiateur qui veille au rôle de chacun					
57		Non	Oui	Pas assez de formations	/					

Annexe 10 – Guide d’entretien vierge

Bonjour Monsieur/Madame, je me présente. Je m’appelle Eline Demuynck, je suis étudiante en deuxième master en sciences de la santé publique à l’UCL. Dans le cadre de ce master, je dois réaliser un mémoire qui a pour sujet l’hospitalisation à domicile, et je m’intéresse plus spécifiquement à la communication et à la coordination entre les différents prestataires de soins au sein d’un projet d’hospitalisation à domicile. Je vous ai donc sollicité afin de connaître votre avis sur ce sujet.

1. Pouvez-vous vous présenter en quelques mots ? (métier, en quoi cela consiste, par quel type de projet d’HAD êtes-vous concerné, depuis combien de temps connaissez-vous l’HAD,...)
2. (Pour les équipes de coordination)
 - Comment se déroule une HAD dans votre institution ?
 - Qui se charge de la coordination des soins lors de la prise en charge d’un patient en HAD ? Selon vous, est ce que cela est efficace ? Si non, pourquoi ?
 - Selon vous, y aurait-il une meilleure façon de procéder ou un outil complémentaire qui permettrait d’améliorer cette coordination ?
- (Pour infirmière à domicile et médecin généraliste)
- Comment prenez-vous en charge un patient qui débute une hospitalisation à domicile ?
3. (Pour infirmière à domicile et médecin généraliste)
 - Comment obtenez-vous les informations nécessaires à la bonne prise en charge de votre patient ?
 - (Pour équipe de coordination)
 - Comment assurez-vous la transmission des informations nécessaires au suivi du patient entre les différents prestataires de soins ? (via dossier papier, dossier informatisé, application mobile, réseau de santé ou autre)
 - Selon vous, cette communication est-elle efficace ?
 - Si non, pourquoi/pour quelles raisons ? Quel serait, selon vous, la meilleure solution ?
 - Si oui, pensez-vous qu’il existe une meilleure façon de procéder ou un outil complémentaire qui permettrait d’améliorer la communication ?
4. Dans la littérature, plusieurs auteurs ont relevé que les itinéraires cliniques permettent d’améliorer la coordination et la communication, qu’en pensez-vous ?
5. A l’heure actuelle, les TICS font de plus en plus partie de notre quotidien. Pensez-vous que cela permettrait une meilleure coordination et communication au sein d’une HAD ? Que ça soit DPI, applications connectées, réseau de santé,...
6. Quelles sont les limites des solutions actuelles selon vous ?
7. Avez-vous des suggestions à proposer pour une solution future ?
8. Avez-vous une remarque à ajouter ?

[Annexe 11 – Entretien numéro 1, infirmier coordinateur du CHwapi](#)

Cette annexe se trouve dans l'annexe 11à19 disponible sur la plateforme DIAL

[Annexe 12 – Entretien numéro 2, infirmier coordinateur du GHDC](#)

Cette annexe se trouve dans l'annexe 11à19 disponible sur la plateforme DIAL

[Annexe 13 – Entretien numéro 3, coordinatrice HAD aux CUSL](#)

Cette annexe se trouve dans l'annexe 11à19 disponible sur la plateforme DIAL

[Annexe 14 – Entretien numéro 4, coordinatrice HAD au CHR](#)

Cette annexe se trouve dans l'annexe 11à19 disponible sur la plateforme DIAL

[Annexe 15 – Entretien numéro 5, infirmier coordinateur HAD du CHC](#)

Cette annexe se trouve dans l'annexe 11à19 disponible sur la plateforme DIAL

[Annexe 16 – Entretien numéro 6, infirmière coordinatrice à domicile AREMIS](#)

Cette annexe se trouve dans l'annexe 11à19 disponible sur la plateforme DIAL

[Annexe 17 – Entretien numéro 7, infirmière à domicile à l'IMSTAM](#)

Cette annexe se trouve dans l'annexe 11à19 disponible sur la plateforme DIAL

[Annexe 18 – Entretien numéro 8, infirmière à domicile indépendante](#)

Cette annexe se trouve dans l'annexe 11à19 disponible sur la plateforme DIAL

[Annexe 19 – Entretien numéro 9, infirmière chef de la MRS Le Val Brunehaut](#)

Cette annexe se trouve dans l'annexe 11à19 disponible sur la plateforme DIAL

Annexe 20 – Résultats des entretiens avec les coordinateurs HAD

Outils de communication et de coordination			
Oraux	Ecrits	Avantages	Inconvénients
L. 102 : Par téléphone L. 107 : c'est des personnes que j'appelle et j'assure une communication orale L. 368 : on va trouver le patient et on lui propose. L.376 à 379 : on va la contacter pour que celle-ci vienne refaire un pansement de PICC line avec nous, qu'on puisse présenter le dossier de sortie du patient, qu'on puisse également lui donner des informations sur la préparation d'antibiotiques L. 398 à 400 : on est appelé pour des questions, des remarques ou des interrogations ou même des problèmes à domicile. [...] c'est eux qui nous contacte en cas de problème L. 416 : ou par téléphone, L. 496 : La voie téléphonique, L. 656 à 657 : on fait des réunions en interne avec tous ces	L. 24 : le trajet de soins du patient L 46 à 50 : on fonctionne avec un dossier papier dont l'élément phare est le carnet de liaison qui comporte les numéros des différents intervenants, les différents points d'attention à voir tous les jours pour l'infirmier de domicile qui lui permet juste de cocher et ça peut lui servir aussi de dossier patient, une partie gestion des déchets et on aura aussi une partie biologie et rendez-vous à voir. L. 113 à 114 : quand le patient va sortir, je vais plutôt mettre des moyens à disposition par écrit mais sur papier, tel que le carnet de liaison L. 116 : on a plus en interne, un dossier informatisé L. 120 à 127 : on met à disposition sur notre intranet, sur le dossier du patient, un onglet	COMMUNICATION ORALE : L. 103 et 108 : Il faut pouvoir traiter l'urgence L. 108 : il n'y a pas d'interprétation de messages, L. 111 à 112 : tu es sûr d'avoir un intervenant directement. L. 136 à 137 : mais c'est la plus rassurante et de loin, tout le temps. L. 978 à 979 : Il me faut pourtant une certitude donc c'est mieux le contact téléphonique. Au moins, on est sûr qu'on a eu la personne L. 1422 à 1426 : Nous on est en totale autarcie, on travaille tous avec les mêmes méthodes. Ce n'est pas comme si là je vais commencer à communiquer avec une infirmière que je ne connais pas. C'est tout de suite plus compliqué. Ici ma collègue, Liliane et moi, on connaît les	COMMUNICATION ORALE : L. 103 à 105 : c'est bien beau d'avoir WhatsApp, Viber ou ces choses-là mais tu ne sais pas quand est ce que la personne reçoit réellement l'information, il peut être noté lu ou reçu L. 110 à 111 : t'as une traçabilité qui est moins bonne à l'oral, L. 136 : pas la méthode la plus sûre, ni la plus traçable L. 498 : Il n'y a aucune traçabilité L. 1587 : c'est toujours difficile de joindre les gens.

corps de métier. On essaye de se réunir une fois par semaine pour rediscuter de points bien précis. L. 686 à 689 : l'assistante sociale, qui elle va aller en parler au patient. Elle doit s'assurer que le médecin en ai parlé au patient avant, qu'il ait prévenu le médecin traitant. Donc, elle doit en parler au patient, en parler à la pharmacienne, en parler à l'infirmière coordinatrice via téléphone L. 735 à 736 : On fait des présentations du projet. En interne, on a commencé à faire des présentations aux services médicaux L. 738 à 739 : Au sein du service social, on a fait aussi une réunion L. 752 : Par téléphone L. 879 : je me rends auprès du patient L. 882 : et j'explique comment l'hospitalisation à domicile va se dérouler s'ils sont d'accord. L. 891 : Le service social se rend aussi auprès du patient L. 898 : je prends contact avec le médecin généraliste par téléphone	comme quoi le patient est en hospitalisation à domicile, [...], on passe sur le dossier informatisé où on utilise un logiciel H++ où on met toutes nos informations et là, c'est donc à la portée de tout le monde en intramuros. L. 373 à 374 : On va déjà lui laisser certains documents comme le consentement ou comme le consentement relatif à la transmission des informations financières L. 403 : le médecin traitant reçoit un courrier informatique L. 412 à 413 : En fin de consultation, l'infectiologue rédige un courrier qui est envoyé directement au médecin généraliste L. 416 : on contacte par mail L. 424 : Tout ça est aussi noté dans un petit dossier, L. 428 à 429 : Tout ça reste sur un document chez le patient. Et c'est vraiment un dossier pluridisciplinaire. On invite tout le monde à laisser une trace, une remarque, une question ou autre.	mêmes programmes, les mêmes traitements, les mêmes médecins.	
		COMMUNICATION ECRITE : L. 151 à 152 : pour se protéger et au niveau sécurité, la traçabilité écrite, il n'y a rien de mieux et tu ne peux pas la retirer. C'est un fait. L. 258 à 259 : la première chose qu'ils vont voir, c'est s'il y a des processus ou des itinéraires cliniques. Pourquoi ? Parce que c'est un gage de qualité. L. 265 : ça [itinéraires cliniques] va tout fluidifier de la communication à la coordination. L. 534 : Je pense qu'en tout cas, ça [TIC] permettrait vachement plus de valeur ajoutée. L. 535 à 538 : on a pas mal d'appareils connectés, [...] et cela permet d'éviter la retranscription et donc, le risque d'erreurs parce que la machine prend une mesure	COMMUNICATION ECRITE : L. 500 à 501 : Ça reste une note manuscrite qui peut être en tout cas interprétée par n'importe qui. L. 553 : avec le dossier papier il y a un grand risque de perte de données. L. 578 : c'est qu'il y a un risque de piratage. L. 757 à 760 : ça a ses failles dans le sens où s'il y a urgence, l'infirmière doit nous appeler, nous interpeller et pas attendre l'envoi du rapport. Parce que ça on a déjà eu, parfois ils envoient le rapport en fin de semaine et quand on le lit on constate qu'il y a eu un problème il y a 3 jours et on espère que cela a quand même été pris en charge entre-temps. L. 799 : mails, par exemple, c'est qu'il ne soit pas lu

L. 957 : contact téléphonique avec le médecin généraliste, L. 977 : Par téléphone surtout, L. 982 à 984 : En début de tournée, il y a un petit rapport le matin où on dit où en sont les patients et ce à quoi il faut faire attention. Quand elles reviennent le soir, elles nous font aussi un rapport de la tournée. L. 988 à 990 : je téléphone la veille au patient pour lui rappeler son rendez-vous, pour être sûre que le médicament est bien chez eux, combien on va injecter et le matin même, je téléphone pour savoir si leur état général est correct. L. 992 : J'ai donc beaucoup de contact quotidiennement avec les patients. L. 1022 : par téléphone. L. 1027 : je téléphone donc à la coordinatrice du CHU L. 1237 : on téléphone au patient L. 1515 à 1516 : c'est l'hôpital qui nous appelle L. 1625 : par téléphone L. 1641 : pour l'instant, tout se fait par téléphone	L. 432 à 433 : Tout en sachant qu'un oncologue est prévenu par mail dès qu'il y a un problème. L. 496 : la voie électronique et le papier. L. 498 à 500 : nous, on trace dans le dossier, enfin, on a un petit onglet dans le programme informatique « notes personnelles » dans lequel on note « contact par téléphone pour telle et telle raison L. 675 : l'assistante sociale doit envoyer un mail à l'adresse mail d'hospitalisation à domicile L. 689 : via mail L. 696 à 697 : Pour ça on a tout compulsé dans une farde, qui s'appelle « la farde patient », et qui va à domicile. L. 702 à 706 : Il y a le consentement éclairé [...] après il y a une autre partie où il y a toutes les informations pour l'infirmier sur la prise en charge d'un patient avec un PICC-line et une note explicative aussi au patient pour savoir quelles sont les précautions à prendre quand il a un PICC-line.	et l'envoi au système c'est vraiment un transfert de données, ça évite les erreurs de recopiage. L. 551 à 553 : une fois informatisées, les données sont cadencées et sont mises sur un serveur et voilà. Je pense qu'il y a beaucoup plus de sécurité au niveau du stockage des données numériques L. 788 : au plus c'est standardisé, au plus on a de patient candidat. L. 799 à 801 : ici vu que le délai est court, il faut envoyer un mail pour avoir aussi une trace écrite. L'avantage aussi c'est que ça permet d'envoyer les mêmes informations à plusieurs personnes en même temps L. 810 à 811 : je pense que pour le patient, c'est avantageux d'avoir un support papier avec les numéros de contact ou ce genre de choses qui doivent être à portée de main et sur papier. L. 827 à 828 : pour l'instant avec les mails c'est très facile et ça permet quand même beaucoup de choses. L. 1346 : et il y a donc une trace écrite.	L. 809 : En ce qui concerne la farde du patient, on peut la perdre L. 962 : Mais ce n'est pas fait en direct L. 977 à 978 : Je pense aussi que beaucoup de mails ne sont pas lus. L. 979 à 980 : par mail on est jamais sûr. Même s'il l'a lu, on n'est jamais sûr qu'il soit compris même entendu. L. 1129 à 1132 : les emails, le risque c'est qu'éventuellement, ils ne soient pas lus comme j'ai dit tout à l'heure ou alors pas bien compris. [...] La compréhension n'est pas la même chez tout le monde. L. 1410 à 1411 : quelques fois avec nos antivirus, et bien ça nous bloque. L. 1581 à 1582 : parce que là pour le moment, on fait beaucoup de réécriture, de doublon donc c'est assez surchargé au niveau administratif.
--	--	--	--

	L. 741 : Il y a l'intranet sur lequel il y a les documents avec la check-list par métier. L. 747 : Il y a eu précédemment un article dans le magazine pour le personnel L. 753 : Et les infirmières renvoient aussi, chaque semaine, le rapport hebdomadaire L. 882 : je remets la brochure L. 883 : Je remets un formulaire de consentement éclairé au patient. L. 956 : Par le dossier médical informatisé en fait L. 959 à 961 : on a une feuille de transmission infirmière qu'on remplit, mais comme on n'est pas encore tout à fait informatisé, on doit scanner cette feuille-là pour qu'elle apparaisse dans le dossier informatisé, L. 977 : ça arrive par mail mais c'est moins fréquent. L. 985 à 986 : Elles remplissent également leurs feuilles de prescription et de transmissions infirmières L. 1022 : on travaille par mail L. 1239 à 1242 : on envoie la feuille à la pharmacie avec tous	L. 1351 à 1354 : Ainsi si le lendemain on me téléphone, on me dit qu'il y a un problème avec le patient X et bien je peux prendre le dossier du patient X et je vois ce qu'on lui a fait la veille et ce qu'il se passe. Donc les intervenants du domicile savent que c'est toujours ici qu'ils téléphoneront parce que c'est ici que sont centralisés les dossiers des patients. L. 1400 : Comme ça, on a un suivi. L. 1405 : l'avantage est qu'il y a une trace directement en temps réel dans le dossier du patient L. 1670 à 1671 : le dossier du patient se trouve dessus donc ça nous permettrait d'aller chercher les informations qu'on a besoin et puis ça nous éviterait aussi une surcharge administrative	
--	---	---	--

	les checks [...] on prend nos dossiers, on prend l'ordinateur qui est connecté au Omnipro, la base de données de gestion intra hospitalière. On remplit tout un dossier sur Omnipro avec un questionnaire L. 1249 à 1252 : On remplit un petit rapport qu'on envoie nous-mêmes au médecin traitant [...] le patient a chez lui en plus un dossier spécifique au type de chimio L. 1345 à 1348 : Il y a déjà le courrier dont j'ai parlé à domicile qui est techniquement envoyé via la plateforme électronique au médecin traitant, une copie est envoyée à l'oncologue [...] Quand nous allons à domicile, nous prenons garde du patient avec, pour assurer le même suivi du patient qu'on a en hôpital de jour. L. 1356 à 1358 : Il a une garde de suivi, dans laquelle il peut mettre des annotations. Il y a également les numéros de téléphone d'urgence, le type de molécule qu'il reçoit. Et comme j'avais expliqué précédemment, il a un		
--	---	--	--

	petit livret avec les effets secondaires de son traitement L. 1378 : Ici il y a aussi un chemin puisque tout est défini L. 1380 à 1381 : Tout est écrit. C'est comme ça que ça fonctionne, pas autrement. L.1396 à 1400 : qu'on a un disque partagé HAD, on a un fichier partagé avec nos patients mis en hôpital de jour à domicile. [...] On alimente ça à chaque fois donc moi je remplis quand on est parti, quand on est revenu, le médecin met dessus le nom du patient et la dose qu'il a mis, moi je check oui ou non que ça a été effectué L. 1402 : on a nos échanges par boîte mail avec les personnes qui sont mises en copie. L. 1542 : y a des trajets de soins qui sont créés. L. 1625 : Par fax L. 1644 à 1646 : on a mis en place des fiches d'urgence qui comprennent les étapes à faire si jamais on a un problème, on a les numéros de téléphone des personnes importantes et donc ça,		
--	---	--	--

	c'est sur papier, au domicile du patient		
--	--	--	--

Rôle coordinateur	Freins	Solutions	Recommandations	Ressenti
L. 102 : ce n'est que mon rôle de coordinateur [transmettre les informations nécessaires au suivi du patient] L. 210 à 212 : Donc je pense que ça peut tout donner d'une certaine voix. [...] la coordination sert de chef d'orchestre, c'est elle qui va donner le tempo de comment ça va se passer à domicile. L. 216 : le rôle essentiel de la coordination c'est de donner le tempo L. 251 à 252 : tu as le relais qui se fait entre tous via la coordination. Donc	L. 52 à 53 : Des personnes qui vont avoir 60 u 70 ans, utiliser des applications, tout ça, ce sera un peu compliqué. L. 91 à 97 : Sur la version papier, les deux sont faciles. Sur la version informatisée, après c'est ma vision des choses, mais je pense très sincèrement que si tu mets une personne de 70 ans face à un carnet de liaison ou face à un système informatique,... [...] ils n'auront pas la même fluidité dans la recherche d'informations que nous on aura.	L. 77 à 82 : ce qu'il serait judicieux, ce serait d'avoir une application propre à chaque hôpital, [...] Là, dans ces cas-là, je pense que tout serait à disposition de tout le monde. L. 128 à 130 : l'objectif après de faire converger le tout vers une plateforme, un réseau de santé, c'est que le dossier qui, pour le moment, est informatisé et est consultable en interne sera consultable en externe aussi avec le RSW L. 144 à 146 : pour qu'ils [=professionnels de la santé de première ligne]	L. 56 à 59 : il faudra faire attention aux différents utilisateurs, dans un premier temps. [...] Et dans un second temps, il faudra faire attention, c'est d'avoir une uniformisation du dossier pour la Belgique. L. 169 à 175 : Même moi la communication, en tant que coordinateur, c'est l'outil le plus cher que j'ai. C'est comme quand tu vas à la guerre, au plus tu as d'armes, au plus tu es sûre de gagner. Pour la coordination, au plus j'ai d'armes de communication, au mieux	L. 64 à 69 : Si jamais on arrive à trouver un point d'entente sur le même dossier dont toutes les flèches vont converger vers le même point, c'est-à-dire par exemple toutes les informations vont sur un réseau de santé, [...] si jamais on s'oriente vers ça, là, déjà que je suis pour le dossier informatisé, mais là par contre, je serai vraiment conquis en tout cas. Et je sais que je faciliterai la vie des personnes au chevet du patient, qui sont sur le terrain.

tu vois quand même que ça reste le point central, L. 456 : Moi, j'analyse effectivement, s'il répond bien à certains critères L. 459 à 461 : je vérifie grosso modo l'identité du patient et ses caractéristiques géographiques. Je vais également contacter l'assistante sociale pour qu'elle rencontre le patient. C'est moi qui oriente et une fois que tout ça est au vert, moi je passe le relais L. 463 à 465 : j'ai plus un rôle vraiment première information par le médecin, analyse, et si tout ça est ok, j'envoie toutes les informations à l'infirmière intra hospitalière pour qu'elle puisse prendre le relais. L. 467 à 468 : il y a des moments donnés où elle n'est pas là et inversement. Donc, l'un	L. 158 à 160 : tu peux toujours améliorer. Mais après, de quelle manière, ça c'est plus compliqué car le projet il est trop jeune que pour savoir quel véritable axe d'amélioration prendre. L. 273 à 274 : Le problème de multiplier les outils de communication, c'est que tu peux perdre des informations. L. 299 à 302 : Parce que c'est ça le véritable souci, avoir une multiplicité d'information c'est génial mais il faut savoir bien les ranger pour savoir bien les retrouver. Parce que c'est génial d'avoir tout à portée de main, c'est comme Internet. Mais si tu ne sais pas l'utiliser, ça ne te sert à rien d'avoir tous les outils disponibles. L. 431 à 432 : les oncologues n'ont pas joué le jeu, ils n'ouvraient pas systématiquement le dossier.	travaillent dans un certain confort, il faut que tu aies une communication proche et que tu sois accessible. L. 152 à 153 : selon moi, il faut garder autant la communication orale que la communication écrite. L. 175 à 176 : D'où l'uniformisation dont je te parlais au départ, c'est que si jamais, on travaille tous avec les mêmes armes, ce sera bcp plus simple je crois. L. 197 : ce sera un gage de qualité que d'avoir un coordinateur. L.237 à 240 : ça [un itinéraire clinique] te donne une ligne droite. C'est exactement la même chose. Évidemment ça te donne un gage de qualité et de simplification parce que si tu ne sais pas les différents intervenants que tu dois aller voir tu perds un temps monstre à devoir chercher où aller.	c'est. Il faut faire attention parce que la multiplicité des « armes » peut parfois permettre de perdre certaines informations parce qu'il faut faire attention où tu le mets. Mais si jamais tu manies très bien toutes ces armes, tu n'as pas vraiment de soucis à te faire. L. 218 à 219 : plus tard, quand il y en aura plus, je pense que ce sera d'autant plus important d'avoir un coordinateur et c'est ça qui permettra de donner la qualité. L. 313 à 316 : Mais il faudra toujours toujours toujours faire attention à ne pas s'éloigner du patient parce qu'au final, depuis tout à l'heure, on parle de la coordination, de la communication, de la qualité, de l'efficacité et tout ça mais s'il y a bien quelque qu'il ne faut surtout pas oublier, c'est le patient	L. 82 à 83 : Je pense que le format papier, un jour, ça va réellement être ancestral mais on ne pourra jamais s'en passer. L. 91 : , il y a savoir donner l'information et savoir la recevoir. L. 108 à 110 : après tu as des méthodes de communication orales et écrites mais je pense que ce ne sont pas sensiblement les mêmes et tu peux toujours l'interpréter de différentes manières. L. 133 à 134 : je pense très sincèrement que même malgré cela, je laisserai quand même un carnet de soins au domicile du patient. L. 147 à 150 : je trouve que c'est un confort parce que si tu donnes ce confort là au soignant, tu le donnes également au soigné. Car un soignant qui est sûr de son geste, c'est un soigné qui n'est
--	---	---	--	---

peut faire le travail de l'autre en fait. L. 647 à 650 : Donc ça consiste à être référent pour les assistants sociaux et à mettre en place toutes les choses pour que ça fonctionne bien, en gros. Donc, mon rôle, ce n'est que de la coordination, c'est de travailler avec tous les métiers impliqués dans le processus de l'hospitalisation à domicile au sein de l'hôpital : L. 660 : moi je suis un peu la référente pour prendre des décisions L. 678 : mon rôle est d'avoir un contact avec les coordinations avec lesquels on travaille L. 679 à 680 : quand il y a des démarches parallèles c'est moi qui les fait avec les coordinations. L. 863 à 864 : Mon rôle est d'abord de coordonner l'équipe interne, parce que nous fonctionnons avec une équipe interne ici pour	L. 501 à 502 : qu'au niveau légal, il nous manque un outil fiable et une traçabilité optimale. L. 504 à 505 : ça c'était aussi une difficulté et on ne l'a toujours pas mais on aurait aimé, via ce dossier informatisé, créer une alerte qui indique que le patient est suivi en HAD. L. 556 à 558 : Les limites actuelles, c'est la multitude des applications. [...] le problème c'est que l'informatique prend le dessus sur beaucoup de choses et donc le problème c'est qu'il y a 10 applications pour le même métier. L. 570 à 573 : Si chaque hôpital développe une application propre à l'hôpital, ce serait un frein pour lui de mettre un patient en HAD parce que l'hôpital A travaille avec un système bleu, l'hôpital B travaille avec un système vert, l'hôpital C	L. 242 à 243 : une procédure standardisée permet clairement d'améliorer ça. L. 290 à 292 : on va bientôt améliorer le carnet de liaison car on va bientôt mettre un flashcode pour que les infirmières à domicile puissent le scanner et tomber sur une vidéo YouTube sur la réfection du pansement L. 294 à 296 : pourquoi pas ne pas utiliser le format papier pour qu'il fasse le relais direct au format informatisé par exemple, avec des flashcode, des adresses URL, des numéros, des adresses utiles etc... L. 330 à 331 : Si tu arrives à uniformiser les mêmes méthodologies de communication avec des bons communicant ce serait bien. L. 472 à 476 : et le problème aussi est que,	L. 318 à 322 : Pour autant que l'émetteur et le récepteur du message s'entendent bien. Mais c'est pareil pour toutes les méthodes de communication. Donc, je ne pense pas que ça variera en fonction de l'outil de communication parce que tout est bon à prendre, je pense que ça variera en fonction des communicants principalement et c'est pour tout, de toute manière. À partir du moment où tu as plus d'acteurs, il faut qu'ils soient sur la même longueur d'onde. L. 324 à 326 : En tout cas la coordination ne va pas sans la communication et l'inverse aussi. Dans un contexte d'hospitalisation, il va avoir plus de liens	pas anxieux. Et un soigné qui n'est pas anxieux, c'est un soigné qui récupère plus vite. D'office. L. 153 à 155 : Je pense aujourd'hui, que la communication orale est plus importante que la communication écrite mais cela va s'inverser au fil des années. Mais pour moi, tu ne peux pas dissocier l'un de l'autre. L. 276 : Ça rend plus complexe ma tâche qu'autre chose puisque je ne pourrais pas avoir un discours uniforme L. 310 à 312 : Et je ne demande que ça de pouvoir utiliser ça et de me faciliter la tâche. Donc il y a encore des outils qui vont arriver mais que je ne connais même pas encore. Mais j'ai déjà hâte de pouvoir les utiliser. L. 312 à 313 : Mais pour l'instant, avec la méthodologie avec
--	---	---	--	---

tout le volet onco-hématologique. L. 866 à 870 : Il faudra que je coordonne le travail des équipes externes. C'est moi qui m'occupe aussi de relever tous les indicateurs réclamés par le SPF, de faire signer les consentements, d'expliquer le déroulement de l'hospitalisation à domicile aux patients de manière orale et par la brochure également. Je coordonne également le travail avec les services sociaux, avec les médecins prescripteurs et les médecins coordinateur et avec la pharmacie. L. 1034 à 1036 : et c'est aussi au rôle de la coordination de s'assurer que tous les feux soient au vert, qu'on ait bien toutes les prescriptions, les demandes, les documents nécessaires,... L. 1208 à 1209 : c'est nous qui faisons les traitements	travaille avec un système rose. L. 599 : Certains seront effectivement dépassés par les nouvelles technologies L. 601 à 602 : Donc je pense effectivement que les retraités actuels ne vont pas utiliser la demande, ils ne sauront pas utiliser les outils de la meilleure manière qu'il soit mais je pense qu'après oui. L. 613 à 614 : Après, tout ça a un coût aussi, il faut voir pour ce financement là parce qu'il ne faut pas que le patient paye tout ça. L. 722 : Maintenant je dirais que le recul est un peu trop court pour pouvoir dire si c'est suffisant L. 806 à 808 : les limites ou les inconvénients de manière générale, je dirai que c'est plutôt des facteurs humain, liés à un oubli, à un manque de	lorsque j'étais absent, ça bloquait les sorties en HAD. Donc, on essaie, en tout cas, durant les grands congés, de ne pas prendre congé en même temps afin de permettre aux patients de sortir. On essaie de se répartir les tâches, aussi bien au niveau nursing qu'au niveau médical, afin que ça freine le moins possible. L. 479 à 489 : je pense que si on arrive à développer un outil informatique telle qu'une check-list, ce serait pas mal. Après, je pense que cette check-list ne doit pas être bloquante dans le sens où si au niveau infirmier, [...] Il faudrait en tout cas pouvoir programmer ça et que ça soit bien fixé. Tout en gardant une certaine souplesse et que certains	intramuros et extra muros donc c'est essentiel de pouvoir maîtriser la communication. L. 331 à 332 : Notons qu'il n'est pas possible de faire une bonne déshospitalisation s'en assurer une bonne communication derrière. L. 547 à 549 : je pense que le dossier papier c'est une bonne chose de l'enlever, tant pour des raisons informatisées que pour des raisons comme par exemple l'enregistrement. L. 568 à 570 : je pense qu'il vaudrait mieux développer une ou deux applications maximum, par exemple en fonction du Nord ou du Sud du pays ou encore de l'Ouest et de l'Est, mais qui répondent en tout cas au besoin des utilisateurs. L. 603 à 604 : Il faut en tout cas permettre deux	laquelle on fonctionne, c'est en quelques sorte déjà assez efficient. L. 436 à 439 : C'est un petit peu le point noir du projet je trouve car on met une structure en place mais il n'est pas à 100% respecté par certaines personnes. Ce n'est pas ces personnes-là qui ont initié le projet mais c'est une équipe de soins, il devrait pouvoir tous travailler de la même manière L. 512 à 517 : Ça, ce serait magnifique si on a une application qui permet ça... [...] Ce serait magnifique parce qu'on verrait l'alerte en temps réel et on pourrait donner une réponse beaucoup plus rapide L. 716 : Je trouve que le fait que l'infirmière vienne
---	--	--	--	--

à domicile, ma collègue chef et moi-même. L. 1215 à 1216 : c'est nous-mêmes qui gérons aussi la veille de la chimio, la récupération des résultats et la vérification des prescriptions médicales. L. 1276 à 1278 : donc c'est vous qui prenez en charge toute la coordination des soins pour le patient ? R : Oui en partenariat avec ma collègue L. 1281 : Oui, on a des réunions [pour le développement du projet-pilote] L. 1296 : Cette coordination a beaucoup d'impact sur la faisabilité du projet. L. 1519 à 1524 : on peut faire une pré visite à l'hôpital. Ça veut dire qu'il y a une des	temps, ou on n'oublierait d'inclure quelqu'un dans la boucle ou qu'on oublierait de préciser quelque chose. L. 827 : Pour l'instant c'est un peu trop tôt L. 1047 à 1048 : qu'il y a également des demandes au niveau sécurité des informations qui doivent être respectées. L. 1066 à 1072 : c'est que pour l'instant, il y en a beaucoup qui travaille avec l'informatisation mais d'autres ne sont pas forcément équipées. Donc, dans ce cas-là, il reste quand même des documents papiers et elles travaillent avec ce genre de choses. Mais si vous prenez, par exemple, un patient en charge pendant 14 jours et que vous laissez la feuille de transmission infirmière pendant 14 jours, au domicile du patient, sans aucune communication	acteurs puissent également éventuellement rajouter certaines actions. L. 511 à 512 : Ce fameux dossier informatisé. Je pense que c'est là où l'information peut être déposé en temps réel et envoyer vers le bon destinataire en temps réel. L. 517 à 519 : je pense que le bon vieux téléphone est toujours là en second lieu mais je pense que pour déposer des informations et pour avoir une traçabilité du patient aussi bien en interne qu'en externe, ce dossier informatisé est la clé. L. 523 à 525 : Je partage tout à fait cette affirmation. Je pense que si tout le monde travaillait de la même façon en vérifiant à chaque fois les	outils : l'informatisation pour ceux qui le désirent et qui savent l'utiliser et le bon vieux dossier papier pour ceux qui le sont un peu moins. L. 605 à 607 : obliger le patient à utiliser un PC n'est pas une bonne idée, car il va être réfractaire et va dire « stop, je ne veux pas sortir de l'hôpital », il ne faut pas lui faire peur, il faut le rassurer. L. 615 à 617 : Quitte à, par exemple, mettre une caution si c'est l'hôpital qui prête le matériel au patient et quand on récupère le matériel, le patient récupère sa caution. C'est en quelque sorte une mise en garde L. 761 : c'est un peu l'éducation à faire vis-à-vis des coordinations L. 770 à 771 : je ne crois pas qu'il faille supprimer le contact humain car c'est aussi nécessaire. Ça c'est vraiment une prise de	c'est déjà un gros changement bénéfique. L. 723 à 724 : je trouve que dans l'état actuel des choses, tout ce qu'on met en place, les réunions, les contacts quand même régulier et privilégié qu'on a entre nous font que ça se passe relativement bien. L. 754 à 755 : Je sais que ce n'est pas bien mais pour le moment on a pas d'autres solutions. L. 1117 à 1118 : Très clairement, que ce soit au niveau de l'institution, le médecin coordinateur ou moi, on en est convaincu. L. 1156 à 1157 : Parce que personnellement je suis quand même convaincue que l'hospitalisation à domicile, c'est quand même une très bonne chose. L. 1163 à 1164 : . Moi je pense personnellement que c'est voué à continuer, à se développer.
--	--	---	---	---

responsables qui va voir le patient, voir le service, voir le médecin, gérer tout ce qu'il y a d'administratif, [...] voir le soin aussi parfois. Parce que certains pansements peuvent être parfois assez complexe donc ça vaut la peine de l'avoir vu au moins une fois et de transmettre les informations. L. 1532 à 1540 : on parle de la triangulation qui comprend le médecin traitant, l'hôpital et nous-même mais maintenant, cette triangulation elle est un peu élargie parce qu'on essaie quand même de plus en plus d'impliquer le patient et puis il y a aussi la famille. Donc on essaie de travailler avec tout le monde et notre rôle aussi est de faire le lien entre tout ça mais de faciliter la vie aux patients aussi. [...]	entre l'équipe interne et externe, ça n'a pas beaucoup de sens, ce n'est plus une hospitalisation à domicile mais ce sont des soins à domicile. L. 1080 à 1084 : Et en plus, pour une infirmière à domicile, s'il y a un patient, dans sa tournée, qui vient du CHR, un autre patient vient du CHU, un patient vient de la clinique de la citadelle, etc... si pour 4 patients différents, qui viennent de 4 hôpitaux différents, il y a 4 applications différentes, jamais elle va les utiliser. Ce serait ingérable. L. 1124 : C'est qu'on n'a pas la situation en temps réel de l'état du patient. L. 1141 : on a quand même une patientèle qui est assez âgée, L. 1149 à 1150 : Mais donc, il pourrait simplement ne pas vouloir, pas comprendre	étapes précédentes et suivantes, on arriverait à un meilleur résultat que chacun travaille dans son coin et de n'en faire qu'à sa tête, de ne pas respecter les étapes, etc L. 610 à 612 : Moi l'idée, c'est vraiment ça, c'est le dossier informatisé. Après, sous quelle forme, sur quel outil, si c'est une tablette, un PC ou un smartphone, là c'est difficile, c'est encore trop tôt pour pouvoir le dire et ça dépend aussi du patient L. 768 : on table sur une plateforme d'échange informatisée. L. 775 à 776 : cette plateforme permet une certaine sécurité, elle permet de cadenacer un peu l'échange des données par rapport à un mail où cela est bien plus ouvert	conscience qui doit être faite par chaque intervenant. L. 791 à 792 : Mais ça ne veut pas dire que ça doit être cadenassé, ça doit rester flexible et potentiellement révisable L. 795 à 796 : il faut toujours garder la communication écrite et la communication par téléphone L. 805 à 806 : C'est important de penser globalement et penser à toutes les fonctions qui sont impliquées dans le processus d'HAD L. 814 à 817 : je trouve que le papier est quand même intéressant mais pourrait venir en doublon d'un support informatisé. De cette manière, ça laisse aussi la possibilité aux personnes, éventuellement plus âgées, d'avoir le choix entre un support papier ou alors un support informatisé.	L. 1319 à 1320 : je pense que ça tient vraiment la route pour les sous cutanés et pour ces petits traitements là mais pour de l'intraveineux, c'est ridiculement cher. L.1371 à 1373 : Les patients n'en veulent pas parce qu'ils sont fatigués. Ils veulent de l'humain, ils se sentent plus en sécurité avec des gens qu'avec des interfaces électroniques. L. 1464 à 1466 : , voilà je trouve qu'on a perdu beaucoup de temps. Enfin c'est le fédéral qui est demandeur d'un projet et en même temps il n'était pas bien défini. L. 1474 à 1475 : C'est un projet très positif, humainement très positif
---	---	--	--	---

Quand ils sont à l'hôpital, ils n'ont aucune démarche à faire donc l'un dans l'autre, on doit un peu pallier ces démarches aussi. Pas tout parce qu'ils sont aussi à la maison donc ils doivent aussi pouvoir gérer un maximum de choses tout seul mais tout ce qui est médical, on va essayer de gérer nous-même. L. 1563 à 1564 : vous occupez de la coordination des soins concernant la prise en charge des patients hospitalisés à domicile L. 1710 à 1712 : Et puis il y a le fait aussi que je ne suis pas non plus forcément toujours derrière mon téléphone parce que je suis aussi sur différents projets. Donc,	ou pas réellement collaborer. L. 1159 à 1160 : on ne pourra pas non plus tout prendre en charge à domicile, il y a évidemment des limites. L. 1164 à 1165 : Après évidemment, il faudra voir au niveau forfaitaire et financement comment ça va se passer parce que là, L. 1312 à 1313 : Et puis, il y a aussi une question de budget. Ça coute énormément d'argent l'hôpital à domicile. L. 1544 à 1545 : mais en fonction des hôpitaux, on a des trajets de soins différents parce qu'eux aussi ont un fonctionnement différent L. 1573 à 1576 : Nous, on a une activité qui est plus complexe, qui est plus difficile à digitaliser parce que fatalement on va avoir plus de choses à digitaliser et pour l'instant les softwares qui sont	L. 779 à 780 : Oui, une communication écrite et la prise de conscience de l'importance du problème au moment même L. 786 à 788 : C'est un peu ce qu'on essaie de faire justement avec les réunions, c'est essayer de mettre des éléments pour que ce soit clair pour tout le monde et favoriser la communication et l'information. L. 793 à 795 : une plateforme qui permettrait d'interagir de manière instantanée, ça permettrait d'améliorer justement la communication et la coordination. L. 802 à 804 : le mail vient confirmer ce qui a été dit par téléphone, pour confirmer ce qui s'est dit et pour que tout le monde soit informé de la décision	L. 821 : Donc selon moi, il faut toujours pouvoir avoir un doublon, un plan B. L. 833 à 834 : On pourrait éventuellement envisager pour les patients autonomes ou jeunes ou ceux qui sont intéressés de le faire, que lui soit responsable de transmettre ces données. L. 948 : peut-être aussi la coordination à son rôle à jouer à ce moment-là L. 962 : je trouve que cela devrait, vraiment L. 992 à 993 : Je crois que ce contact, il ne faut pas le supprimer parce qu'on a encore beaucoup d'informations qui arrivent via ce billet-là. L. 1013 à 1017 : mais je pense qu'il faudrait avoir un outil, [...], un outil qui est vraiment harmonisé entre les différentes institutions. Que chaque institution ne crée pas son propre outil. Ça serait bien	mais économiquement catastrophique. L. 1478 : Je suis complètement réticent dans la logique dans laquelle on est. L. 1480 à 1481 : Je suis convaincu du bonheur que c'est pour le patient de l'avoir, de là à dire que ça soit faisable, non. Pour l'intraveineux, non. Les sous-cutanés, oui bien sûr. L.1567 : Oh, je pense personnellement que ça peut toujours être amélioré L. 1613 à 1616 : Ce qui est effectivement le cas mais c'est une surcharge administrative parce que c'est quelque chose de nouveau et parce que ce n'est pas quelque chose d'habituel mais le jour où ce sera obligatoire, ils
---	---	---	--	---

j'appelle quand je sais ou je réponds quand je sais.	disponibles ne sont pas vraiment fait pour nous donc on ne s'y retrouve pas. L. 1610 à 1613 : Et du côté pédiatrique, on a eu une réunion justement aussi avec les médecins. Ils nous ont répondu que si cette infirmière ne pouvait pas faire la même chose pour eux, alors ça veut dire que toutes les démarches administratives vont tomber dans leurs mains et donc, ils n'étaient pas très enthousiastes car ils disent que ce sera une surcharge de travail. L. 1625 à 1628 : Mais on vient d'apprendre que d'ici fin du mois de mai, la loi sur la protection et la sécurité des données va être mise en place. Donc à ce niveau-là, on ne sait pas encore trop bien comment on va faire parce qu'il y a certains hôpitaux qui commencent déjà avec ce système-là	prise ou du nouveau dossier d'HAD L. 931 à 932 : Ce qui permettrait d'améliorer la communication au sein de notre institution, c'est l'informatisation L. 934 à 937 : un outil de communication que ce soit intra-muros ou extra-muros, avec le médecin traitant, avec l'équipe infirmière, mais aussi avec les prescripteurs interne, quelque chose qui permettrait de voir en un clic, à quel moment le patient en est, voir quel traitement il a eu, voir la réaction qu'il a, voir ses paramètres, etc... Et que tous ces intervenants peuvent avoir accès à cet outil-là L. 941 à 943 : pourrait peut-être aussi créer une application où tout serait	qu'ils viennent avec un projet vraiment global pour toute la Wallonie, d'avoir le même service informatisé pour qu'on puisse tous travailler de la même manière L. 1078 à 1080 : Après, bon, il ne faut pas non plus que chacun développe sa propre application parce que sinon après, il y aura un panel d'application disponible et finalement il n'y aura plus rien qui sera utilisé. D'autant plus qu'au niveau informatique, on est très vite obsolète L 1135 à 1137 : Toujours renforcer la coordination, il faut vraiment qu'on intègre un haut niveau de coordination, que ce soit en intra hospitalier ou en extrahospitalier, ça c'est certain. Je pense que l'informatisation est également le point central pour l'instant.	vont bien devoir assumer leur surcharge administrative. L. 1657 : C'est quand même plus sympa de pouvoir prévenir la chose. L. 1660 à 1663 : Le non-verbal, ça se remarque toujours et c'est quand même plus pratique quand on peut éviter cela vis-à-vis des parents et même de l'enfant. Ce n'est déjà pas chouette pour eux mais alors si l'infirmière vient et avec cette tête-là, c'est quand même pas terrible. C'est même gênant. L. 1722 : Ah oui clairement. Je l'utiliserai sans hésiter
---	---	--	--	--

	L. 1639 : ça va être une complication en plus à gérer en tout cas L. 1653 à 1655 : Mais c'est vrai que quand on travaille à domicile, on a toujours que la moitié des données médicales parce qu'eux, ils ont estimé qu'il y avait des choses qui n'était pas essentielles. L. 1673 à 1675 : Le problème c'est que chaque hôpital a son propre moyen de fonctionnement, a sa digitalisation à eux. Donc ils fonctionnent tous différemment. Et donc rien ne peut être coordonné. L. 1691 à 1693 : c'est vrai que la complexité, c'est qu'on a différentes trajectoires de soins en fonction des hôpitaux. Donc ce n'est parfois pas toujours évident d'être à jour par rapport à tout le monde. L. 1699 à 1670 : Ça demande beaucoup de	centralisé dans le dossier médical du patient, où le généraliste et tous les autres intervenants auraient accès à ça, quand ils en ont vraiment besoin L. 951 à 952 : il faut garder un coordinateur qui a un rôle central et avoir un outil informatique en plus, comme une application L. 970 à 971 : Par exemple le CHU à développer une application comme ça mais, en interne, pour l'hospitalisation à domicile. L. 1018 à 1020 : Là, ça serait facile de travailler avec les mêmes outils pour se renvoyer les informations. De ne pas créer des fossés entre les institutions parce que	L. 1151 à 1153 : Tout en gardant un coordinateur interne qui a toujours un regard médical mais en tout cas, essayer un maximum de responsabiliser le patient et qu'il soit acteur de ses soins. L. 1302 à 1303 : c'est qu'il faudra que ce soit de toute façon plus une équipe que 2 personnes. Parce que là quand on est en vacances, celui qui reste, ça devient de trop... L. 1446 à 1447 : Je pense que si, il faut un coordinateur spécifique, un coordinateur domicile/hôpital seulement si c'est à grosse échelle. L. 1454 à 1456 : c'est vrai que oui à grosse échelle il faudrait quelqu'un qui fait le planning, qui s'assure de la prise de rendez-vous, qui téléphone la veille à	
--	--	--	---	--

	travail administratif, il y a certainement de la perte d'information cycliquement. L. 1706 à 1707 : Et parfois il n'y a pas forcément une très bonne communication entre les prestataires aussi. L. 1736 à 1739 : . Ce qu'il se passe en fait pour le moment, c'est que nous on fait des choses en prenant sur nous au niveau financier et un peu tout le monde y gagne sauf nous et sauf le patient parce que lui, il a quand même encore pas mal de frais à côté de ça. L. 1762 : c'est difficile à budgétiser et à réaliser	sinon ça ne fonctionnerait pas non plus. L. 1084 à 1086 : Le but de l'hospitalisation à domicile je pense aussi, c'est de standardiser les procédures et d'harmoniser les pratiques. Ce qui serait vraiment bien, c'est qu'on travaille tous de la même manière avec les mêmes outils. Ça se serait vraiment intéressant. L. 1102 à 1103 : Tout ce qui est itinéraire clinique, trajet de soins, procédure standardisée, il faut qu'on puisse suivre des trajectoires standardisées pour harmoniser les procédures. L. 1126 à 1127 : avoir la situation en temps réel et n'importe qui qui prend en charge le patient devrait pouvoir y avoir accès.	l'infirmière par exemple dans certains cas L. 1617 à 1620 : ce serait bien de digitalisé en interne et pour la coordination avoir un coordinateur en interne à l'hôpital pour avoir une communication plus facile L. 1646 à 1647 : Enfin ça devrait être dans le dossier digitalisé L. 1745 à 1746 : Par exemple, si on travaille sous forme de forfait ça permet de prendre aussi d'autres choses en charge qui ne sont pas comptabilisées pour le moment. L. 1762 à 1763 : mais ça devrait faire partie de l'hospitalisation à domicile.	
--	--	--	---	--

		L. 1429 : c'est plutôt d'aller vers le partenariat avec de l'extérieur. L. 1444 : il faut garder le rôle du coordinateur qui centralise ces patients L. 1582 à 1584 : voilà la digitalisation va nous aider et va nous faire gagner du temps mais pour ça il faut la comprendre et la prévoir. L. 1588 à 1592 : la coordination est facilitée à partir du moment où on a style une équipe de liaison. [...]. J'ai, en général, mes réponses plus facilement de cette manière-là. L. 1598 à 1602 : Quand on est en interne de l'hôpital, on a beaucoup plus facilement les réponses. Donc ça, je pense que ça facilite les choses. C'est la même chose, si on a des		
--	--	---	--	--

		assistants sociaux qui sont proactifs, ça nous aide beaucoup aussi parce que le fait parfois d'appeler l'assistante sociale, elle s'occupe de faire les démarches elle-même et on a nos réponses facilement aussi. L. 1668 à 1669 : si on pouvait avoir accès au réseau de santé, ce serait quand même bien vu qu'il y a quand même pas mal de données dessus. L. 1693 à 1694 : Mais je reste persuadée que c'est efficace et que c'est une solution. L. 1695 à 1696 : ça permettrait aussi d'améliorer la communication et la coordination ? L. 1743 à 1745 : Et donc c'est pour ça que je pense qu'il faudrait quand même		
--	--	--	--	--

		un financement adapté qui permette de contenter toutes les personnes concernées.		
--	--	--	--	--

Annexe 21 – Résultats des entretiens avec les acteurs de soins de première ligne

Outils de communication et de coordination			
Oraux	Écrits	Avantages	Inconvénients
L. 1796 à 1798 : On a été à l'hôpital, on est quatre, il n'y en a que trois qui ont été, qui étaient libres. On a vu le patient là-bas. L'infirmier référent pour l'antibiothérapie à l'hôpital nous a briffé sur le soin à proprement parlé. L.1809 : Mais comme il est un peu complexe, il revient à plusieurs reprises à domicile L. 1816 à 1818 : Mais c'est bien car on nous a donné des références pour le pansement. Sur YouTube, on a vu une vidéo qui est bien faite	L. 1800 à 1801 : Pour cette convention on était obligé d'avoir suivi la formation avec le référent en antibiothérapie. L. 1818 à 1820 : L'infirmier référent va m'envoyer par mail la fiche technique à proprement parler avec chaque point bien précis, par où il faut commencer, à quel moment il faut mettre le gant stérile. L. 1854 à 1855 : On a un dossier chez le patient avec l'heure de passage à chaque fois, la prise en charge matin et soir L. 1872 à 1876 : Soit on a une farde de protocole et dans celle-ci on a des techniques spécifiques. Pour chaque soin spécifique, on reprend le procédé. [...] Il m'a donné une feuille avec toutes les	COMMUNICATION ORALE L. 2199 : le téléphone c'est bien L. 2216 à 2217 : Enfin le téléphone oui, pour les choses urgentes mais il y a aussi pour éventuellement des explications qui sont plus difficiles à donner par écrit L. 2366 à 2367 : on peut le joindre n'importe quand, il y a son numéro de téléphone.	COMMUNICATION ORALE L. 2200 : on n'a pas tout le temps la personne et en plus il n'y a pas de traçabilité vue que tout est dit à l'oral. L. 2203 à 2206 : par téléphone, s'il explique, il y a toujours une possibilité, un risque que les explications ne soient pas bien comprises ou alors que, par exemple, lorsque je suis au chevet du patient, je ne me souviens plus de ce qu'il avait dit ou alors, plus sûre ou ce genre de choses. L. 2210 : le téléphone c'est bien mais il n'y a pas de trace écrite L. 2426 à 2427 : par téléphone, il peut toujours y avoir des soucis. Par exemple, une information qui aurait été mal comprise ou alors la personne qu'on n'arrive pas à joindre.

L. 1848 à 1849 : on doit bien sûr contacter directement les référents et l'hôpital pour savoir quoi faire L. 1851 : Entre nous, on se demande, on se dit comment ça s'est passé. L. 1867 à 1869 : On se la fait oralement. Si ce n'est pas important, on se la dit au soir. Si c'est important, on se contacte directement. Si on constate qu'il y a un quelconque problème et qu'il doit être hospitalisé, on se contacte de toute façon L. 1897 : On a leur numéro de téléphone en cas de soucis L. 1915 à 1918 : quand c'est quelque chose de très spécifique, on va directement sur place, on va voir le patient, on fait le soin à l'hôpital pour prendre un premier contact avec le patient pour qu'il puisse nous voir aussi, voir l'infirmière à qu'il aura affaire,	explications, j'ai remis ça dans le dossier. Il y a aussi dans le dossier la convention à lire et à signer par chacune des parties. L. 1888 à 1890 : Il y a la vidéo sur YouTube qu'on a prise pour nous aider sur la technique, surtout du changement de pansement. J'ai demandé quand même au référent de me faxer la technique point par point. L. 1962 à 1964 : Nous, on a une farde, un dossier chez le patient. On lui demande que, quand il doit être hospitalisé d'urgence, il prenne le dossier parce que dans le dossier, sont notés ses paramètres, les soucis ou non. L. 2099 à 2101 : j'avais un carnet de liaison sur lequel je notais l'heure à laquelle j'étais passée, s'il y avait un souci, si le point de ponction était propre, si le	COMMUNICATION ECRITE L. 1890 : Ce qui permet de ne rien oublier. L. 2125 à 2129 : pour éviter de déranger de manière intempestive et au moins, pouvoir poser quand même directement la question pour ne pas oublier et avoir la réponse par la suite quand il a le temps de répondre. D'autant plus qu'on peut envoyer la question à n'importe quel moment de la journée vu que c'est un moyen disponible 24 heures sur 24. Et au moins, ça permet aussi d'avoir une trace écrite L. 2199 : L'avantage du papier c'est qu'il y a une trace et on l'a toujours avec. L. 2201 à 2203 : par mail, à ce niveau-là, il n'y a pas cet inconvenient-là. [...] Par mail au moins, s'il répond, on a une trace L. 2332 : Donc le carnet, c'est bien parce qu'il existe L. 2345 : il peut avoir son efficacité s'il y a des problèmes.	COMMUNICATION ECRITE L. 1964 à 1965 : , ce qu'on constate malheureusement c'est que parfois le patient revient et la farde ne revient plus. L. 2004 à 2006 : J'ai dû lui demander la fiche technique, j'ai dû demander moi-même les documents pour pouvoir les compléter. A part la convention, il n'y avait pas vraiment de dossier. L. 2168 à 2169 : si c'est un dossier écrit, qui va le recevoir ?, comment on va le faire parvenir à l'infirmier de référence L. 2211 : dossier papier c'est bien mais il y a pas de communication en instantané avec la personne. L. 2332 à 2333 : mais parfois il est répétitif, on doit le remplir tous les jours et c'est vrai que ça c'est une charge de travail en plus pour nous. L. 2392 à 2394 : quand il n'y a pas de bug informatique, quand il n'y a pas de problème parce que c'est vrai qu'on arrive à tout mettre au format informatique mais le jour où il y a un problème, ça veut dire qu'on ne
---	--	--	--

s'il est d'accord, si nous sommes d'accord L. 2096 à 2097 : J'ai eu rendez-vous avec l'infirmier coordinateur avant la sortie qui m'a expliqué un petit peu comment ça fonctionne, comment fonctionne le cathéter, etc... L. 2121 : J'avais juste son numéro de téléphone en cas de problème L. 2184 : le reste ça a été majoritairement expliqué à l'oral. L. 2230 à 2234 : l'infirmier coordinateur m'a téléphoné pour également expliquer dans quel projet mon papa allait rentrer. Et pour me donner d'autres informations. Mais également pour fixer d'un rendez-vous pour qu'on se rencontre en face à face pour qu'il puisse me montrer une première fois comment administrer et faire la réfection du pansement.	pansement n'était pas souillé, etc... L. 2123 à 2126 : J'ai eu un document écrit. J'ai eu son carnet de liaison et j'avais une feuille avec les dosages et les heures. Quelque chose mis par écrit. Une sorte de procédure en fait. Et dans le carnet de liaison, il y avait son numéro de téléphone, les procédures en cas d'urgence mais c'était surtout moi qui devais écrire et répondre aux petites questions : L. 2299 à 2301 : il y a tout ce qui est le cahier de liaison et tout ça. Quand la personne va à une visite chez l'infectiologue, elle prend le cahier de liaison. Le cahier de liaison est complété par l'équipe soignante L. 2330 à 2332 : généralement quand le patient va chez le spécialiste, on donne tout le temps une feuille de transfert avec son traitement et on marque		sait plus rien remplir et qu'on ne sait plus avoir accès aux données L. 2400 à 2401 : si à un moment donné, il y a un crash, il n'y a plus rien qui fonctionne et on n'a plus aucune donnée. L. 2418 à 2420 : ça ne doit pas se perdre, ça doit être bien complété mais bon effectivement, ça peut quand même poser un problème. Mais ça peut être le même au niveau informatique, on pourrait oublier de parapher L. 2429 à 2431 : ça peut être aussi la même chose par écrit, on ne comprend pas forcément la même chose. Même si c'est taper par mail ou informatique ça peut toujours être interprété de 2 manières différentes, si parfois le message est un peu ambigu
---	---	--	--

L. 2251 à 2252: On a expliqué à nos patients qu'on allait peut-être être un quart d'heure plus tard par rapport à d'habitude L. 2270 à 2271 : Il suffit aussi de prévenir le patient et de lui expliquer qu'il faut qu'il fasse attention, surtout s'il a des animaux L. 2296 à 2298 : l'hôpital nous contacte [...] il y a le suivi avec l'infirmier qui passe régulièrement au départ pour refaire les pansements et pour nous montrer comment et après, il nous téléphone pour voir s'il n'y a pas de soucis L. 2312 à 2313 : Je peux également joindre l'infirmier coordinateur du CHwapi en cas de questions. L. 2431 à 2433 : Mais bon dans ces cas-là, on n'hésite pas à téléphoner pour avoir l'information oralement ou alors pour avoir de plus amples explications.	les petites remarques qu'on a à dire. L. 2337 à 2339 : Et ça, on le reçoit à la sortie de l'hôpital et donc on sait quand on doit programmer les soins et quand elle doit aller à l'hôpital. Donc tout est bien inscrit, tout est clair, c'est bien fait. L. 2350 : quand notre résidente revient, on a tous les dossiers, L. 2353 à 2354 : On a dans le dossier, le plan d'action à chaque fois qu'on a un soin, on doit le parafer. Donc il y a un suivi à ce niveau-là. L. 2357 à 2359 : : Il y a le rapport d'hospitalisation [...] Il y a ce petit carnet-là qui est joint au dossier avec les prises de sang et avec les rendez-vous. C'est ce dossier qui contient toutes les informations. L. 2386 à 2387 : On a ces documents qui permettent d'avoir toutes les informations et puis on		
---	--	--	--

L. 2440 à 2441 : on téléphone dans le service et on demande confirmation.	a le suivi de cet infirmier qui est très bien. L. 2423 à 2426 : si la patiente retourne à l'hôpital, on ne donne jamais notre dossier. Nous on donne simplement une feuille de transfert avec les remarques éventuelles ou des notes importantes. Sauf le carnet de liaison lui il va quand même avec le patient mais le dossier avec les antécédents, le traitement, lui il reste ici		
---	---	--	--

Rôle coordinateur	Freins	Solutions	Recommandations	Ressenti
L. 1810 : Il est très disponible pour nous. L. 1904 : ce sont les coordinateurs HAD qui s'occupent de ça. L. 2042 : Ah oui oui ça c'est sûr, son rôle est important.	L. 1934 à 1935 : Ça dépend des infirmières, ça dépend de leur temps, ça dépend si elles veulent s'investir. Ça dépend de beaucoup de choses L. 1980 à 1981 : C'est vrai qu'il y a parfois un manque de communication quand le patient sort de l'hôpital.	L. 1908 : Informatisé c'est pas plus mal. L. 1950 à 1951 : Je suis tout à fait d'accord, ça [itinéraires cliniques] pourrait être une solution pour améliorer la communication et la coordination. L. 1967 à 1969 : Ce serait informatisé, je pense que ce serait mieux. On pourrait avoir un outil	L. 1794 à 1796 : On va aller de plus en plus vers ces nouvelles techniques là donc il y a intérêt à ce que l'on s'arme pour connaître ce genre de choses. L. 1881 : Ils sont disponibles, nous aussi L. 1930 à 1931 : On a intérêt à être disponible pour que ça fonctionne	L. 1794 : On a dit oui tout de suite, on est preneur quand ce sont de nouvelles techniques. L. 1837 : Nous on est preneur parce que ce sont des gestes qu'on ne fait plus. L. 1899 : je préfère un contact direct, surtout s'il y a un problème quelconque

L. 2103 : : C'était justement l'infirmier coordinateur du CHwapi L. 2310 : C'est moi qui informe l'équipe soignante L. 2368 à 2370 : Le gros point c'est que l'infirmier de liaison est fort accessible et fort disponible. Il prend son temps d'expliquer, de revenir voir, il est fort disponible.	L. 2027 à 2028 : Mais c'est intéressant pour la personne qui sait manier ce genre de chose ! Si ce n'est pas le cas, l'infirmière en question risque d'être plus réticente à prendre en charge le patient. L. 2268 : C'est peut-être un peu tôt pour le dire. L. 2409 à 2412 : non pas vraiment parce qu'il y a certaines infirmières qui ne pratiquent pas beaucoup l'informatique, l'ordinateur et tout, et donc je pense que ça peut créer certaines barrières. Elles risquent de moins aller regarder sur l'ordinateur ou ne savent simplement pas se servir du programme.	informatique. Ça éviterait soit que le patient oublie de reprendre le dossier, soit qu'on oublie de lui donner. L. 1983 : c'est vrai qu'informatisé ce serait quand même une bonne idée L. 1985 : Un support papier aussi, ah oui quand même c'est toujours intéressant à avoir L. 1988 : c'est vrai que si on pouvait tout avoir sur un smartphone ce serait pas si mal que ça. L. 1996 à 1997 : il faut quand même toujours pouvoir communiquer par téléphone, surtout s'il y a une urgence. L. 2023 à 2027 : ce serait aussi une bonne solution parce qu'ici on a dû chercher sur Youtube mais ce serait bien qu'il y ait une application qui reprend l'ensemble des informations, les numéros utiles, les coordonnées, les	bien et pour recevoir les informations. L. 1942 : C'est vrai qu'il faut être disponible. L. 1990 à 1992 : ce serait bien par exemple qu'il y ait un programme ou une application qu'on pourrait installer sur notre smartphone ou sur notre tablette avec un code bien sûr, pour que ça soit sécurisé, et pour que les données restent confidentielles. Ce serait bien. L. 2007 à 2010 : Il aurait peut-être fallu avoir la fiche technique directement et le soin technique directement. [...] Mais il est important de réaliser un dossier complet correct parce que vu qu'on est plusieurs à passer chez le patient, il faut pouvoir assurer une prise en charge correcte et un bon suivi.	L. 1911 à 1913 : Pour moi, oui. Pour une première fois, oui. C'est la toute première fois, donc il faut voir avec le recul, quand j'aurai eu plusieurs patients, peut être que là j'aurai plus d'idées mais pour le moment ça se passe bien. L. 1943 à 1944 : moi, personnellement, des soins comme ça, je suis demandeuse. L. 1945 à 1946 : Ce cas-ci est beaucoup plus intéressant pour nous. Et c'est plus valorisant pour l'infirmière. L. 2037 à 2039 : Mais personnellement, ce serait quand même bien d'avoir ce support informatique oui pourquoi pas. Ça ne peut être qu'un bon point, d'autant plus qu'on évolue vers ce genre de chose de toute manière. L. 2043 à 2045 : pour nous c'est aussi très valorisant. Ce n'est pas
---	---	--	---	---

		procédures en cas d'urgence, la petite vidéo avec l'explication de la réfection du pansement, etc... Un support informatique oui, ce serait intéressant. L. 2115 à 2119 : un petit coup de fil à la moitié, éventuellement aussi à la fin, pour voir si tout se passe bien, s'il ne manque de rien et alors à la fin pour voir si ça s'est bien passé, s'il n'y a pas eu de soucis, si je n'ai pas une remarque à faire ou quoi par exemple. Après, à côté de ça, il faudrait peut-être éventuellement un outil plus informatique pour qu'on puisse le contacter par mail par exemple. L. 2124 : Si c'est urgent, il faut téléphoner mais si ce n'est pas urgent, il faudrait utiliser justement le mail L. 2146 : éventuellement, ce système de mail. L. 2169 à 2173 : le mieux je pense que ce serait un	L. 2029 à 2031 : Mais personnellement, ce serait quand même bien d'avoir ce support informatique oui pourquoi pas. Ça ne peut être qu'un bon point, d'autant plus qu'on évolue vers ce genre de chose de toute manière. L. 2146 à 2152 : Et moi je trouve qu'il manque aussi à la fin, un moyen pour pouvoir en discuter avec l'infirmier de référence, pour pouvoir débriefer un peu, pour expliquer. Ce serait intéressant d'avoir un retour sur comment s'est déroulé la prise en charge et tout ce qui tourne autour de ça. Pour savoir si, autant pour le patient que pour moi, si ça s'est bien passé, voir un peu mon ressenti, est-ce que moi j'étais à l'aise ou pas, ... L. 2181 à 2182 : Je trouve en plus qu'il faut une trace pour ne pas qu'il y ait un risque de mal interpréter	que je dénigre les toilettes et les soins basiques mais avoir de temps en temps des soins techniques, c'est quand même intéressant. L. 2063 à 2064 : C'est juste l'histoire du pansement qui nous fait un petit peu peur, L. 2070 à 2073 : En tout cas c'est sûr que l'hospitalisation à domicile c'est très intéressant et autant pour nous que pour le patient. J'en ai déjà parlé avec lui, il est vraiment heureux d'être chez lui, c'est sûr et certain. Et mon équipe, et moi-même, on se sent valorisée. L. 2076 : je suis tout à fait pour l'hospitalisation à domicile, c'est très intéressant ça nous change. L. 2106 à 2109 : Par contre, j'aurais bien voulu au moins avoir un petit feedback, que ce soit à la moitié de la prise en
--	--	---	--	--

		dossier informatisé, pour que les données qui viennent d'être complétées soient envoyées instantanément sur le dossier du patient informatisé qui se trouve dans le programme de l'hôpital. Et comme ça, l'infirmier de référence peut voir au même moment les informations du patient et comment ça se passe. En fait, c'est surtout le principe d'avoir les données en instantané. L. 2177 à 2178 : Je crois, en tout cas, selon moi, que c'est une bonne solution parce qu'au moins, on a une base écrite où tout est bien défini, étape par étape. On a une base pour commencer en fait L. 2188 à 2189 : C'est comme ce que j'ai suggéré précédemment, ce serait	certaines informations qui seraient dit oralement. L. 2412 : Donc ça nécessiterait des formations supplémentaires. L. 2421 : je pense aussi que c'est la conscience de tout le monde de bien faire son travail	charge ou alors à la fin, juste un petit coup de fil pour voir comment ça s'était passé, s'il n'y avait pas eu de souci, si moi je n'avais pas de problème, si en gros ça se passait de manière correcte ou pas. L. 2110 à 2112 : Après il ne m'a pas complètement laissé dans la nature, je savais qu'il y avait possibilité de l'appeler en cas de problème mais lui n'a pas appelé pour voir si ça se passait bien. Or, ça j'aurais bien aimé. L. 2152 à 2153 : On m'a larguée en disant qu'il y a un numéro de téléphone en cas d'urgence L. 2157 : J'ai été un tout petit peu déçue, juste pour l'absence d'appel en début ou en fin de prise en charge. L. 2161 à 2165 : C'est plus au niveau communication où je
--	--	---	---	--

		effectivement une bonne solution. L. 2193 à 2196 : Ce serait idéal qu'il y ait ce genre de choses avec les informations qui se trouvent dans le carnet de liaison. [...] Ce serait une bonne solution. L. 2207 à 2010 : Je pense en fait qu'il faut les deux : le contact direct et les explications mises également sur papier ou alors de manière informatisée. Mais en tout cas mises par écrit. Il faut quand même toujours qu'il y ait la possibilité d'avoir un échange direct entre les personnes, que ça soit par mail ou de manière informatique. L. 2237 à 2238 : je vois surtout ça comme solution. Je verrai bien un dossier informatisé. L. 2341 à 2342 : on peut dire par écrit les problèmes qu'on a eu sans		trouve qu'il manquait un petit retour ou ce genre de choses, parce que niveau technique ça ça allait, il m'avait expliqué, j'avais le matériel et il n'y a pas eu de souci. À ce niveau-là, j'ai quand même eu les informations nécessaires. On a eu rendez-vous, il m'a montré, il m'a expliqué donc à ce niveau-là, ça c'est parfait. L. 2180 à 2181 : . Ça me rassure en fait d'avoir une procédure papier ou informatisé mais en tout cas écrite, à laquelle on peut se référer L. 2193 : Ah oui, c'est sûr, d'office je l'utiliserai [application mobile] ! L. 2206 : C'est plus sécurisant je trouve quand il y a une trace écrite. L. 2240 : moi j'ai vraiment adoré !
--	--	--	--	--

		devoir le faire tous les jours. L. 2374 : Donc oui, avoir une personne de liaison à l'hôpital, c'est essentiel. L. 2414 à 2415 : vous voudriez quand même garder que le dossier papier ? R : Oui parce que tout le monde n'est pas au top au niveau de l'informatique. L. 2433 à 2436 : à côté des informations écrites, je pense qu'il faut toujours avoir la possibilité de téléphoner pour se renseigner et tout ça. Je pense aussi parfois que le contact direct c'est meilleur mais il faut quand même une trace écrite pour le suivi des dossiers et pour nous protéger.		L. 2242 à 2246 : Je me suis sentie réellement utile et valorisée par rapport à ce type de [...] Alors que là, c'est vraiment quelque chose pour laquelle on vous fait confiance, on laisse sortir le patient qui a besoin de son traitement. Moi je me suis vraiment sentie hyper valorisée, donc je suis prête à recommencer dès demain ! L. 2275 : En tout cas, pour moi, c'a vraiment été une super expérience et je recommencerai ! L. 2303 : Je trouve que le suivi est très bon L. 2322 à 2323 : il y a un bon dialogue et tout. On arrive à bien dialoguer avec cet infirmier-là. Le dialogue est bon, donc c'est très bien.
--	--	--	--	---

				L. 2368 : Je trouve que c'est bien fait. L. 2370 : C'est rassurant et sécurisant. L. 2385 à 2386 : ce n'est pas nécessaire, si on garde ce qu'on a ici maintenant, je trouve que ça fonctionne très bien. L. 2395 à 2396 : moi je suis aussi fort papier donc je trouve que le papier reste quand même important. L. 2398 à 2399 : Maintenant c'est peut-être parce que je ne suis pas dans la génération informatique, pour nous le papier avait beaucoup d'importance L. 2405 à 2406 : ils veulent que tu passes au format informatisé mais bon moi personnellement ça me fait quand même un peu peur
--	--	--	--	---

				L. 2456 à 2458 : En tout cas pour le moment on est prévenu assez tôt quand il arrive, on a le matériel en conséquence, donc c'est très bien, on a le suivi qui est bien donc non pas vraiment, non ça va en tout cas. L. 2463 à 2465 : Peut-être que si à un moment donné, un autre résident venait et avait plein de problèmes, je changerais peut-être de vision des choses. Mais en tout cas, là, pour l'instant, je suis très satisfaite. L. 2473 à 2475 : la disponibilité ça elle est au top. C'est rassurant et c'est un point essentiel à garder. [...] il y a vraiment un suivi qui est vraiment au top, c'est bien encadré.
--	--	--	--	--

Annexe 22 – Programme congrès GHDC

Cette annexe se trouve dans l'annexe 22à23 disponible sur la plateforme DIAL

Annexe 23 – Attestation de participation

Cette annexe se trouve dans l'annexe 22à23 disponible sur la plateforme DIAL



Résumé

Référence bibliographique :

Demuynck, E. (2018). *La coordination et la communication dans le cadre d'une hospitalisation à domicile : revue de littérature et analyse mixte du terrain*. (Master's thesis). Université Catholique de Louvain, Woluwe-Saint-Lambert.

Contenu :

Notre système de soins de santé est en constante évolution. La réforme du paysage hospitalier et du financement des hôpitaux rentre dans cette continuité. Un de ses objectifs est de restructurer l'organisation hospitalière en donnant une place plus importante aux soins transmuraux afin d'être plus efficient. C'est, en partie, pour cette raison que Madame Maggie De Block veut développer l'hospitalisation à domicile (HAD) en Belgique.

Par ailleurs, les technologies de l'information et de la communication (TIC) font de plus en plus partie de notre quotidien mais également, de celui des soins de santé. Le plan d'action e-santé, qui représente leur utilisation, a pour but de favoriser la collaboration professionnelle, caractérisée par la communication et la coordination.

De ce fait, nous nous sommes intéressés à ces aspects dans le cadre de cette alternative à l'hospitalisation classique. Nous cherchons à savoir quel(s) outil(s) permet(tent) de garantir une communication et une coordination efficaces entre toutes les personnes intervenant dans le cadre d'une HAD.

Méthodes :

Deux types d'échantillons ont été élaborés, composés respectivement de 6 coordinateurs HAD et de 3 professionnels de la santé extrahospitalier, afin de réaliser des entretiens semi-dirigés. En complément à cette méthode qualitative, 56 personnes ont répondu à un questionnaire quantitatif. Nous avons donc choisi une méthode mixte. Pour la partie qualitative, nous avons procédé selon une analyse thématique descriptive tandis que la partie quantitative vient illustrer et enrichir la première.

Le guide d'entretien et le questionnaire ont été approuvés par le promoteur. Différents critères de validation sont présents.

Résultats :

La recherche a révélé des résultats relativement identiques entre la théorie et la pratique mais également, entre les deux phases de l'analyse. L'ensemble des répondants est conscient que l'informatisation est inévitable et y est globalement favorable. Leurs réponses nous ont permis de relever plusieurs recommandations essentielles au bon fonctionnement d'une hospitalisation à domicile telles que l'intérêt d'une personne ou d'une équipe de liaison, l'utilité de la communication orale, l'importance du niveau d'implication des différents intervenants et l'efficacité d'un itinéraire clinique.

De ce fait, en plus de ces recommandations, nous pensons que l'outil optimal à développer est une application mobile commune et uniforme à l'ensemble des projets. Si cette solution venait à aboutir, il serait intéressant d'évaluer son utilisation et son efficacité par la suite.

Mots-clés :

hospitalisation à domicile, coordination, communication, TIC, itinéraire clinique, analyse mixte