



FACULTE DE L'INGENIERIE ET DE MANAGEMENT DE LA SANTE – ILIS UNIVERSITE DE LILLE

**MASTER 2 INGENIERIE DE LA SANTE
PARCOURS COORDINATION DES TRAJECTOIRES DE SANTE**

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE

-

**LILLE, Septembre 2018 – Septembre 2019
Louise DELELIS GRAVIER**

**De l'hôpital au domicile : La liaison par l'infirmière de coordination de
l'Hospitalisation A Domicile (HAD) au sein du Centre Hospitalier (CH), un
exemple de collaboration et coordination au service du patient.**

Directeur de mémoire : Thérèse PSIUK

Président du jury : Professeur François PUISIEUX

Tuteur pédagogique : Thérèse PSIUK

Tuteur professionnel : Anne GROGNET

Membre professionnel du jury : Docteur Daniel DREUIL

**Faculté Ingénierie et Management de la Santé – ILIS
42 rue Ambroise Paré
59120 LOOS**

AVANT PROPOS :

Infirmière de formation diplômée en juillet 2017, j'ai effectué huit stages au cours des trois ans de formation, dans différentes structures de soins des secteurs sanitaire, médicosocial et social. J'ai compris l'importance de la collaboration et la coordination des professionnels de santé pour répondre au mieux aux besoins du patient, et lui proposer un parcours de soins adapté.

C'est donc dans ce domaine de la coordination des trajectoires de santé que j'ai choisi d'étudier, en intégrant en 2017 le Master Ingénierie de la santé parcours Coordination des trajectoires de santé, à l'Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé (ILIS).

La première année de Master m'a apporté des connaissances sur les systèmes et les organisations de santé sur un territoire, et sur la continuité du parcours de soins des personnes. J'ai réalisé un stage de 700 heures à la Mutualité Française Nord Pas de Calais SSAM au sein des structures d'Hospitalisation A Domicile (HAD) autour de la thématique du Dossier Patient. Ma mission principale a été de participer à la refonte des dossiers d'évaluation médico-sociale de pré-admission, ainsi que des dossiers patients existant avant la fusion des deux unions territoriales Nord et Pas-de-Calais, en vue de la certification des établissements de la filière HAD par la Haute Autorité de Santé (HAS) en juin 2018 et dans un but commun d'amélioration de la prise en soin des patients. Les résultats de cette semaine de certification et de visite des experts visiteurs sont très positifs puisque la Mutualité Française Nord Pas de Calais SSAM s'est vue attribuer le niveau « A », sans recommandation.

Je poursuis pour cette année de Master 2 mes missions au sein de la Mutualité Française Aisne Nord-Pas-de-Calais-SSAM, sur une thématique différente qui est celle du Parcours Patient.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce mémoire est l'aboutissement de deux années d'étude. Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont encouragée dans la poursuite de mes études et au long de ces années de Master, particulièrement mon mari et ma famille.

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes qui ont apporté leur aide et contribution dans la réalisation de ce mémoire :

Madame Thérèse PSIUK ma tutrice pédagogique et responsable de mémoire, qui a toujours su se rendre disponible et très réactive dans le suivi de mon mémoire. Elle m'a partagé ses connaissances et ses expériences, tout en m'accordant sa confiance et une large indépendance dans l'exécution de ce travail de recherche.

Les différents professionnels de santé et patients pour m'avoir accordé des entretiens et permis l'élaboration de ce travail.

Ma sœur Amélie et mon mari pour leur patience sans faille dans la relecture et les corrections orthographiques.

Je remercie Madame Anne GROGNET, Directrice de la filière HAD de la Mutualité Française Aisne Nord-Pas-de-Calais-SSAM, pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser ces années de stage et de contrat professionnel. Merci pour sa disponibilité et sa présence tout au long des deux années.

Je remercie Madame Louise BERTHELOOT, Responsable de la structure de Douai, avec qui j'ai été amenée à collaborer sur les thématiques du parcours patient.

Je remercie Madame Clémence BOURET, Responsable des HAD de Calais et Saint-Omer, avec qui j'ai collaboré sur le déploiement de la liaison au sein des centres hospitaliers de Calais et Saint-Omer.

Je remercie également les infirmiers coordinateurs et les infirmiers de liaison des différents sites, avec lesquels j'ai été amené à travailler : Séverine, Laetitia, Véronique, Stéphanie, Jordan, Elora.

L'enseignement de qualité dispensé par le Master a également su nourrir mes réflexions et a représenté une profonde satisfaction intellectuelle, merci donc aux enseignants-chercheurs. Je remercie également les collègues de la promotion 2017-2019 du Master de coordination qui m'ont donné envie de m'investir dans le Master : rigueur, convivialité, persévérance sont les mots clés de ces deux années.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PROBLEMATIQUE	3
REVUE DE LA LITTÉRATURE ET CONCEPTS	7
I. COORDINATION	7
II. COOPERATION	10
III. COLLABORATION :	11
IV. SYNTHÈSE DES CONCEPTS	15
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	17
RESULTATS	27
DISCUSSION	51
CONCLUSION.....	55
TABLE DES MATIÈRES	
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	
TABLE DES SIGLES	
ANNEXES	
RÉSUMÉ - ABSTRACT.....	

INTRODUCTION

Face à une demande croissante du fait des tendances démographiques (le vieillissement de la population) ou encore socio-économiques, de nombreux pays tendent à développer les prises en charge au domicile du patient. C'est ainsi que se sont développés et déployés une multitude de structures ou de prestataires de soins, qui ont contribué à une certaine fragmentation du système de soin. Il a fallu décloisonner les pratiques, instaurer un lien entre les différents acteurs qui agissent dans le parcours de soins du patient, et assurer une continuité des soins et un partage d'information. C'est le rôle de la coordination, qui fait le lien entre les différents rouages du système de soin. Aujourd'hui, une attention particulière est accordée à la culture de parcours, de coordination et de continuité des soins. Ce sont des mots-clés pour une prise en soin optimale du patient.

L'HAD fait partie de ces structures de soins de ville qui se sont développées pour répondre à cette problématique. Selon les chiffres de 2016-2017 de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (FNEHAD), à laquelle adhèrent plus de 250 établissements d'HAD, 109 866 patients ont bénéficié d'une HAD (soit environ 0,16% de la population française).

L'HAD est défini comme « L'hôpital à la maison », c'est-à-dire qu'il a pour vocation d'intervenir pour des prises en charges complexes ou techniques qui ne pourraient être assurées par un service de soins de premiers recours. L'objectif de l'HAD est de réduire ou d'éviter un séjour à l'hôpital et d'assurer les soins dans un environnement familial. Elle assure une continuité des soins par la coordination d'une équipe pluridisciplinaire et médicalisée (24h/24).

L'HAD est organisée en différents pôles de métiers : on trouve le pôle encadrement avec le responsable régional de l'HAD, le pôle administratif, le pôle pharmacie et logistique, le pôle soignant et psychosocial, et également le pôle coordination qui comprend les médecins coordonnateurs, le médecin responsable de l'information médicale, et les infirmiers coordinateurs.

Selon la FNEHAD, l'infirmier coordinateur « évalue la faisabilité de la prise en charge des patients au domicile, soit dans les services hospitaliers, soit auprès des médecins de ville, en collaboration avec le médecin coordonnateur. Il réalise le dossier d'évaluation pour l'admission des patients et organise la prise en charge et le suivi des patients, en

collaboration avec l'ensemble des partenaires de la structure. »¹ On précise également que l'HAD intervient en établissements sociaux et médicosociaux ainsi qu'en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

En structure d'HAD, la coordination se fait à tous les niveaux du parcours de soins du patient (ANNEXE I) ; en pré-admission lors de la visite d'évaluation médico-sociale à domicile ou en établissement de santé ; durant la prise en charge avec les différents intervenants qui participent à la prise en soins au domicile ; et également lors de la fin de prise en charge pour assurer le relais et la continuité des soins.

¹ <https://www.fnehad.fr>

PROBLEMATIQUE

Contexte :

Aujourd'hui, les demandes de prises en soin en HAD émanent en grande majorité des Etablissements de Santé (ES) : pour l'HAD de St-Omer sur l'année 2018 les prescriptions émanent à 86% de l'hôpital contre 14% des médecins généralistes². On trouve également de plus en plus de proches qui appellent ou se rendent dans les locaux pour obtenir des informations sur le fonctionnement de l'HAD et demander une prise en charge pour leur proche malade. Dans tous les cas, la demande de prise en charge doit être médicale.

Puisque la majorité des demandes provient des ES, une des orientations stratégiques de la filière HAD vise à augmenter et renforcer le partenariat avec ces structures pour fluidifier le parcours du patient et faciliter le relais entre hôpital et domicile. C'est dans ce contexte que s'est instaurée une convention entre des Centres Hospitaliers (CH) de la région et des structures d'HAD de la Mutualité Française Aisne Nord Pas de Calais SSAM, avec le déploiement d'un infirmier coordinateur de liaison.

La convention prévoit qu'un des infirmiers coordinateurs (IDECO) de l'HAD intervient en liaison au sein des services du CH selon des temps de permanences prévus. L'objectif général de ce dispositif est de **renforcer la collaboration interprofessionnelle** entre les unités de soins et l'HAD :

- Répondre dans les meilleurs délais aux demandes d'admission en HAD formulées par les services de soins et simplifier le travail des prescripteurs en leur garantissant une réponse rapide suite à l'évaluation médico-social de pré-admission,
- Ecourter la durée d'hospitalisation conventionnelle,
- Fluidifier le parcours de santé des patients,
- Anticiper les sorties d'hospitalisation complète / HAD en solution d'aval,
- Communiquer aux praticiens, cadres de santé, personnels soignants et assistantes sociales sur les modalités de prise en charge en HAD (critères d'éligibilité HAD),
- Renforcer le partenariat entre le CH pivot du territoire et l'HAD ; et optimiser la communication en intra-hospitalier et le retour d'information entre les services.

² Source : Bilan d'activité de l'HAD d Calais / Saint-Omer - Antenne de St-Omer pour l'année 2018

A titre d'exemple, une infirmière de coordination de St-Omer intervient depuis mars 2018 au sein du Centre Hospitalier Région de St-Omer (CHRSO) à raison de 2 permanences par semaine de 10h30 à 14h30. Elle rencontre les équipes soignantes et médicales des services de l'hôpital et échange avec eux autour des patients qui pourraient bénéficier d'une sortie en HAD. Elle peut réaliser une évaluation au lit du malade, et rencontrer la famille dans un bureau qui lui est dédié. Elle est également en lien direct avec le pôle social de l'hôpital, mais aussi les unités mobiles de gériatrie et soins palliatifs.

Ce dispositif se met également en place sur les autres établissements d'HAD de la Mutualité Française Aisne Nord-Pas-de-Calais-SSAM pour le secteur du Calaisis et prochainement sur le territoire du Dunkerquois. La liaison avait également débutée sur le site de Flers-en-Escrebieux, mais suite à des changements importants au niveau du pôle de coordination, la liaison a été ralentie à partir du premier trimestre 2019.

Les infirmiers coordinateurs de liaison assurent la traçabilité de leurs missions en remplissant de manière hebdomadaire un tableau de bord de recueil d'indicateurs. Ces indicateurs sont à la fois quantitatifs et qualitatifs, ils permettent de mettre en lumière le rôle des infirmiers coordinateurs, et également de faire un retour aux ES de façon régulière pour suivre et évaluer la collaboration.

En tant que chargée de mission, il m'a été confié d'évaluer ces indicateurs transmis par les IDECO de liaison, déposés sur la plateforme de travail de façon hebdomadaire. J'ai également assuré un accompagnement de la liaison auprès des infirmier(e)s coordinateurs/trices.

Le point de départ de ce travail de fin d'étude a été d'analyser les indicateurs qualitatifs des tableaux de bords afin de mettre en exergue les éventuelles problématiques rencontrées lors des liaisons ou pistes de réflexions identifiées et à investiguer.

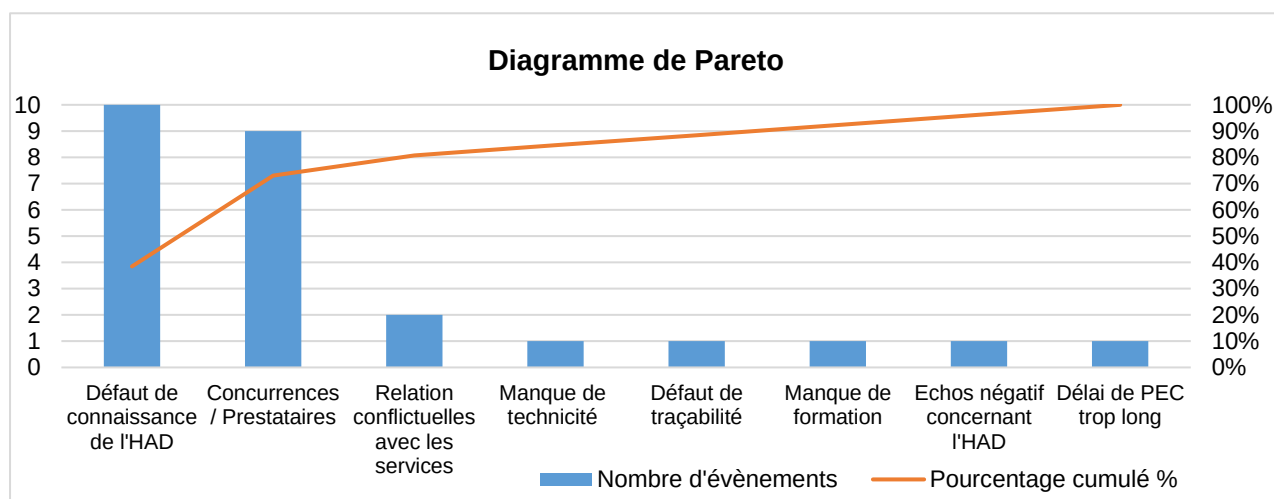
Analyse des indicateurs qualitatifs :

Les données qualitatives relatent les échanges qui ont lieu durant les interventions de l'infirmier de liaison, auprès des personnels médicaux, sociaux, ou paramédicaux des services. Les cibles qui sont relevées peuvent être très larges : échanger autour d'un cas patient (clinique et situation sociale), informer sur les modalités d'intervention de l'HAD, renseigner sur la possibilité d'intervention conjointe avec les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), les Etablissements d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante (EHPAD), relever des nouvelles indications d'intervention HAD, identifier des problèmes ou difficultés, etc.

Je choisis comme outil d'analyse la construction d'un **diagramme de Pareto** afin de mettre en évidence les principales difficultés rencontrées. Ce diagramme est basé sur le recueil des indicateurs qualitatifs de Flers-en-Escrebieux ainsi que St-Omer pour la période du 8 octobre au 16 décembre 2018, soit les semaines 41 à 50. Il m'a semblé que l'analyse serait davantage pertinente et proche de la réalité si elle combinait les indicateurs de deux sites (échantillonnage plus important). Le choix des sites s'est porté sur mon lieu d'exercice de mission, qui était alors principalement Flers-en-Escrebieux et St-Omer.

La méthodologie pour la construction du diagramme a reposé sur l'analyse des indicateurs en termes de mots clés ou idées principales relevés par l'infirmier coordinateur. J'ai compté les récurrences et je les ai classées en différentes catégories telles qu'elles figurent ci-dessous.

Difficultés rencontrées / Axes d'amélioration possibles	Nombre d'évènements	Cumul	Pourcentage cumulé %
Défaut de connaissance des modes de Prise En Charge (PEC) en HAD	10	10	38%
Concurrences / Prestataires	9	19	73%
Relation conflictuelles avec les services	2	21	81%
Manque de technicité	1	22	85%
Défaut de traçabilité	1	23	88%
Manque de formation	1	24	92%
Echos négatif concernant l'HAD	1	25	96%
Délai de PEC trop long	1	26	100%
Total	26		



Les domaines à plus forts impacts se situent dans la partie gauche du graphique. Nous pouvons observer que les causes "**défaut de connaissance de l'HAD**" et "**concurrence**" représentent à eux deux plus de 70% des motifs rencontrés lors des liaisons.

Ainsi, malgré un dispositif de liaison mis en place depuis 9 mois pour le site de St-Omer, le constat établi est qu'il subsiste un défaut de connaissance de l'HAD, souvent mis à mal par la concurrence (principalement des prestataires de santé). La principale hypothèse expliquant le défaut de connaissance de l'HAD est le manque de temps des infirmiers coordinateurs lors des liaisons pour faire connaître la totalité des missions de l'HAD.

Face à ce constat, plusieurs questions se posent :

- Comment améliorer la connaissance de l'HAD auprès des prescripteurs ?
- Comment garantir la place de l'HAD et la collaboration avec le CH ?

L'objectif de la liaison est la collaboration et la coordination entre les acteurs de l'hôpital et de la ville (HAD), afin de garantir une fluidité dans le parcours du patient.

On peut se poser la question : « **En quoi la liaison au sein du CH par l'infirmière coordinatrice de l'HAD améliore-t-elle la collaboration et la coordination HAD-CH au service du patient ?** »

Le but de cette question est qu'à partir d'une expérience de liaison, nous puissions rechercher les avantages du dispositif afin de le généraliser aux autres HAD n'ayant pas de permanences dans les CH pivots.

Le premier site de l'HAD de la Mutualité Française Aisne Nord-Pas-de-Calais-SSAM ayant bénéficié de la signature de la convention avec mise en place de la liaison est celui de St-Omer en mars 2018. La liaison a eu lieu sur le site de Douai de septembre à décembre 2018, mais sans signature de convention. La liaison sur le Calaisis a démarré fin janvier 2019 (avec signature de convention).

Dans ce contexte de généralisation et de déploiement du dispositif aux autres HAD de la Mutualité Française Aisne Nord-Pas-de-Calais-SSAM, il semble important de rechercher l'impact de la liaison sur St-Omer dans les pratiques quotidiennes des CH et de l'HAD afin d'ajuster le déploiement sur les autres sites.

La première partie de ce travail abordera les différents concepts soulevés par la problématique, ces derniers étant souvent utilisés de façon synonyme. Nous évaluerons dans un second temps l'impact de la mise en place de ce dispositif sur le secteur de St Omer ; par le biais d'indicateurs qualitatifs / quantitatifs, et d'entretiens auprès des professionnels et patients, nous tenterons de répondre à la problématique.

Revue de la littérature et concepts

La question soulevée pour ce travail fait appel à plusieurs concepts qu'il convient de définir par la littérature existante : la **coordination**, la **coopération**, la **collaboration**. Il existe une certaine confusion et ambiguïté dans l'emploi de ces notions. Celles-ci se sont inscrites dans un objectif d'organisation et de répartition du travail collectif, fondé sur le partage d'intérêts ou de motivation commune.

I. COORDINATION

Larousse : « COORDONNER : Ordonner des éléments séparés, combiner des actions, des activités distinctes en vue de constituer un ensemble cohérent ou d'atteindre un résultat déterminé. »³ Co, com, « avec », et « ordonner ». Le verbe « ordonner » fait appel à la question de pouvoir.

1) Travail coordonné

Selon Mintzberg⁴, toute activité humaine donne naissance à deux besoins fondamentaux et contradictoires : la **division** et la **coordination** du travail et des tâches. Ces mécanismes de coordination permettent « l'articulation entre ces différentes tâches et personnes »⁵. Il existe alors 5 mécanismes de coordination⁶ :

1. **la supervision directe** : intervention d'un responsable qui donne des instructions et contrôle la réalisation d'un ensemble d'opérateurs.
2. **la standardisation des tâches** : description de chaque poste / fonction de travail en termes de tâches à effectuer par l'opérateur, manuels de procédures.
3. **la standardisation des compétences** : formation spécifique de chaque opérateur qui possède des compétences répertoriées et connaît celles des autres opérateurs.
4. **la standardisation des résultats** : mode de coordination où les instructions (méthode) comptent moins que le résultat final. Des standards sont définis, des niveaux de performances sont fixés à priori.

³ Larousse, définition de « Coordonner »,

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coordonner/19075?q=coordonner#18966> (consulté le 06/02/2019)

⁴ Mintzberg H, *Structure et dynamique des organisations*, 1982, <https://www.editions-eyrolles.com/Livre/9782708119710/structure-et-dynamique-des-organisations> (consulté le 09/02/2019)

⁵ Grootaers D, *Le grain, Atelier de pédagogie sociale*, « L'approche systémique pour mieux comprendre les organisations », Les apports de Henry Mintzberg, 14/12/2005, http://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=114:les-apports-de-henri-mintzberg-lapproche-systemique-pour-mieux-comprendre-les-organisations&catid=54:analyses&Itemid=115 (consulté le 09/02/2019)

⁶ Desreumaux A, *Ecole Universitaire de Management (IAE), Université de Lille*, « Les 5 modes de coordination », *La notion d'organisation*, http://bricks.univ-lille1.fr/M19/cours/co/chap02_03_02.html (consulté le 09/02/2019)

5. **l'ajustement mutuel** : la coordination résulte d'une communication entre les opérateurs, ne comptant pas sur une supervision hiérarchique.

La coordination peut être définie comme « l'habileté de mettre en lien, dans le temps et dans l'espace, les nombreuses activités spécialisées mais interdépendantes des différents professionnels, de façon à ce que leurs efforts visent la solution des problèmes et la réalisation des objectifs »⁷ (Georgopoulos, 1975).

2) Coordination en santé

La coordination a émergé avec la réorganisation du système de santé et les ordonnances Juppé de 1996, abordant la notion de « réseaux médico-sociaux ». Elle intervient en réponse aux nouveaux défis de santé tels que le vieillissement de la population, l'accroissement des maladies chroniques, le développement du secteur ambulatoire, ou encore la complexité des parcours de soins.

Bien qu'employé à de nombreuses reprises, le concept de coordination ne repose sur aucune revue de littérature.

Des études ont alors tenté de définir ce concept, afin d'aboutir à une définition de la coordination des soins. On trouve ainsi **six attributs de la coordination**⁸ :

1. **Centrée sur la personne** : perspective holistique
2. **Planification proactive** : dispenser les bons soins au bon moment.
3. **Transversalité** : aplanir les frontières entre les professionnels et augmenter la cohérence.
4. **Corrélation** : lien, communication et collaboration
5. **Facilitation** : aide, ajustement mutuel
6. **Partage** : des informations, connaissances, pouvoir.

La coordination dans le domaine des **soins**, représentée si dessous par Bosc et al.⁹, se distingue de la coordination des **organisations** car elle est centrée sur la personne :

⁷ Leticia San Martin Rodriguez, *Thèse en vue de l'obtention du grade de Philosophi Doctor (Ph.D.) en sciences infirmières*, 2007, « Évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels et chez les patients dans les unités d'hospitalisation en oncologie et en hématologie » <https://core.ac.uk/download/pdf/80346642.pdf> (consulté le 03/04/2019)

⁸ Klopfenstein-Crélerot S, Bosc-Fishman A, « Les six attributs du concept de "coordination des soins" », *Soins* n°811, pages 15 à 17, décembre 2016

⁹ Fishman-Bosc, Leveau E, Crelerot-Klopfenstein S, Gentile S, « Clarification de concept, la coordination appliquée au domaine des soins », *Revue francophone internationale de recherche infirmière* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.refiri.2016.02.001> (consulté le 30/01/2019)

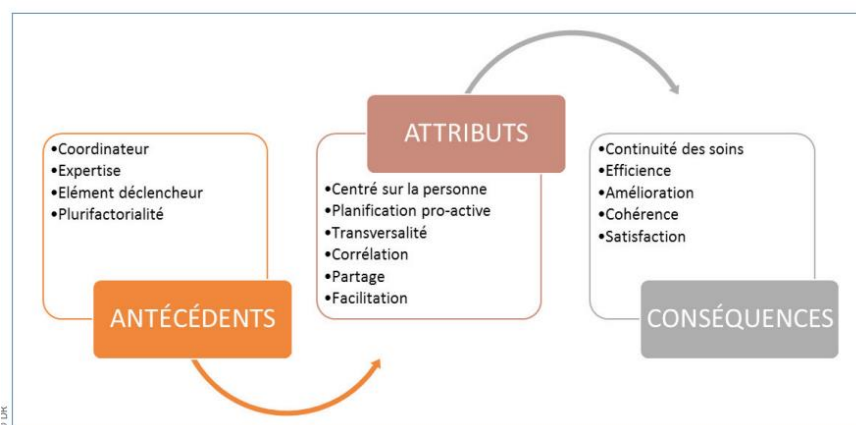


Figure 1: Représentation graphique de la coordination selon Bosc et al.

Selon Régis Aubry, la coordination permet de « créer des liens et garantir la qualité de la santé, la continuité et la permanence des soins »¹⁰. La coordination située entre les structures, organisations et acteurs des secteurs sanitaires et sociaux, existe à trois niveaux:

1. **De proximité / niveau opérationnel, individuel ¹¹ / personnalisée**
2. **D'appui / niveau tactique (d'ordre communautaire) ¹¹ / fonctionnelle ⁹**
3. **De pilotage / niveau stratégique (politique) ¹¹**

Myriam Le Sommer-Père indique que ces niveaux illustrent « la complexité de la coordination qui prend ici la dimension d'un principe transversal, ciment de la cohésion de notre système de santé »¹¹. Dans tous les cas, il ressort de ces études l'importance d'un « coordinateur identifié »⁹.

La coordination des soins va donc au-delà de la gestion ou de l'organisation de travail, car elle permet aux acteurs engagés de concevoir des parcours de soins cohérents et efficaces.

¹⁰ Aubry R, « Les fonctions de coordination dans le champ de la santé », *Santé Publique* 2007 (Vol 19), pages 73-77, <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2007-hs-page-73.htm#> (consulté le 30/01/2019)

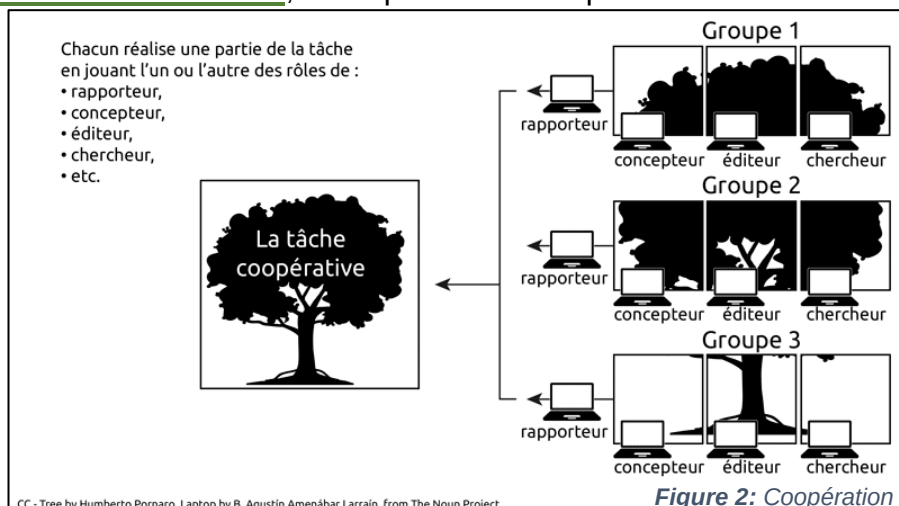
¹¹ Le Sommer-Père M, « Les différents niveaux de coordination », *Gérontologie et société* 2002 (Vol 25), pages 49 à 63, <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-1-page-49.htm> (consulté le 30/01/2019)

II. COOPERATION

Larousse: « COOPÉRER : Prendre part, concourir à une œuvre commune ; contribuer, participer. »¹² Latin *cooperari*, de *cum*, « avec », et *operari*, « opérer », « travailler », « produire ».

1) Travail coopératif

Du point de vue de l'organisation du travail, « coopérer » correspond à une « division rationalisée d'une tâche en actions qui seront réparties entre acteurs agissant de façon autonome »¹³. Le travail individuel de chaque acteur est réuni pour former le travail commun.



La responsabilité de chaque acteur est engagée sur la réalisation de leurs tâches.

2) Coopération en santé

Dans le champ de la santé, la coopération entre professionnels est définie par la HAS comme « le partage des rôles entre médecins et autres professionnels de santé »¹⁴, traduit notamment par la mise en place des **protocoles de coopération**. Concrètement, il s'agit d'une « répartition des tâches existantes dans une logique de substitution, et une répartition de nouvelles tâches dans une logique de diversification des activités ». Encadré sur le plan réglementaire par le Code de la Santé Publique (CSP), la « démarche de coopération a pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient »¹⁵. Cela ne signifie pas un transfert de compétences ou une délégation de tâches, mais une mise en commun et un accroissement de compétences pour une meilleure organisation de l'activité des professionnels.

¹² Larousse, définition de « Coopérer », (consulté le 05/02/2019) <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coop%C3%A9rer/19060?q=coop%C3%A9rer#18950>

¹³ Piquet A, Guide pratique du travail collaboratif, Brest 08/2009, https://www.a-brest.net/IMG/pdf/Guide_pratique_du_travail_collaboratif.pdf (consulté le 05/02/2019)

¹⁴ Haute Autorité de Santé, La lettre d'information de la HAS, numéro 12 – 05-06/2008, https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lettre_has_12_3.pdf (consulté le 05/02/2019)

¹⁵ Code de la santé publique, Article L4011-1, https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000028393846&idSectionTA=LEGISCTA0000208974_07&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190206 (consulté le 06/02/2019)

III. COLLABORATION :

Larousse : « COLLABORER (bas latin *collaborare*, travailler avec quelqu'un) : Travailler de concert avec quelqu'un d'autre, l'aider dans ses fonctions ; participer avec un ou plusieurs autres à une œuvre commune »¹⁶. *Collaborare*, de *co...* et *laborare*, travailler (labeur), « se donner de la peine ».

1) Travail collaboratif

Etymologiquement, on se rend bien compte que les deux termes « Coopérer » et « Collaborer » sont très proches. Cependant, comme l'explique Christine Gangloff-Ziegler « entre opération et labeur, la notion de collaboration révèle une implication plus forte par la peine à laquelle elle fait référence »¹⁷.

Selon Henri et Lundgren-Cayrol, dans le domaine de l'éducation, le travail collaboratif tend vers un but commun, mais il n'y a pas de répartition à priori des rôles des différents acteurs. Chaque membre travaille sur les différentes tâches.

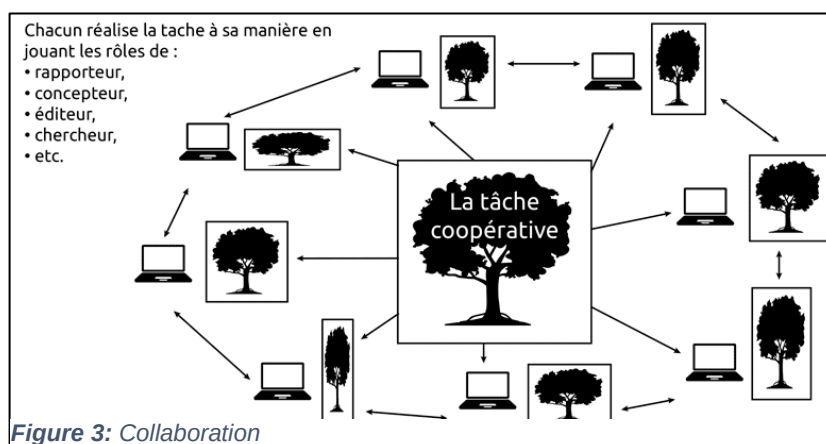


Figure 3: Collaboration

Dans cette approche collaboration, « il ne s'agit pas d'additionner les tâches réalisées par les uns et les autres selon sa spécialité (...) mais au contraire, de multiplier des interactions autour d'objectifs partagés pour construire ses connaissances.¹⁸ »

Il y a donc parallèlement une production individuelle et collective des intervenants pour un objectif commun. Hartono¹⁹ précise que ce processus qu'est la collaboration permet d'atteindre « des résultats au-delà de ce que la capacité des participants leur permet d'accomplir individuellement ».

¹⁶ Larousse, définition de « Collaborer », <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140?q=collaborer#17013> (consulté le 06/02/2019)

¹⁷ Gangloff-Ziegler C, « Les freins au travail collaboratif », *Marché et organisations* <https://www.cairn.info/revue-marche-et-organisations-2009-3-page-95.htm> (consulté le 06/02/2019), page 95

¹⁸ Coutant C, Caillet C, Hyper Articles en Ligne (HAL), *Coopération vs collaboration dans les classes virtuelles*, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01186384/document> (consulté le 06/02/2019)

¹⁹ Hartono, E. (2004). Knowledge, technology and inter-firm collaboration: a model and empirical study of collaborative commerce.

2) Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative

La collaboration interprofessionnelle se définit comme « un lieu de structuration d'une action collective qui réunit des membres d'au moins deux groupes de professionnels autour d'un but commun, à travers un processus de communication, de décision, d'intervention et d'apprentissage. Ce processus s'établit dans un environnement dynamique, évolutif et complexe. »²⁰

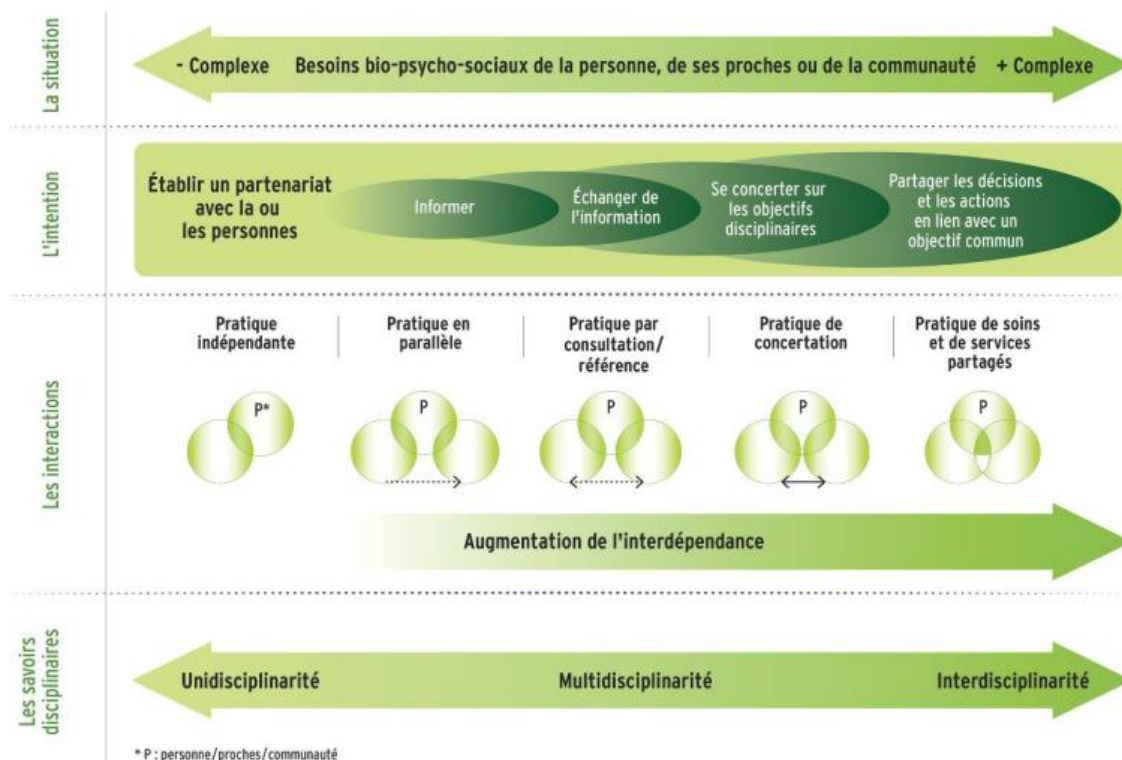


Figure 4: Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelles en santé et services sociaux

Les quatre axes i.e la **situation**, l'**intention**, les **interactions** et les **savoirs disciplinaires** composent le continuum des pratiques de collaboration et sont étroitement liés. Le premier axe, la situation, correspond aux besoins bio-psycho-sociaux de la personne, et impacte les trois autres axes. La situation est plus ou moins complexe, non pas par la complexité de la pathologie en elle-même, mais par la complexité des besoins de la personne. En effet, selon le guide explicatif de ce continuum²¹ « l'intention de collaboration et le besoin d'associer les savoirs disciplinaires pour répondre aux besoins de la personne, de ses proches ou de la communauté de façon adaptée dépendent de la complexité de la situation. (...) Dans ce sens, le continuum invite les professionnels à adapter leur processus

²⁰ Regroupement des intervenants francophones en santé et services sociocommunitaires de l'Ontario (RIFSSSO), Canada (Ontario), *La collaboration interprofessionnelle*, 2013 <http://www.rifssso.ca/wp-content/uploads/2013/08/La-collaboration-interprofessionnelle-module-dinformation-.pdf> (consulté le 03/04/2019)

²¹ Careau, E., Brière, N., Houle, N., Dumont, S., Maziade, J., Paré, L., Desaulniers, M., Museux, A.-C. (2014). Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif. Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CONTINUUM_v15_web_1_.pdf (consulté le 03/04/2019)

interactionnel de collaboration selon la situation vécue par la personne, ses proches ou la communauté. »²¹

Même si les bienfaits de la collaboration interprofessionnelle ont été démontrés, cela nécessite la mise en place de **six compétences spécifiques**.

Celles-ci ont été décrites dans le Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en Santé (CPIS) en 2010²² : deux domaines, la **communication interprofessionnelle** et les **soins et services centrés sur la personne**, ses proches et la communauté, soutiennent les quatre autres domaines de compétences :

- **La clarification des rôles**
- **Le travail d'équipe**
- **Le leadership collaboratif**
- **La résolution de conflits interprofessionnels**

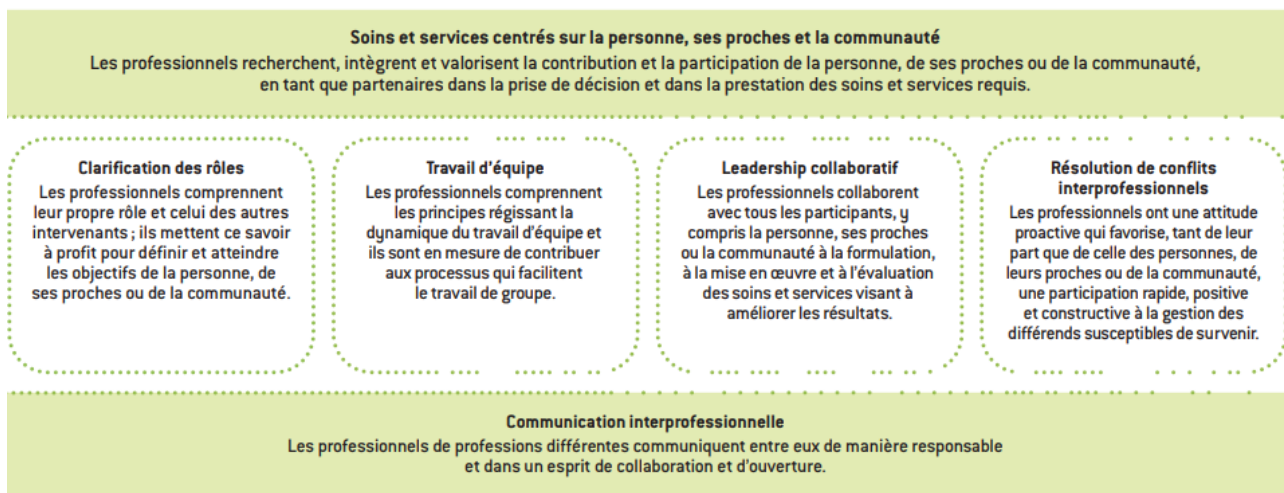


Figure 5: Les six domaines de compétences selon le référentiel national du CPIS (Adaptation du référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme)

Trois considérations influencent la mise en œuvre des compétences :

- **La complexité des besoins de la personne**
- **Aspects contextuels, le contexte de pratique**
- **Amélioration de la qualité**

²² Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en Santé (CPIS), *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme*, Février 2010, http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf (consulté le 03/04/2019)

3) Le modèle de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient

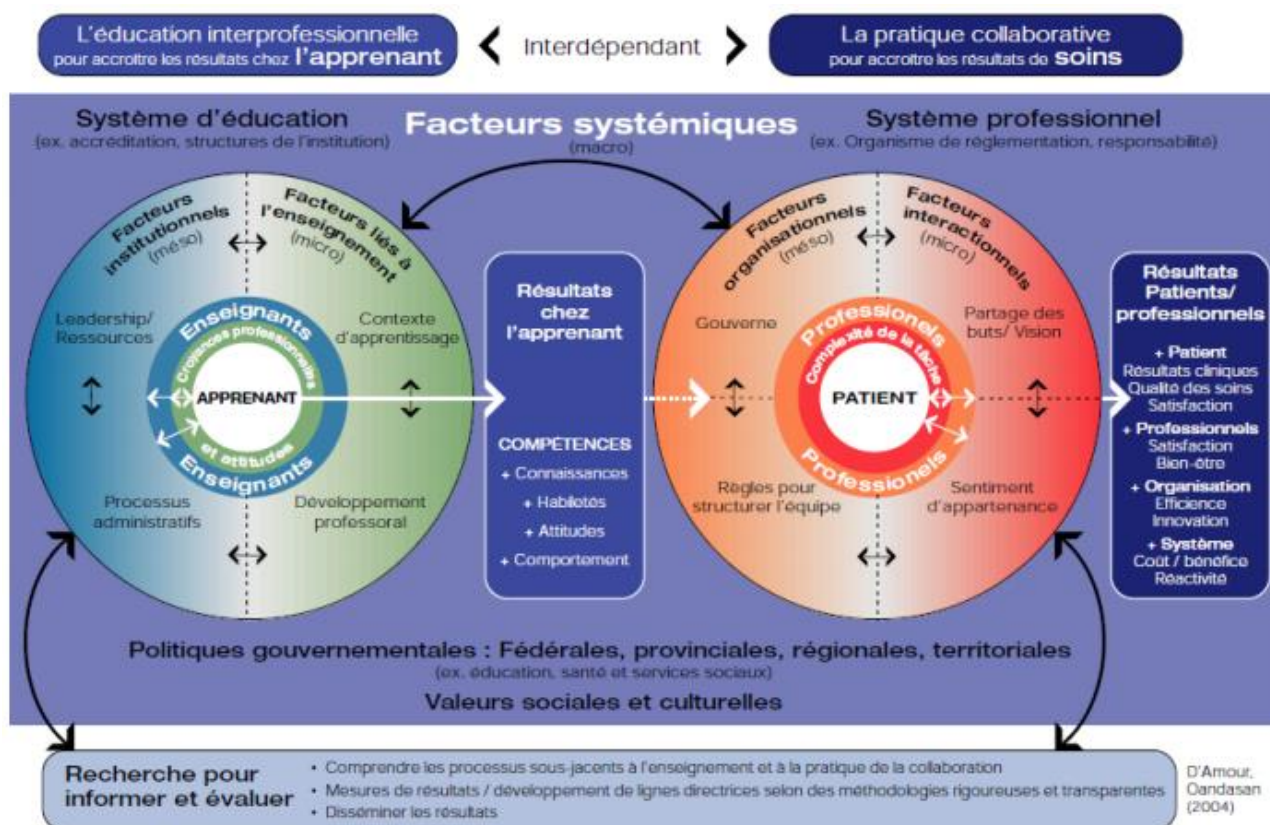


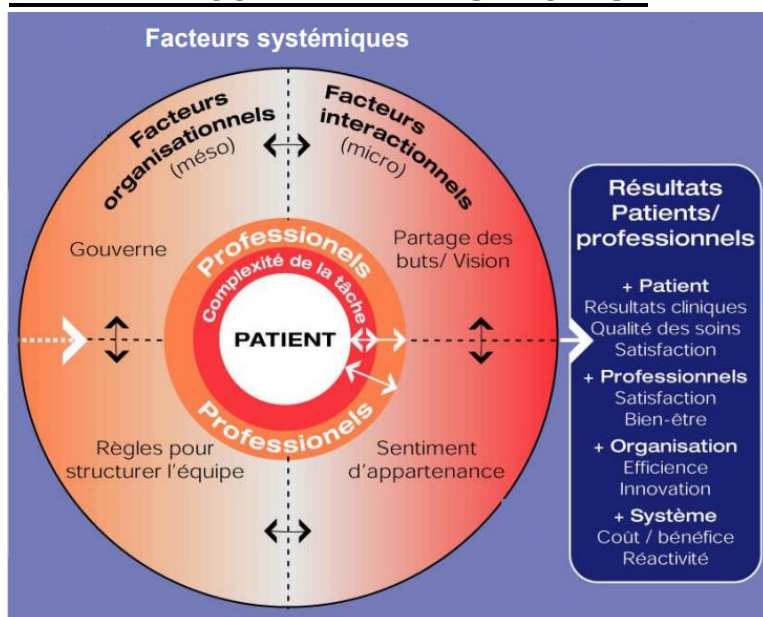
Figure 6: Modèle de formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FICCP), D'Amour et Oandasan (2004)

Le modèle de Formation Interdisciplinaire pour une pratique en Collaboration Centrée sur le Patient (FICCP) met en lumière l'interdépendance entre le « système d'éducation » c'est-à-dire la **formation interprofessionnelle** reçue, et le « système professionnel », c'est-à-dire la **pratique collaborative**. Il met en évidence « les facteurs micro (d'interaction), méso (organisationnel) et macro (systémiques) qui affectent d'une part, les opportunités d'apprentissage des professionnels de santé à devenir des praticiens collaborateurs compétents et d'autre part, qui affectent les résultats de santé découlant de la pratique en collaboration »²³.

Dans ce modèle, le patient est au cœur du processus de collaboration, et les résultats qui en découlent sont : « l'amélioration des résultats de santé du patient, la satisfaction et le bien-être des patients, et les avantages pour l'organisation et le système de santé en général »²³.

²³ Michèle Kosremelli Asmar, Frédéric Wacheux. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire. Université Saint-Joseph. Conférence Internationale en Management, Feb 2007, Beyrouth, Liban. pp.57-75, 2007. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00170357/document> (consulté le 03/04/2019)

PATIENT ET COMPLEXITE DES TÂCHES :



Les patients sont le centre de la collaboration, et la complexité de leurs besoins impacte la composition de l'équipe de professionnels. « Les patients sont en même temps des membres actifs de l'équipe et les bénéficiaires des soins de l'équipe »²³.

Figure 7: Les éléments influençant le développement et le maintien d'une collaboration entre professionnels

FACTEURS SYSTE- MIQUES	FACTEURS ORGANISA- TIONNELS (méso)	FACTEURS INTERAC- TIONNELS (micro)
Composantes des systèmes : - social - culturel - professionnel - éducationnel	- Structure organisationnelle - Philosophie de l'organisation - Soutien administratif - Ressources de l'équipe - Coordination et mécanismes de communication	- Intérêt pour la collaboration, engagement - Confiance entre les membres - Communication - Connaissance - Respect mutuel

IV. SYNTHESE DES CONCEPTS

La distinction entre les concepts réside dans les différences des relations des individus avec le groupe, leur responsabilité concernant l'action, et le mode de répartition du travail.

Le tableau²⁴ ci-dessous a pour vocation de faire une synthèse des notions sollicitées :

²⁴ Galvez N, La revue des territoires innovants, Biens communs, collaboration et communication, Janvier 2018, *Collaboration, coopération, quels concepts derrière les mots ?*, page 7 (consulté le 09/02/2019)

	COORDONNER	COOPERER	COLLABORER
TRAVAIL	• articulation entre différentes tâches et personnes • organisation • anticipation • planification • but = résultat, objectif commun • recherche de cohérence > cohésion	• Division / Partage des tâches • Travail = addition et coordination des contributions individuelles • Importance du processus de réalisation • Responsabilité individuelle des acteurs engagée sur la tâche à effectuer • Rapports verticaux	• Pas de division de tâches • Production individuelle + collective en parallèle • Travail = coordination et ajustements mutuels à chaque étape • Importance du résultat maximisé grâce à l'intelligence collective et engagement mutuel (résultat collectif > $\sum$ résultats individuels) • Responsabilité commune • Rapports d'horizontalité et d'égalité entre les individus
SANTÉ	• 3 niveaux de coordination • Logique / organisation • Centrée sur la personne • Transversalité • Facilitation • Partage	• Partage des rôles entre médecins et autres professionnels de santé • Protocoles de coopération • Logique de substitution + diversification des activités • Transferts d'activités / actes de soins • Accroissement de compétences • Meilleures organisation de l'activité des professionnels	• Continuum de pratiques collaboratives • 6 compétences spécifiques à acquérir • La formation interprofessionnelle pour une pratique collaborative centrée sur le patient • Facteurs systémiques, organisationnels et interactionnels influençant la collaboration.

Tableau 1: Synthèse des concepts

En résumé selon Sophie Fantoni-Quinton et Jean-Marc Soulat, « *Coordonner* c'est organiser, *Coopérer* c'est se rallier à une œuvre commune, *Collaborer* c'est travailler ensemble en apporter des compétences et expertises pour un objectif commun ». ²⁵

Finalement, « coopérer » n'est pas toujours une garantie à l'implication de tous les acteurs dans le projet ; « l'égalité entre les individus ne se décrète pas du moment où l'on souhaite mettre en place un cadre de travail collaboratif » ²⁴. Comme a pu l'évoquer Laetitia Roux lors de son intervention ²⁶, pour engager les acteurs dans un projet commun, il faut deux éléments : la **motivation** (intrinsèque) et l'**implication** (extérieur).

²⁵ Pr. Fantoni-Quinton S et Pr. Soulat JM, « Session 2 : Du protocole à l'action construite et coordonnée, animation et coordination de l'équipe pluridisciplinaire », *Présanse : Prévention et Santé au Travail*, Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome VII – 2017, http://www.presanse.fr/wpFichiers/1/1/Ressources/File/JST/JST_2017/session2/A_S2_0.pdf (consulté le 06/02/2019)

²⁶ Laetitia Roux, *Bien communiquer pour engager*, 26/02/2019, Intervention en M2 Coordination des trajectoires de santé (consulté le 06/03/2019)

Méthodologie de la recherche

Rappel de la question de recherche : « *En quoi la liaison au sein du CH par l'infirmière coordinatrice de l'HAD améliore-t-elle la collaboration et la coordination HAD-CH au service du patient ?* ».

Nous formulons l'hypothèse suivante : **l'étude de l'impact de la mise en place du dispositif de liaison** permettra d'apporter des éléments de réponse à cette question.

1) Etat des lieux

La première étape de ma mission en lien avec la liaison (et donc de ce travail de recherche) a été l'élaboration de la **cartographie du territoire de l'HAD de Calais – St Omer**. Le but de cette analyse est de faire l'état des lieux et d'identifier les leviers de développement d'activité et marges de progression.

Cette analyse se découpe en plusieurs parties :

- **La démographie médicale et le recours à l'HAD :**

- Le recours à l'HAD (national et régional) et le territoire d'intervention des HAD Calais – St Omer
- Les ES du territoire, ES prescripteurs, l'intervention de l'HAD en Etablissements Sociaux et Médico-Sociaux (ESMS)
- Les professionnels de santé au niveau département, sur le territoire Calais – St Omer, les médecins généralistes du territoire, les médecins ayant fait appel à l'HAD.

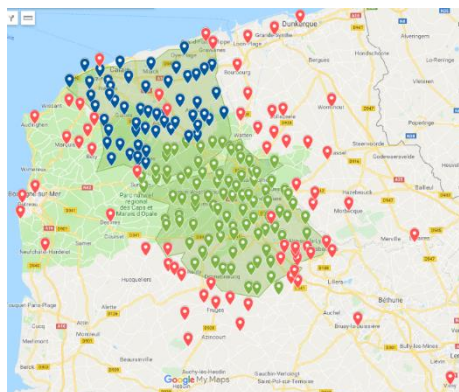
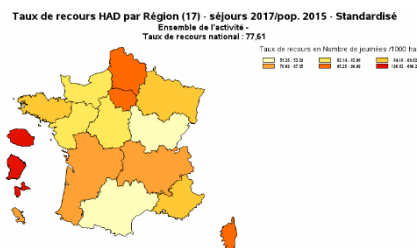
- **Analyse de l'activité 2017²⁷ :**

- Indicateurs de l'ES vers HAD (performance HAD, CH faisant appels à l'HAD, groupements de patients, motifs de prise en charge principaux)
- Indicateurs de l'HAD vers l'ES (HAD faisant appels aux CH, groupements de patients, motifs de prise en charge principaux)

²⁷ Source : PMSI HAD – Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), Insee – Exploitation OR2S : <https://www.scansante.fr/applications/flux-entre-etablissements-orfee> (consulté en décembre 2018)

Les principaux constats de cette cartographie sont les suivants :

- Le taux de recours à l'HAD dans la région en 2017 est nettement plus important que la moyenne nationale (+22%)²⁷



- Le territoire d'intervention de l'HAD de Calais - St-Omer comporte 144 communes.

Légende :

- Intervention de l'HAD de St Omer : 
- Intervention de l'HAD de Calais : 
- Nouvelles interventions : 

- Parmi les CH présents sur le territoire de St-Omer, une très faible minorité a fait appel à l'HAD en 2017 et 2018. En 2017²⁷, les ES qui transfèrent des patients vers l'HAD sont principalement le CHRSO (35% des demandes) puis les CH de Calais et Boulogne. Les transferts des patients en HAD vers les ES s'effectuent principalement avec les CH de St-Omer, Calais et Lille.
- En 2017 ou 2018, plus de 30 ES de la région ont fait au moins une demande de prise en charge à l'HAD de Calais - St Omer. Les ES qui ont fait une demande en 2017 et 2018 sont au nombre de 24.
- En 2017 et 2018, l'HAD de Calais – St-Omer est intervenue dans 11 EHPAD du territoire, ce pourcentage d'intervention en ESMS est inférieur à la médiane nationale.
- Concernant les professionnels de santé : au niveau départemental au 1^{er} janvier 2016 la région Hauts de France affiche une densité de médecins généralistes proche de la moyenne nationale, tandis que la densité des autres professionnels de santé exerçant en libéral est inférieure à la moyenne nationale. Le constat est identique sur le territoire de Calais – St-Omer où la densité des professionnels de proximité est inférieure à la moyenne nationale.
- Malgré la densité de médecins généralistes sur le territoire de Calais – St-Omer, une minorité travaille avec l'HAD.

- Les principaux modes de prise en charge des patients transférés des CH vers l'HAD sont les soins palliatifs, les pansements complexes, les traitements par voie veineuse.

Ces principaux constats ont permis de comprendre la réalité du territoire et les problématiques actuelles, et déceler les leviers d'actions. Pour l'HAD de St-Omer, l'intérêt d'une liaison avec l'hôpital de St-Omer principal prescripteur paraît prendre pleinement sens.

Ce constat permet aussi de se projeter vers un approfondissement de la collaboration avec d'autres acteurs, les hôpitaux et cliniques avec qui l'HAD est amenée à collaborer, les EHPAD ; mais aussi les professionnels de santé libéraux.

2) La fiche projet

En parallèle de l'accompagnement sur le terrain des Infirmiers Coordinateurs de Liaison (IDECO) au sein des CH, une **fiche projet** a été conçue afin d'inscrire le projet dans le contexte, de fixer les objectifs, le rôle et les missions de l'IDECO, d'évaluer les ressources et les contraintes, de construire des outils d'aide au déploiement et au suivi de la liaison, et de fixer les indicateurs de résultats. Cette fiche m'a été très utile pour le suivi et le déploiement de la liaison ; c'est un élément permettant de cadrer le projet, de le définir précisément.

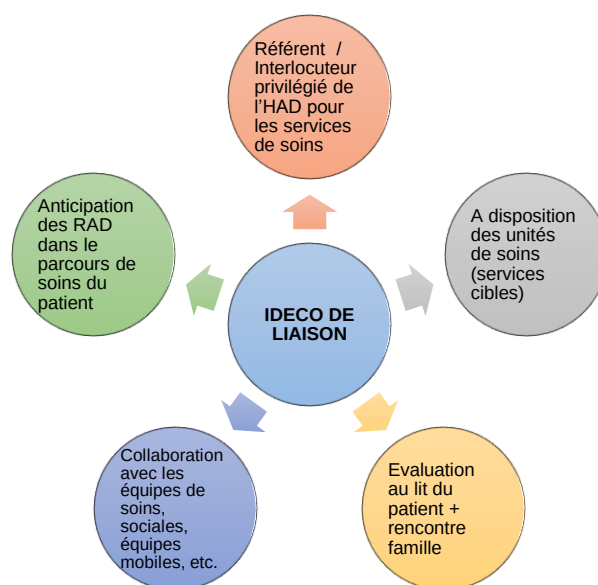


Figure 8: Rôles de l'IDECO de liaison

Le contexte de ce projet s'inscrit dans la continuité d'une formation reçue en décembre 2018 et intitulée « Communiquer auprès des prescripteurs ». Cette formation nous a transmis les clés et les outils pour mener à bien ce travail de collaboration avec les prescripteurs en vue de pérenniser le partenariat.

Missions de l'IDECO de liaison :

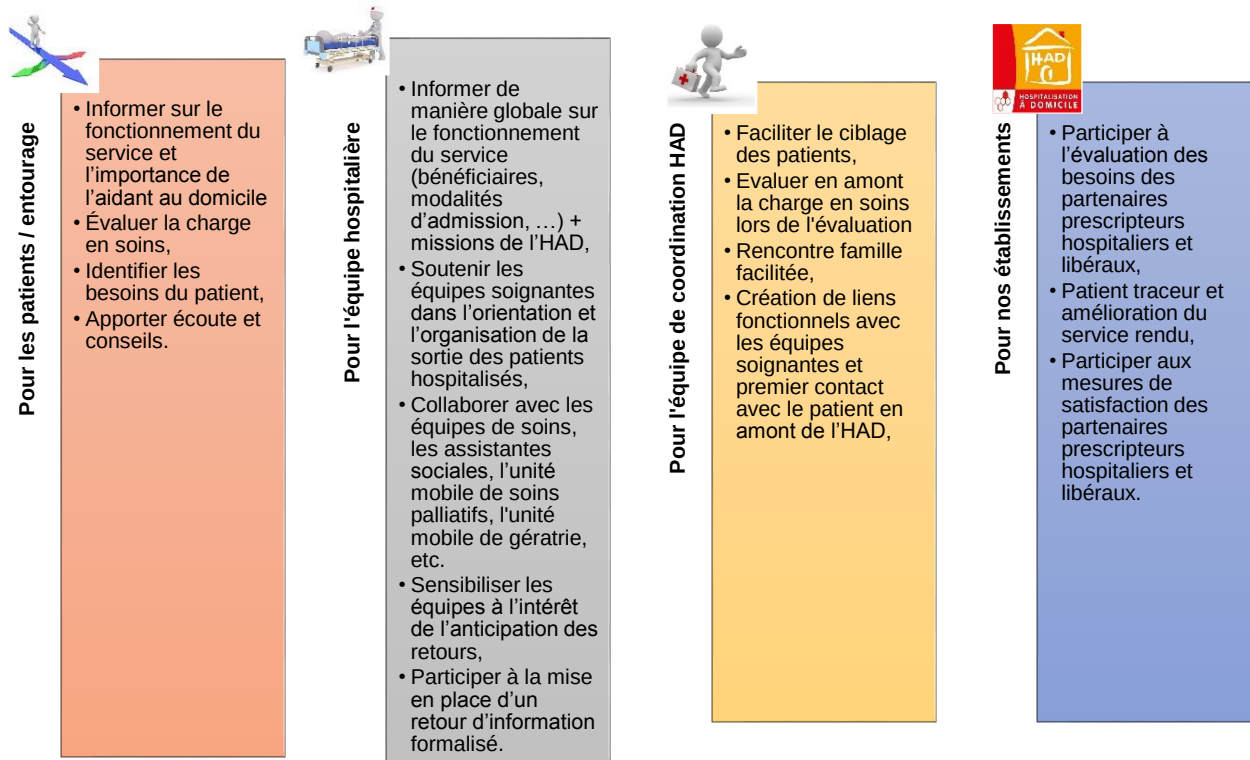


Figure 9: Missions de l'IDECO de liaison

3 outils de gestion de projet ont été construits :

- **La bête à cornes** (ANNEXE II) : formuler le projet. Son objectif est de cadrer le contexte dans lequel le projet voit le jour. Cet outil s'interroge sur le pourquoi du projet. Il doit permettre de préciser le périmètre du projet.
- **L'arbre à objectifs** (ANNEXE III): déterminer l'objectif général du projet. Cet objectif est ensuite décliné en objectifs secondaires puis en objectifs opérationnels, afin de fixer un cadre pour l'exécution du projet.
- **Le diagramme de Gantt** (ANNEXE IV): permet de visualiser les différentes tâches à effectuer et les échéances à respecter.

Les indicateurs de résultats :

- **Indicateurs de partenariat CH – HAD**

Les indicateurs de partenariat sont des données **quantitatives**. Elles concernent le nombre de demandes de prise en charge HAD, le nombre de demandes abouties, le nombre de demandes par patients, etc. Ce sont les données extraites du logiciel métier Athome.

Elles sont recueillies à un an avant la mise en place de la liaison, et un an durant la liaison afin de pouvoir comparer les données depuis la mise en place du dispositif.

- **Indicateurs de liaison**

Les indicateurs de liaison sont de deux types, recueillis dans deux tableaux de bords (ANNEXE V):

- **Quantitatifs** : Le premier tableau cherche à recueillir des données en terme de **type de demande** de prise en soin HAD, **réactivité** de l'HAD face à la demande, et **durée moyenne de séjour** des hôpitaux (tous services confondus).
- **Qualitatifs** : Le deuxième tableau vise à recueillir des données qualitatives sur le **reporting** des IDECO de liaison : personnel de l'hôpital rencontré lors des passages dans les services hospitaliers, informations recueillies, éventuelles difficultés, développement potentiel d'indication HAD, cibles / actions / résultats, et le suivi du projet. Ce tableau indique également si l'IDECO a eu la notion de concurrence de l'HAD vis-à-vis d'un prestataire. Globalement, il permet d'illustrer le rôle de l'IDECO de liaison sur le terrain, en relatant les principaux échanges avec les prescripteurs du CH. Au-delà des indicateurs chiffrés, il permet de mettre en lumière le travail des IDECO de liaison.

- **Entretiens auprès des prescripteurs :**

La démarche d'entretiens auprès des prescripteurs peut avoir lieu à plusieurs moments du projet : soit avant la mise en place de la liaison (besoins et attentes), soit en bilan après quelques mois de liaison (satisfaction et attentes).

Dans tous les cas, dans un souci de pérennisation de la collaboration, ces entretiens seront à mener de manière **annuelle** ou **tous les deux ans** avec les prescripteurs.

On entend la notion de « prescripteurs » au sens large, c'est-à-dire toute personne susceptible de faire une demande de prise en charge ou d'avis HAD : Médecin, cadre de santé, assistante sociale principalement.

Des grilles d'analyse d'entretiens permettent de structurer les échanges, elles sont à destination des prescripteurs actuels avec qui l'HAD collabore déjà, ainsi que des prescripteurs potentiels.

Différents éléments sont retrouvés sur cette grille (ANNEXE VI) :

- Le profil des patients
- Des éléments d'organisation du service, d'habitudes (qui prescrit, etc.)
- La perception positive (avantage), négative (frein) de l'HAD et de la liaison, ainsi que les attentes
- Les pratiques actuelles dans l'orientation des patients (appel aux prestataires, etc.)

- La satisfaction sur le partenariat avec 12 items
- Des indicateurs de **connaissance** de l'HAD en général, niveau de **technicité** du service, **maturité, faisabilité**.
- Les **pathologies du service** prises en charge en HAD avec le nombre de patients pour l'année écoulée, et le **projet** pour l'année à venir.

La grille d'entretien permet la construction d'une **matrice** ; appelée matrice TMFP (Technicité / Maturité / Faisabilité/ nombre de Patients potentiels) qui permet d'ajuster et d'orienter la liaison vers des services cibles. Cette matrice permet de définir une **orientation stratégique de l'HAD** avec une possibilité d'orientation de la liaison vers des services cibles.

Les résultats se présentent de manière suivante :

→ Un onglet par entretien :

- graphique reprenant le niveau de satisfaction
- les indicateurs pour construire la matrice TMFP
- les avantages et les freins de l'HAD / déploiement de la liaison
- les objectifs / projet pour 2019; concernant le service

→ Un onglet de synthèse :

- reprenant la matrice TMFP globale
- incluant 3 onglets zoomés de la TMFP globale.

- **Patient(s) traceur(s) :**

La méthode du patient traceur est inscrite dans la démarche qualité des établissements de santé. Elle analyse de manière rétrospective le parcours du patient à toutes les étapes de son parcours de soin (de l'amont à l'aval de l'hospitalisation). Elle prend en compte l'expérience du patient et permet de réunir les professionnels intervenant dans le parcours, favorisant ainsi les échanges et la communication. Le patient traceur est donc une autre méthode pour évaluer l'ensemble du processus de prise en charge du patient, les interfaces entre les secteurs et la collaboration interprofessionnelle et interdisciplinaire. Cet outil est utilisé par le biais de réunions dédiées, dont le déroulement est assuré par un binôme ayant reçu une formation spécifique.

- **Entretiens patients**

Il m'a semblé important de recueillir et d'intégrer à cette recherche le point de vue du patient sur le dispositif de liaison. C'est ainsi qu'a émergé l'idée de rencontres auprès de patients ayant bénéficié de la liaison, afin d'obtenir grâce à quelques questions leur avis et remarques sur le dispositif.

Les entretiens reposent sur une **grille d'entretien** (ANNEXE VII). L'échange commence par une explication du contexte, de la mise en place de la liaison depuis un an, et évoque le but de la rencontre. Les premières questions apparaissent sur cette grille comme étant des questions fermées, mais en réalité ce n'est pas un questionnaire qui est complété par le patient. Il s'agit ici **d'entretiens semi-directifs** enregistrés sur accord du patient, et entièrement retranscrits. Les questions sont un guide pour aborder les différents éléments importants en lien avec la liaison, à savoir **l'information**, **l'accord du patient** sur son projet de sortie, la **satisfaction globale** sur la liaison et l'organisation de son parcours de soins de la ville vers l'HAD.

Les résultats prennent en compte à la fois les réponses « brutes » apportées aux questions posées, mais également l'analyse du contenu de l'entretien (« analyse de fond »). Cette dernière analyse s'effectue après retranscription des entretiens grâce au **logiciel «QDA miner** ». Ce logiciel nous a été présenté par P. Antoine lors de son cours en Master 1 sur la mise en œuvre d'une action de recherche²⁸. Il s'agit d'un logiciel d'analyse de données qualitatives. A la suite de la retranscription des entretiens, on réalise un **codage** dont la construction est commune à l'ensemble des entretiens. Le codage permet d'étiqueter une variable, un concept, une valeur. L'intérêt est ensuite de pouvoir analyser les différents codages et de mettre en lumière les avis des patients, qu'ils soient convergents ou spécifiques.

Schématisation des indicateurs de résultats :

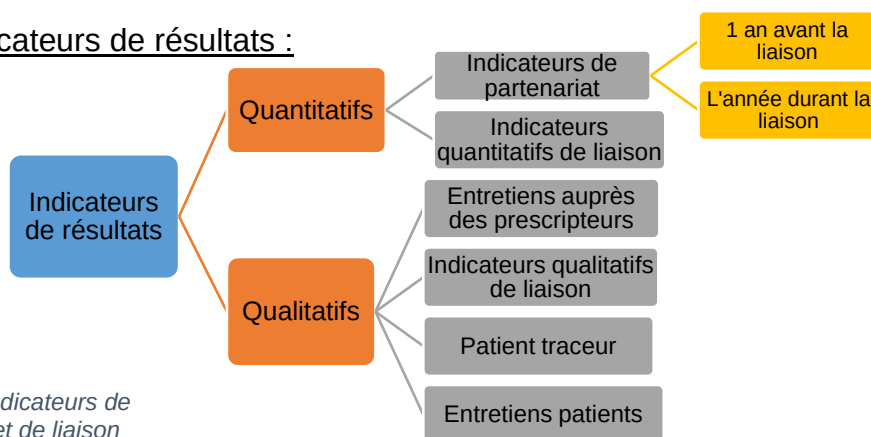


Figure 10: Les indicateurs de résultats du projet de liaison

²⁸ Pascal Antoine. Panorama des différentes stratégies de recherche, UE-E4 mise en œuvre d'une action de recherche et de recherche-action, Mai 2018

3) Déploiement du projet : méthodologie

Comme évoqué précédemment, différents indicateurs de résultats sont recherchés afin de mesurer l'impact du dispositif de liaison, qu'ils soient quantitatifs ou qualitatifs.

La méthodologie de recueil de ces indicateurs a suivi les échéances prévues par le diagramme de Gantt.

- **Mesures de l'impact du dispositif de liaison : indicateurs quantitatifs**

Ces indicateurs englobent les indicateurs de **partenariat CH – HAD**, ainsi que les indicateurs **quantitatifs recueillis lors des liaisons** :

- Afin de mesurer l'impact du dispositif de liaison dans le partenariat entre le CHRSO et l'HAD, les indicateurs sont recherchés à deux moments clés : un an avant la liaison (de mars 2017 à mars 2018), et après un an de liaison (de mars 2018 à mars 2019).

Extraites du logiciel métier Athome, un travail en collaboration avec le service de contrôle de gestion a été effectué en deux temps en février et mai 2019. La première rencontre du 22 février a permis la constitution du fichier Excel afin de procéder au recueil des différents éléments. La deuxième rencontre du 06 mai a permis la finalisation du recueil de données à un an de liaison. L'analyse de ces indicateurs s'est déroulée dans la foulée afin de permettre la communication des éléments lors de la réunion de bilan avec le CH le 23 mai 2019.

- Le recueil des indicateurs quantitatifs de liaison s'effectue pendant ou après chaque liaison par l'infirmière coordinatrice ou la chargée de mission. A St-Omer, le fichier Excel est donc alimenté 2 fois par semaine (les lundis et jeudis).

L'analyse de ces indicateurs se fait trimestriellement par la chargée de mission.

Au début de la liaison sur le site de St-Omer, les versions des tableaux de bords ne permettaient pas un recueil exhaustif des indicateurs. Plusieurs versions ont été travaillées avant la mise en place du tableau de bord définitif en octobre 2018.

Ainsi ; lors du bilan à un an de liaison avec le CH de St-Omer, il a été impossible de fournir des éléments précis de liaison sur une année entière, mais le choix a été fait de montrer les résultats du dernier trimestre 2018 ainsi que le premier trimestre 2019.

- **Mesures de l'impact du dispositif de liaison : indicateurs qualitatifs**

Ces indicateurs englobent les entretiens auprès des **prescripteurs**, les indicateurs **qualitatifs recueillis lors des liaisons**, le **patient traceur**, et les entretiens auprès des **patients**.

- Les entretiens auprès des 13 prescripteurs ont été menés de décembre 2018 à mars 2019. Les prescripteurs interrogés étaient pour la très grande majorité les cadres de santé des services. Certains entretiens ont pu intégrer des médecins ou assistantes sociales.

Les entretiens menés en binôme par l'infirmière coordinatrice de liaison et la chargée de mission s'appuient sur les grilles d'entretien. La grille « prescripteur actuel » est utilisée si le service a l'habitude de travailler avec l'HAD ; s'il n'y a pas de sollicitations, on préfère la grille « prescripteur potentiel ». Le choix est fait de ne pas enregistrer les entretiens afin d'être dans une démarche de communication entre professionnels, et non dans une méthodologie de recherche et d'analyse d'entretiens semi-directifs.

Les entretiens (sous forme de la grille complétée) sont ensuite transmis par mail à la contrôleuse de gestion qui peut alimenter le document Excel synthétisant l'ensemble des données

L'analyse de ses données s'est déroulée en 2 temps : la première évaluation consistait en une synthèse succincte de la satisfaction globale de l'ensemble des services, afin de communiquer les résultats lors de la réunion de synthèse au CH. La deuxième évaluation a eu lieu début juillet en équipe « COPIL » comprenant la responsable de territoire, l'infirmière coordinatrice de liaison, la chargée de mission ainsi que l'assistante sociale de l'HAD, et visait à établir le plan d'actions découlant des différents entretiens.

Le plan d'actions se présente sous la forme d'un tableau Excel, et vise à classer les initiatives ou actions les plus importantes pour répondre à l'objectif. Dans le cas présent, l'objectif est de pérenniser la liaison et le partenariat avec le CH de St-Omer. Les actions visent à répondre aux différentes problématiques ayant été soulevées par les prescripteurs lors des entretiens, et à orienter la liaison selon les priorités identifiées. Le plan d'action structure et oriente le projet.

- Les indicateurs qualitatifs recueillis lors de la liaison démontrent la richesse de la liaison de par les échanges et les contacts divers avec les professionnels. Si des problématiques sont relevées lors des liaisons, elles sont alors remontées vers la responsable de territoire afin d'apporter une réponse rapide. Ces indicateurs qualitatifs entrent dans

l'évaluation trimestrielle des indicateurs de liaison, avec par exemple un regard sur les professionnels rencontrés et leur fréquence, ou encore les services visités.

- La volonté de l'HAD de St-Omer est d'organiser un patient traceur commun avec l'hôpital, avec la possibilité d'inclure également les professionnels de ville (notamment le médecin traitant), pour un patient ayant bénéficié de la liaison. Ceci permet de renforcer la collaboration autour d'une prise en charge commune, et de prendre du recul sur le parcours du patient afin de renforcer et d'améliorer le partenariat. Le patient traceur permet également de donner la parole au patient, et de lui laisser la possibilité d'exprimer son expérience. Plusieurs formations concernant cette démarche de patient traceur ont lieu à la Mutualité Française Aisne Nord-Pas-de-Calais-SSAM, la dernière en date étant le 6 et 7 juin 2019. Il a donc été décidé d'attendre cette formation afin qu'un maximum de personnels soignant de l'HAD puisse en bénéficier, et de programmer un patient commun avec le CHRSO à la suite de cet apport de formation courant juillet 2019. Cette démarche a été retardée et décalée à la suite des vacances estivales, courant septembre 2019. Les éléments ressortant de cette démarche ne pourront ainsi figurer dans ce travail de fin d'études.
- La décision de report du patient traceur datant de mi-juin 2019 a fait suite à la construction d'une grille d'entretien à destination des patients interrogés. Suite à la validation de cette grille, une sélection de patients a lieu avec l'infirmière coordinatrice :
 - Patients ayant été si possible rencontrés par la chargée de mission : cela permet lors de la rencontre pour l'entretien semi-directif d'avoir eu un premier contact en amont et de favoriser l'échange.
 - Patients ou entourage en capacité de communiquer : si le patient n'est pas en capacité de donner son avis, la satisfaction de l'entourage est recherchée.
 - Contexte favorable à un entretien : en cas de décès ou de situations difficiles pour le patient ou l'entourage, les entretiens ne semblent pas appropriés.
 - Patients ayant bénéficié récemment de la liaison, étant encore pris en charge en HAD ou non : la limite de temps est essentielle pour que l'avis et la satisfaction du patient soient au plus proche du vécu.

Les entretiens se sont déroulés sur la période du 27 juin au 11 juillet auprès de 6 patients ou proches-aidants. La retranscription est effectuée au fur et à mesure des rencontres. L'analyse des entretiens est effectuée à la fin des rencontres et jusque fin juillet.

Résultats

1) Résultats quantitatifs

INDICATEURS DE PARTENARIAT

Indicateurs un an avant la liaison (mars 2017 – mars 2018)

Les indicateurs de partenariat sont extraits du logiciel métier Athome et correspondent à des données recueillies sur la période du **22/03/2017 au 21/03/2018**. Elles englobent donc les journées de liaison des lundis et jeudis. Comme évoqué précédemment, les données concernent le nombre de demandes de prise en charge HAD, de demandes abouties, et demandes par patients.

	Nb de ddes reçues	Nb de ddes acceptées	Patients différents	Nb de dde / patient	Taux admis- sion
Service prescripteur					
Amandée (USP)	12	8	6	1,3	67%
Cardiologie	2	1	1	1,0	50%
Chirurgie	1	1	1	1,0	100%
Chirurgie viscérale	15	14	12	1,2	93%
Equipe Mobile Soins Palliatifs (EMSP)	7	4	4	1,0	57%
Maladies de l'Appareil Respiratoire	2	2	1	2,0	100%
Médecine Gériatrique	32	23	19	1,2	72%
Médecine Interne Diabétologie Endocrino	12	7	3	2,3	58%
Oncologie	33	25	18	1,4	76%
Orthopédie-Traumatologie-Arthroscopie	8	5	5	1,0	63%
Oto Rhino Laryngologie	1	1	1	1,0	100%
Pédiatrie	7	7	2	3,5	100%
Pneumologie	15	12	5	2,4	80%
Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)	4	4	2	2,0	100%
Soins Palliatifs	11	7	6	1,2	64%
Urgences	3	2	2	1,0	67%
Total général	165	123	87	1,4	75%

Tableau 2: Indicateurs de partenariat avant la liaison

Ce tableau nous permet de repérer différents éléments :

- **Les principaux services prescripteurs** (ANNEXE VIII) pour lesquels il y a eu le plus de demandes de prise en charge HAD sont **l'oncologie**, la **médecine gériatrique**, puis la **pneumologie** et la **chirurgie viscérale**.

- **Le taux d'admission (acceptation des demandes de prise en charge par service) :** Plus le nombre de demandes est important, plus il est difficile d'obtenir un taux d'admission à 100%.

On remarque par exemple que le service de chirurgie viscérale a un taux d'admissions sur 15 demandes de 93% (seule 1 demande n'a pas aboutie). Le service de pneumologie réalise également un bon score avec 12 admissions sur 15 demandes, soit 80%.

A contrario, une marge de progression existe pour d'autres services tels que le service de médecine interne, où sur les 12 demandes seulement 7 ont abouti.

- **Le nombre de demandes par patient :** Lorsque ce nombre est égal à 1, cela signifie qu'une seule demande est effectuée par patient.

Par exemple, pour l'équipe mobile de soins palliatifs, il y eu 4 demandes de prise en charge HAD acceptées pour 4 patients différents (soit 1 demande par patient).

A contrario, si on observe le service de pédiatrie : il y a eu 7 demandes correspondant à 2 patients différents, soit 3.5 demandes par patient.

Indicateurs durant la première année de liaison (mars 2018 – mars 2019)

	Nb de ddes reçues	Nb de ddes acceptées	Patients différents	Nb de dde / patient	Taux ad- mission
Service prescripteur					
Amandée (Unité de Soins Palliatifs –USP-)	8	7	6	1,2	88%
Cardiologie	12	7	7	1,0	58%
Chirurgie viscérale	27	23	15	1,5	85%
Equipe Mobile Soins Palliatifs (EMSP)	23	19	16	1,2	83%
Gastro-Entérologie	2	2	2	1,0	100%
HPDD	2	1	1	1,0	50%
Médecine Gériatrique	37	26	22	1,2	70%
Médecine Interne Diabétologie Endocrino	23	18	12	1,5	78%
Médecine physique et de réadaptation	1	1	1	1,0	100%
Oncologie	40	32	22	1,5	80%
Orthopédie-Traumatologie-Arthroscopie	6	5	5	1,0	83%
Oto Rhino Laryngologie	2	2	2	1,0	100%
Pédiatrie	8	8	3	2,7	100%
Pneumologie	4	3	1	3,0	75%
Soins de Suite et de Réadaptation	8	8	4	2,0	100%
Soins de Suite Polyvalent	4	3	3	1,0	75%
Soins palliatifs	11	9	8	1,1	82%
Unité de Soins de longue durée	1	1	1	1,0	100%
Unité de Surveillance Continue	3	1	1	1,0	33%
Urgences	5	5	5	1,0	100%
Total général	227	181	134	1,4	80%

Tableau 3: Indicateurs de partenariat depuis la liaison

- **Les principaux services prescripteurs** (ANNEXE VIII) i.e ceux pour lesquels il y a eu le plus de demandes durant la première année de liaison (du 22 mars 2018 au 21 mars 2019) sont **l'oncologie**, la **médecine gériatrique**, et la **chirurgie viscérale**.

On peut mettre ces résultats en lien avec les résultats d'activité de l'HAD pour l'année 2018 (ANNEXE IX) et la répartition des entrées en HAD par services prescripteurs. Le premier prescripteur de l'HAD est le CHRSO avec 219 demandes pour l'année 2018, et les trois principaux services prescripteurs sont les mêmes que ceux de la liaison.

On peut identifier des différences avec l'état des lieux portant sur l'analyse de 2017 (page 17) : alors qu'en 2017 les hôpitaux prescripteurs étaient le CHRSO, le CH de Calais, et le CH de Boulogne, on voit qu'ici les principaux prescripteurs sont le CHRSO puis le CH de Lille, et enfin le CH de Calais. Ceci est un élément important à prendre en compte dans le contexte de déploiement de la liaison à Calais.

- **Le taux d'admission (acceptation des demandes de prise en charge par services)** : global de l'ensemble des services est de 80%. On peut donc dire que **dans l'ensemble les demandes de prises en charge en HAD aboutissent**.

On remarque par exemple que les services de pédiatrie et de soins de suite et de réadaptation ont tous les deux un taux d'admission de 100% sur 8 demandes.

En revanche, les indicateurs sont moins bons pour les services de cardiologie, médecine gériatrique et unité de surveillance continue. Ces services constituent des services cibles où une marge de progression est possible.

- **Le nombre de demandes par patient** : On observe de très bons indicateurs (avec des taux proches d'une demande par patient) pour les services tels que la médecine gériatrique, l'oncologie, la chirurgie viscérale, ou encore l'équipe mobile de soins palliatifs, alors que ces services adressent beaucoup de demandes. D'autres services ont des taux moins bons avec plusieurs demandes de prise en charge pour les mêmes patients : il s'agit principalement de la pédiatrie, la pneumologie et les soins de suite et de réadaptation.

Cet indicateur est primordial pour affiner l'analyse, car même si le taux d'admission est excellent pour les soins de suites et réadaptation, une nuance est à apporter car ces 8 admissions correspondent à 4 patients différents (il y a eu en moyenne 2 demandes / patients).

Indicateurs combinés :

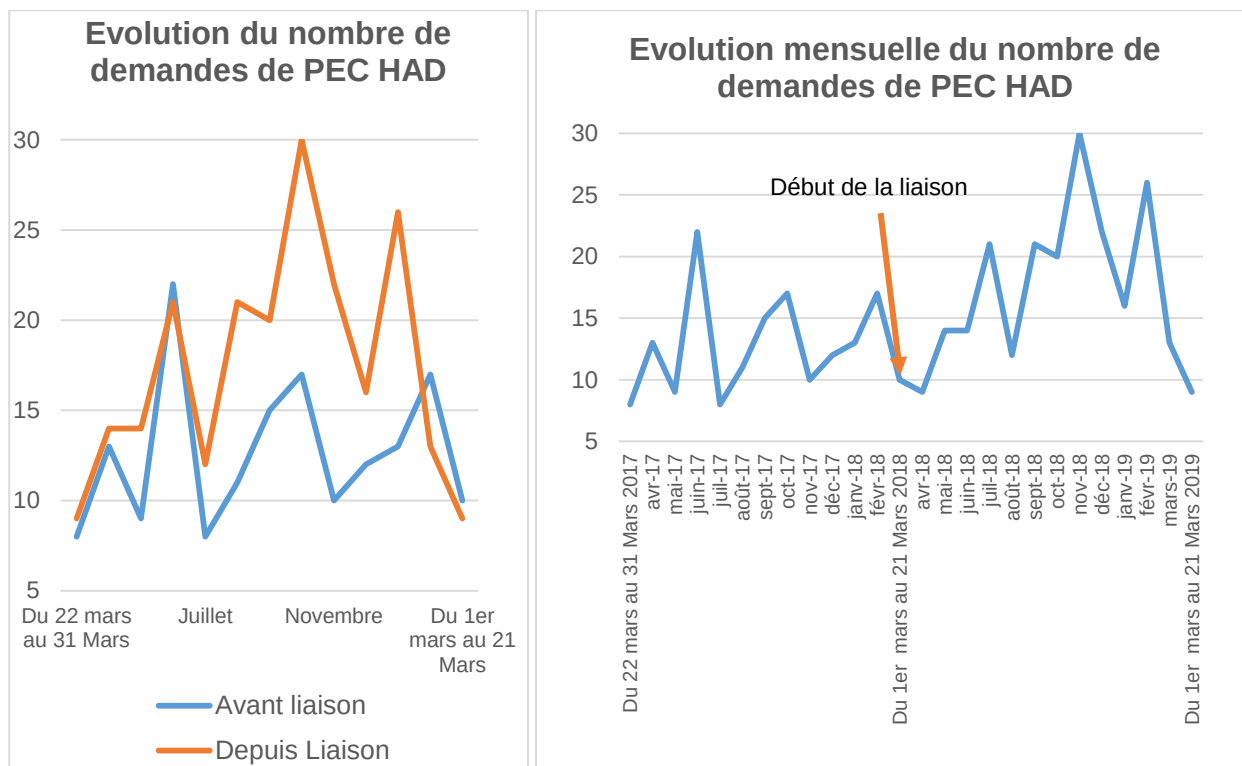
Liaison	Nb de de- mandes reçues		Patients diffé- rents		Nb de de- mandes / pa- tient		Taux admis- sion	
	Avant*	Depuis*	Avant	Depuis	Avant	Depuis	Avant	Depuis
Service prescripteur								
Amandée	12	8	50%	75%	1,3	1,2	67%	88%
Cardiologie	2	12	50%	58%	1,0	1,0	50%	58%
Chirurgie	1		100%		1,0		100%	
Chirurgie viscérale	15	27	80%	56%	1,2	1,5	93%	85%
Equipe Mobile Soins Palliatifs	7	23	57%	70%	1,0	1,2	57%	83%
Gastro-entérologie		2		100%		1,0		100%
HPDD		2		50%		1,0		50%
Maladies de l'Appareil Respiratoire	2		50%		2,0		100%	
Médecine Gériatrique	32	37	59%	59%	1,2	1,2	72%	70%
Médecine Interne Diabétologie Endocrino	12	23	25%	52%	2,3	1,5	58%	78%
Médecine physique et de réadaptation		1		100%		1,0		100%
Oncologie	33	40	55%	55%	1,4	1,5	76%	80%
Orthopédie-Traumatologie-Arthroscopie	8	6	63%	83%	1,0	1,0	63%	83%
Oto Rhino Laryngologie	1	2	100%	100%	1,0	1,0	100%	100%
Pédiatrie	7	8	29%	38%	3,5	2,7	100%	100%
Pneumologie	15	4	33%	25%	2,4	3,0	80%	75%
Service de Soins Palliatifs	11	11	55%	73%	1,2	1,0	64%	82%
Soins de Suite et de Réadaptation	4	8	50%	50%	2,0	2,0	100%	100%
Soins de Suite Polyvalent		4		75%		1,0		75%
Unité de Soins de longue durée		1		100%		1,0		100%
Unité de Surveillance Continue		3		33%		1,0		33%
Urgences	3	5	67%	100%	1,0	1,0	67%	100%
Total général	165	227	53%	59%	1,4	1,4	75%	80%

Tableau 4: Indicateurs de partenariat avant / depuis la liaison

+ 37,6 % d'augmentation

Ce que l'on peut retenir :

- **Les principaux services prescripteurs** (ANNEXE VIII) pour lesquels il y a eu le plus de demandes de prise en charge HAD sont **les mêmes avant et pendant la mise en place de la liaison** : il s'agit de l'oncologie, la médecine gériatrique, puis la pneumologie et la chirurgie viscérale.
- **Le taux d'admission s'est amélioré** depuis la mise en place de la liaison avec un passage de 75% à 80%.
- **Le nombre moyen de demandes par patient est stable** ; la mise en place de la liaison n'a pas impacté cet indicateur.
- **Le nombre de demandes de PEC a augmenté de 37.6%** depuis la mise en place de la liaison.



Ces deux graphiques permettent de visualiser l'impact de la mise en place de la liaison sur le nombre de demandes de PEC HAD. Une interrogation résidait au sujet des baisses d'activités récurrentes ; et il s'est avéré que les « creux » des courbes sont directement reliés aux baisses de l'activité du CH.

Par exemple, de novembre à décembre 2018 on observe une activité très importante, qui a ensuite chuté à partir de janvier. Le pic haut s'explique par l'épidémie de grippe, qui s'est suivie d'une accalmie jusqu'en février 2019.

INDICATEURS QUANTITATIFS EN LIAISON :

Les indicateurs de partenariat permettent une analyse globale avant / depuis la liaison. Cependant, il est difficile d'obtenir de ces indicateurs une analyse plus fine. En reprenant par exemple l'indicateur de partenariat « taux d'admission » avant la mise en place de la liaison (tableau page 27), le niveau d'analyse ne nous permettait pas de justifier précisément le taux d'admission de 58% de la médecine interne.

C'est l'analyse trimestrielle des indicateurs de liaison qui va pouvoir fournir ces éléments, car ces derniers permettent un niveau d'analyse jusqu'à l'identification du patient.

❖ Analyse à M2

Le recueil des indicateurs a débuté sur St Omer dès la mise en place de la liaison, le 22 mars 2018. Une évaluation à M2 (ANNEXE X) de ce dispositif a eu lieu, avec présentation des premiers indicateurs. Du 22/03 au 23/04 (semaines 12 à 17), on relève :

- **17 demandes** en 1 mois environ dont **14 abouties** : 1 annulée, 2 hors secteur.
- **15 demandes** orientées quasiment exclusivement par l'Unité de Soins Palliatifs (USP) de l'hôpital.
- La **durée moyenne de séjour** (DMS) des patients à l'hôpital est de **13.4 jours**
- La **réactivité** de l'HAD, c'est-à-dire le délai entre la demande d'intervention HAD et l'entrée du patient en HAD est de **4.43 jours** en moyenne.
- Les **motifs de prise en charge** sont principalement les **soins palliatifs** et les **pansements complexes**.

❖ Analyse à M6

	Avril à Juin 2017	Avril à Juin 2018	Progression
Médecine interne	1	1	
ORL	0	1	
Pneumologie	2	0	
Médecine physique / Réadaptation	0	1	
Médecine gériatrique	8	7	
Orthopédie / Traumatologie	3	2	
Chirurgie viscérale	2	3	
Soins de suite polyvalents	0	1	
Oncologie	5	4	
Service de soins palliatifs	1	3	
Equipe mobile de soins palliatifs	0	4	
TOTAL CHRSO	22	27	+22,73%
TOTAL ADMISSIONS HAD C/SO	104	74	-28,85%

Le 13 septembre 2018 a eu lieu une réunion auprès des cadres afin de leur présenter les résultats à M6 de la mise en place de la liaison. On observe une progression de plus de 22 % dans le nombre de demandes d'intervention HAD par rapport à l'année précédente.

Les principaux services sont la **médecine gériatrique** et **l'oncologie**.

50 **demandes** dont **42 admissions**,

8 refus : 4 hors secteurs géographique, 1 refus famille, 1 transfert dans un autre ES, 1 sortie en Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), 1 annulation par le service adresseur. ➔ **84 % des demandes aboutissent**

Autres indicateurs :

- **DMS** de **13,83 jours**
- **Réactivité** : **4,62 jours** en moyenne

❖ Analyse à M9

L'analyse du dernier trimestre de 2018 (ANNEXE XI) montre :

- 46 **demandes** : 26 **admissions** en HAD, 20 refus (voir ANNEXE XI avec le détail)
- **DMS** de 14.7 jours
- **Réactivité** : 2.5 jours
- **Nombre de jours entre la demande de PEC et l'évaluation de préadmission** : 0.24 jours
- Les 3 principaux **motifs de prise en soins** sont **les soins palliatifs, les pansements complexes et la prise en charge de la douleur.**

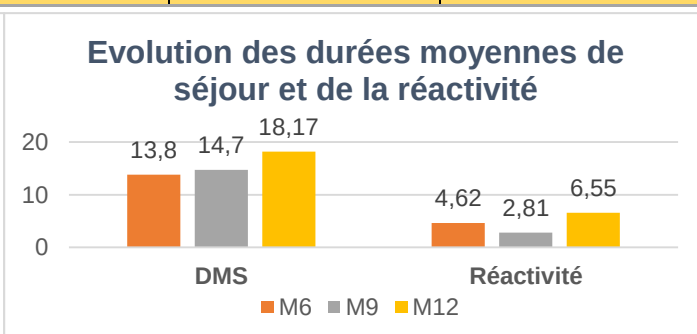
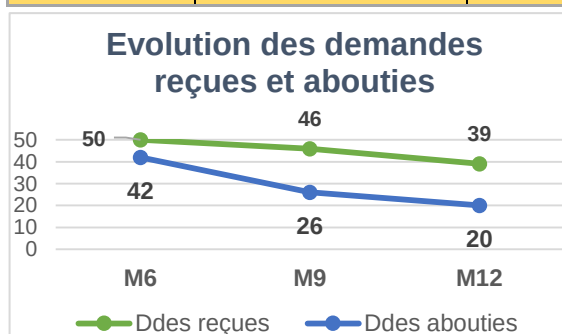
❖ Analyse à M12

L'analyse du premier trimestre de 2019 (ANNEXE XII) montre :

- 39 **demandes** : 29 **admissions** en HAD, 19 refus (voir le graphique avec le détail)
- **DMS** de 18.17 jours
- **Réactivité** : 6.55 jours
- **Nombre de jours entre la demande de PEC et l'évaluation de préadmission** : 0.97 jours
- Les 3 principaux **motifs de prise en soins** sont **les soins palliatifs, les traitements intraveineux et les pansements complexes.**

Conclusion sur les indicateurs quantitatifs en liaison :

	M2		M6		M9		M12	
	Mars – avril 2018		Mars à août 2018		Oct. à déc. 2018		Janvier à mars 2019	
	Total	Abouties	Total	Abouties	Total	Abouties	Total	Abouties
Ddes	17	15	50	42	46	26	39	20
DMS	13.4 jours		13.8 jours		14.7 jours		18.17	
Réactivité	4.43 jours		4.62 jours		2.81 jours		6.55 jours	
Motifs de PEC	Soins palliatifs, pansements complexes				Soins palliatifs, pansements complexes, PEC douleur		Soins palliatifs, Traitements intraveineux, pansements complexes.	



Le nombre de demandes de PEC HAD sur les temps de liaison est de 50 de mars à août 2018 (sur une durée de 6 mois). Si on fait la moyenne de cet indicateur sur 3 mois, cela correspond à environ **25 demandes / 3 mois**.

Graphiquement les résultats paraissent moins bons pour le bilan à 9 mois de liaison, cependant le recueil d'indicateurs a lieu sur le dernier trimestre 2018 (période de 3 mois allant de octobre à décembre 2018). Sur cette période de recueil deux fois moins longue que le bilan à M6, on obtient environ le même score avec **46 demandes**. Ainsi, on observe une **large progression dans les demandes jusque la fin d'année 2018**.

L'analyse du 1^{er} trimestre 2019 (à 1 an de liaison) montre une **légère baisse du nombre de demandes** avec **39 demandes** de prise en charge.

⇒ Ces données concordent d'ailleurs avec l'analyse plus globale du partenariat (dont les indicateurs incluent les jours de liaison) ; on observe bien une hausse du nombre de demandes pour le dernier trimestre de 2018 et une baisse au 1^{er} trimestre 2019.

Le nombre important de demandes non abouties à M9 et M12 s'explique majoritairement par des interventions **hors secteur**, des **transferts** ou des **décès**.

La durée moyenne de séjour des hôpitaux est en **augmentation** et passe de 13.8 jours à M6 à 18.17 jours. Si on regarde le détail de cet indicateur pour la dernière analyse à M12 (ANNEXE XIII), on observe que les semaines de liaison pour lesquelles cet indicateur est particulièrement élevé correspond aux semaines 3 et 5. En zoomant sur ces semaines, on obtient une justification des DMS élevées avec par exemple une **complication médicale** (« sepsis », « fracture du bassin »), ou encore un **contexte familial** (« refus de visite à domicile ») retardant la sortie.

L'allongement de la réactivité s'explique par l'**augmentation des DMS**, et également par une **anticipation des demandes**. En effet, la connaissance de la liaison et les passages réguliers sont des éléments justifiant l'anticipation des services.

Les motifs de prise en charge principaux d'intervention de l'HAD concernent les **soins palliatifs**, les **pansements complexes**, les **traitements intraveineux** et les **PEC de la douleur**.

Le recueil des indicateurs à M9 et M12 permet de mettre en valeur **la réactivité de l'IDECO dans son intervention auprès des services** pour la réalisation des évaluations de préadmissions ; avec des moyennes de 0.24 jours à 9 et 0.75 jours à M12.

Cela dévoile un autre indicateur, c'est le **type de demande** de prise en charge à M9 (ANNEXE XI) et M12 (ANNEXE XII) de la liaison. Lorsqu'on regarde les représentations graphiques « Demandes de PEC HAD », on peut observer que 31 demandes sur les 46 à M9, et 26 demandes sur les 39 à M12 correspondent à des demandes spontanées. Cela signifie que **67% des demandes de PEC émanent spontanément** lors des liaisons, par l'intermédiaire d'une discussion avec les prescripteurs.

LIMITES DES INDICATEURS QUANTITATIFS :

Il convient de relever certaines limites aux indicateurs quantitatifs :

- Tout d'abord concernant les **indicateurs de partenariat**, une première limite a été évoquée concernant **le caractère global de l'analyse** ne permettant pas d'affiner les indicateurs.

La deuxième limite concerne la **nomenclature** utilisée pour le logiciel métier Athome, avec par exemple :

- Le service de soins palliatifs répertorié sous deux nomenclatures : « Aman-dée », et « Soins palliatifs »
 - 3 nomenclatures correspondant au même service pour « Soins de suite et réadaptation », « Soins de suite polyvalent », et « médecine physique et réadaptation ».
 - ⇒ Il est nécessaire de revoir et d'harmoniser la nomenclature afin de ne pas biaiser les résultats.
- La limite des **indicateurs quantitatifs de liaison** est la différence **et l'évolution des supports de recueil**. En effet, les tableaux de bords ont atteint leur format définitif avec l'analyse à M9. Ainsi, les analyses à M9 et M12 apportent plus de données que celles à M2 et M6. Les données à M6 sont des données de synthèse basées sur le diaporama de la réunion cadre du 13 septembre 2018 ; mais le détail de ces indicateurs n'est pas disponible.
- Les prochaines analyses des indicateurs de liaison promettent une plus grande fiabilité et permettront une meilleure comparaison, ce qui n'est pas le cas à tout juste un an de la liaison.

2) Résultats qualitatifs

ENTRETIENS AUPRES DES PRECRIPTEURS

Première phase d'évaluation :

Les résultats se présentent sur un fichier Excel comportant un onglet par entretien (ANNEXE XIV) et un onglet de synthèse globale reprenant la totalité des entretiens.

❖ SATISFACTION

Comme évoqué dans la méthodologie, l'évaluation des entretiens auprès des prescripteurs a eu lieu en 2 temps. La première partie consistait notamment à recueillir la satisfaction globale des prescripteurs concernant la liaison, afin de permettre un retour de ces informations en réunion de synthèse annuelle auprès du CHRSO.

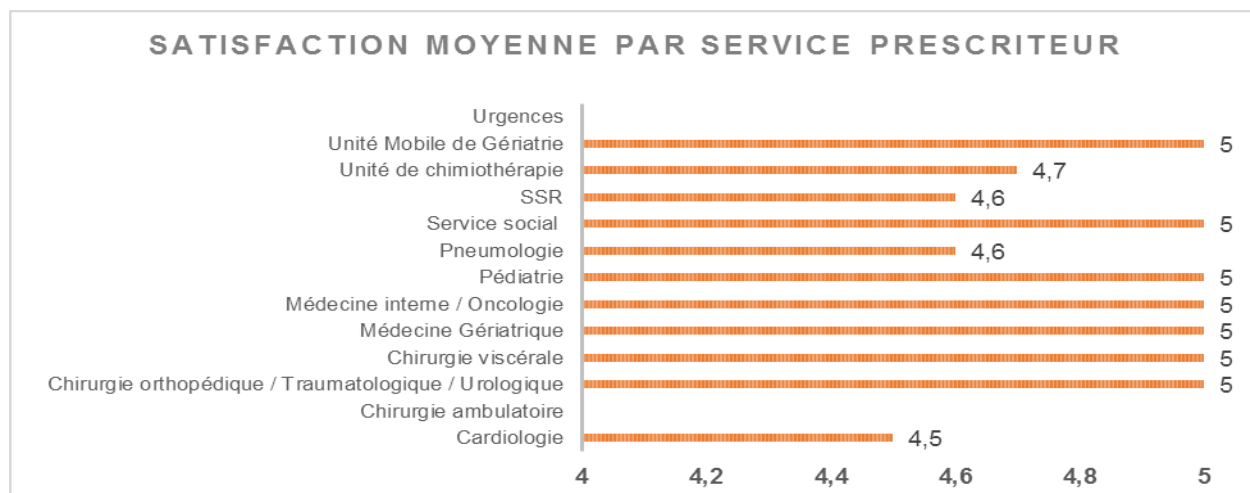


Figure 11: Satisfaction moyenne par service prescripteur

Parmi les 14 services interrogés, 12 ont donné leur satisfaction quant au dispositif de liaison. On peut dire que dans l'ensemble, **les services prescripteurs sont satisfaits à 96%** (4,8 / 5) de la liaison. Les deux services pour lesquels la satisfaction n'a pas été évoquée concernent les urgences et la chirurgie ambulatoire.

L'entretien avec les urgences s'est déroulé auprès des deux cadres de santé, nouvellement arrivés. Bien qu'informés du dispositif de liaison, ces derniers ne souhaitent pas s'exprimer car jugeaient ne pas avoir assez de recul sur la liaison.

Dans le second cas, l'entretien pour le service de chirurgie ambulatoire a eu lieu avec un chirurgien qui souhaitait collaborer avec l'HAD pour de nouveaux motifs de prise en charge, notamment les sorties précoces de chirurgie. La grille utilisée a été la grille de « prescripteur potentiel », puisqu'il s'agissait ici d'un nouveau service avec lequel l'HAD était appelée à collaborer. Ainsi, pour ce service, la recherche de satisfaction n'était pas appropriée.

Le score de satisfaction des prescripteurs repose sur le recueil de différents **indicateurs** de satisfaction tels que listés sur le tableau ci-dessous :

	Cardiologie	Urgences	Pédiatrie	Pneumologie	SSR	Méd. interne / Onco.	Chir. ambulatoire	Unité de chimioth.	Chir. ortho / Traumatologie	Chirurgie viscérale	Méd. gériatrique	Service social	Unité Mobile Gériatrie	TOTAL
De la qualité à domicile			5							5	5		5	5,0
Moyens techniques	5		5		5	5			5	5	5		5	5,0
Retour d'informations			5	5	3	5		5	5	5	5	5	5	4,8
Suivi patient	3		5		3	5		5			5		5	4,4
Mode de fonctionnement / Coordination	5		5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5,0
Personnel (qualitatif)	5									5	5		5	5,0
Personnel (quantitatif)	2												5	3,5
Relations avec le personnel	5			2	5	5			5			5	5	4,6
Information / Communication	5		5	5	5	5		3	5	5	5	5	5	4,8
Réactivité / Délai d'intervention	5		5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5,0
PEC du patient	5		5	5	5	5		5		5	5		5	5,0
Prestations globalement	5		5	5	5	5		5	5	5	5	5	5	5,0

Tableau 5: Indicateurs de satisfaction de la liaison

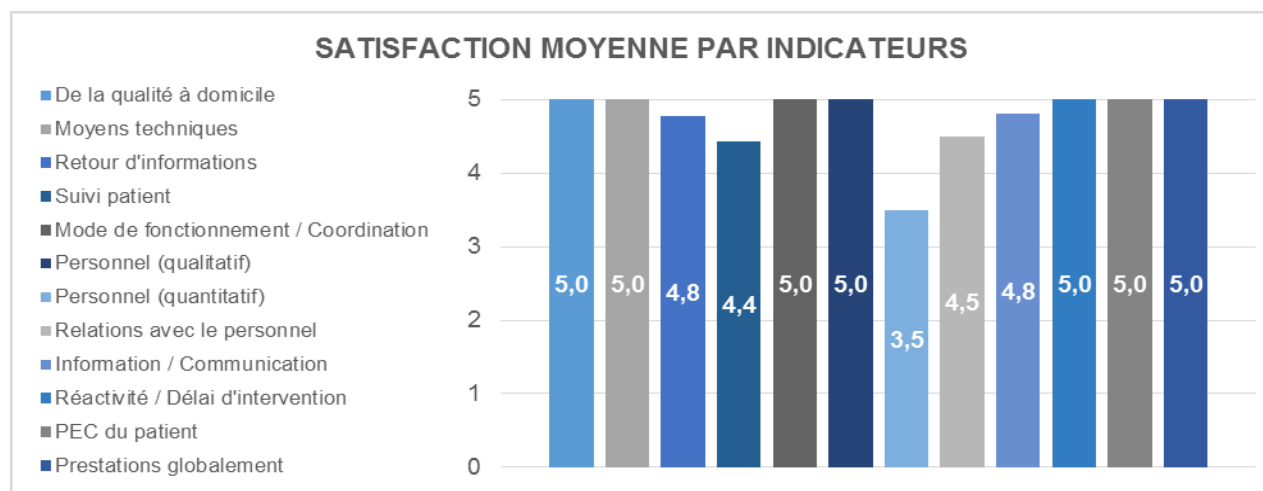


Figure 12: Satisfaction moyenne par indicateurs

Le graphique permet d'illustrer le niveau de satisfaction moyen par indicateur, qui s'approche pour chaque item de 100%.

Un indicateur ressort comme étant inférieur aux autres, il s'agit de « personnel (quantitatif) ». Si on fait le lien avec le tableau, on observe que c'est principalement lié à la note donnée par le service de cardiologie : l'idée évoquée était que l'HAD de St-Omer mette en place une équipe de nuit pour couvrir les plages d'antibiothérapie des patients par exemple.

Cet indicateur est tout de même à nuancer car en regardant le détail, on s'aperçoit qu'il repose sur l'avis de 2 services uniquement : la cardiologie, et l'unité mobile de gériatrie.

Quelques remarques peuvent être soulevées :

- Le recueil d'indicateurs de satisfaction concerne **12 services** : comme précédemment, les urgences ainsi que la chirurgie ambulatoire ne se sont pas exprimées.
- Le graphique prend en compte la moyenne des notations des services pour chaque indicateur : si dans certains cas cette moyenne se base sur la totalité des notations attribuées par les services (comme l'indicateurs « prestations globalement ») ; certaines moyennes sont aux contraires basés sur très peu d'appréciations.

Ainsi à titre d'exemple, l'indicateur « De la qualité à domicile » obtient une moyenne globale de 100% de satisfaction (5 / 5) mais cette moyenne repose sur l'appréciation de seulement 4 services sur les 12 interrogés.

- **Les prescripteurs ne se sentent parfois pas concernés par les items**, il s'agit de toutes les cases grisées apparaissant dans le tableau. S'il leur est facile de donner un avis concernant le retour d'informations des patients, le mode de fonctionnement de la liaison, les relations avec le personnel, la communication, ou encore la réactivité d'interventions, cela était moins vrai concernant **la qualité de service à domicile et la qualité et la quantité du personnel de l'HAD**.

Finalement, 6 axes d'améliorations se dégagent du tableau et sont directement en lien avec les indicateurs entourés en orange dans le tableau :

- La cardiologie évoque le peu de suivi des patients : l'axe d'amélioration peut être de **développer la communication et le retour d'informations** pour les patients pris en charge en HAD à la demande de la cardiologie.
- La cardiologie souhaite la **mise en place d'une équipe de nuit** pour développer la prise en charge d'antibiothérapie hospitalière à domicile : la possibilité de mettre en place cette équipe de nuit n'est pas écartée, mais il faut évaluer le nombre de demandes de prise en charge transférées que cela représenterait (évaluation de coût et du bénéfice).
- L'indicateur « relations avec le personnel » est bas pour le service de pneumologie : en effet, la communication est difficile entre l'HAD et les médecins prescripteurs de ce service. L'axe d'amélioration passe ici par une **rencontre à organiser entre le médecin coordinateur de l'HAD et les médecins de ce service**.
- Le service de soins de suite et de réadaptation souhaite une amélioration sur le **retour d'information et le suivi des patients** transférés du SSR vers l'HAD. Une

feuille de liaison a d'ailleurs été mise en place par le service afin que l'HAD bénéficie du maximum d'information lors du transfert du patient. Comme pour la cardiologie, le but est d'améliorer le retour d'informations vers le service sur ces patients, et de développer si besoin des outils de communication au même titre que la feuille de liaison ou les mails réguliers.

- Concernant l'unité de chimiothérapie, l'indicateur « communication / information » peut être amélioré : bien que la liaison soit en place depuis un an, la cadre de santé du service évoque une **connaissance générale de l'HAD mais pas en précision sur les motifs d'intervention**. Un passage régulier lors des liaisons pour informer des motifs de prise en charge, ainsi qu'une réunion auprès des équipes soignantes du service pourraient être bénéfiques. Enfin, une rencontre entre les médecins prescripteurs ainsi que le médecin coordonnateur de l'HAD peut être envisagée.

❖ PERCEPTION POSITIVES ET FREINS DE L'HAD

<u>Les plus du HAD</u>	<u>Les freins</u>
• Réduction de la durée moyenne de séjour • Réactivité • Personnel formé • Structure hospitalière • Satisfaction des jours de permanence et du temps de liaison • Collaboration EMG – HAD très positive, facilitateur • Liaison permet : - Une discussion - Rassure le patient - Une meilleure organisation • Regard constant // prise en charge • Surveillance et continuité des soins • Multiples passages au domicile • Maîtrise des coûts • Eviter le passage aux urgences	• Intérêt de l'HAD non partagé par certains prescripteurs • Manque une équipe de nuit • Manque une journée de liaison • Volonté d'un passage journalier dans certains services • Typologie des patients ne concernent pas PEC HAD • Refus de patients (méconnaissance de l'HAD) • Multitude d'intervenants <u>Acteurs actuels / Concurrents:</u> • Liste tournante active de prestataires • IDEL, SSR, SSIAD, PRADO

De nombreux avantages sont cités par les prescripteurs lors des entretiens, et constituent des éléments importants dans **l'argumentaire** de l'HAD auprès de nouveaux services. Les freins ressortant des entretiens ou identifiés par l'infirmière coordinatrice concerne la relation avec certains services qui ne se sentent pas concernés par les motifs de prise en charge HAD. Pour ces services, une communication spécifique est à développer afin de permettre la collaboration. Le principal point faible de l'HAD pointé par les services constitue la multitude d'intervenants au domicile.

❖ MATRICE TMFP

Comme évoqué précédemment, la matrice TMFP (Technicité - Maturité - Faisabilité - Patients potentiels) (ANNEXE XV) permet après analyse l'ajustement de la stratégie de liaison. La construction graphique permettant de modéliser la matrice est un **diagramme à bulle** prenant en compte 3 dimensions correspondant à 3 indicateurs : technicité (*axe des abscisses X*), maturité (*axe des ordonnées Y*), et le nombre de patients (*taille des bulles*).

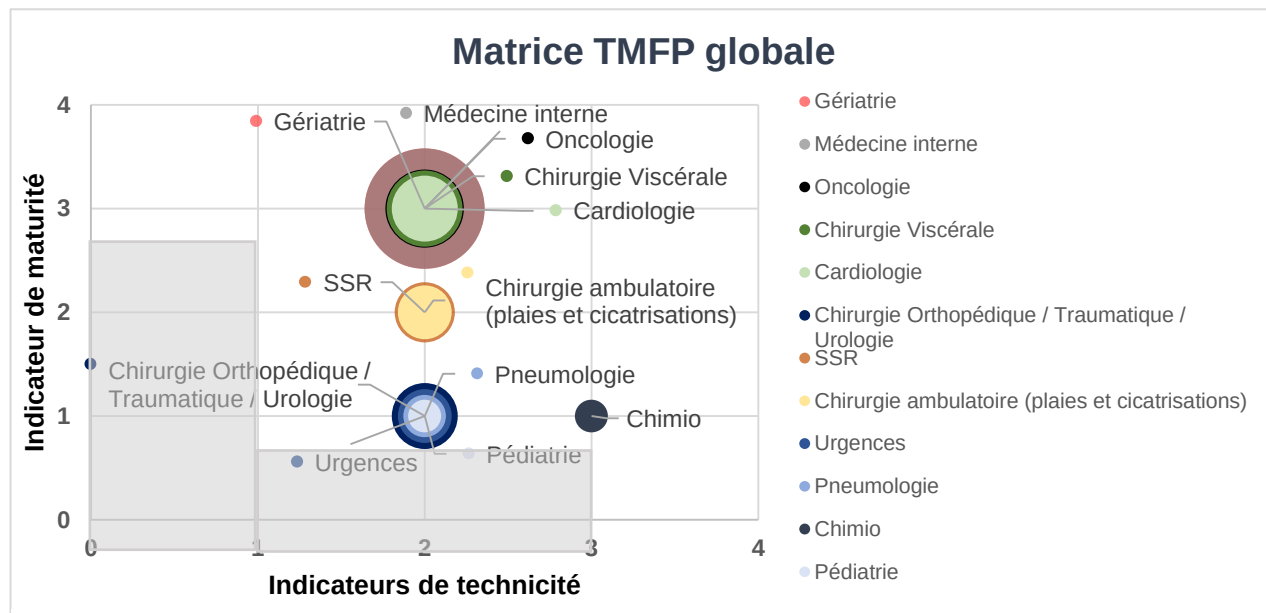


Figure 13: Matrice TMFP globale

Le **positionnement** et la **taille des bulles** rendent possible l'analyse des données :

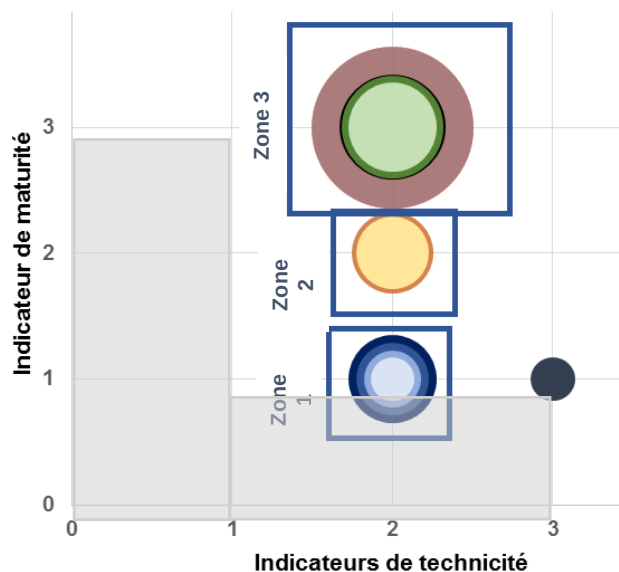
➤ **Positionnement :**

- **Plus l'indicateur de technicité est bas, plus l'HAD peut intervenir facilement et rapidement.** A l'inverse, si un service demande une collaboration avec l'HAD pour une prise en charge très technique, cela peut être plus difficile et / ou plus long à mettre en place (nécessité de former le personnel de l'HAD aux gestes et protocoles de soins par exemple).
- **Plus l'indicateur de maturité est élevé, plus l'HAD peut collaborer.** Cet indicateur se rapproche de la « faisabilité » : lorsqu'un service connaît l'HAD et est prêt à adresser des patients, la collaboration est favorisée.

➤ **Taille des bulles :** *symbolise le nombre de patients*

- **Plus la taille des bulles est importante, plus la liaison est intéressante :** cela signifie en effet que le service en question a l'habitude de travailler avec l'HAD et est un très bon prescripteur. Les relations avec ces services sont primordiales et la pérennité du partenariat est à rechercher.

- ⇒ Ainsi, l'idéal est d'obtenir des services adressant un grand nombre de patients (grande taille de bulles) dont la maturité est élevée, et la technicité modérée. Les services à cibler se situent donc en dehors de la zone grise du graphique.



La lisibilité étant assez restreinte sur la vue globale de la matrice, une sélection sur 3 zones a été effectuée afin de permettre une meilleure analyse.

La bulle non sélectionnée, correspondant au service de chimiothérapie, est peu intéressante car la maturité est faible et la technicité élevée.

Figure 14: Découpage de la matrice TMFP

Les zones les plus intéressantes sont les zones 3 et 2 car les services ont une maturité élevée et un niveau de technicité moyen. La priorité sera ensuite donnée par le dernier indicateur, à savoir le nombre de patients.

La zone 1 est moins intéressante, car même si la technicité permet tout à fait l'intervention de l'HAD, la maturité est très faible.

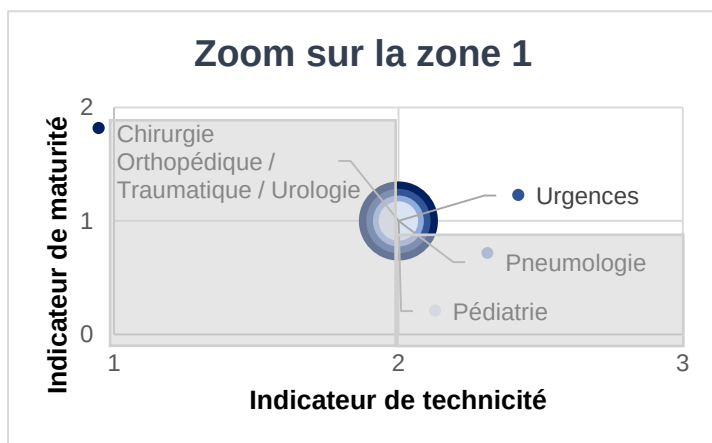


Figure 15: Zone 1 de la matrice

Le service le plus intéressant de cette zone est le service de **chirurgie orthopédique, traumatologique et urologie** qui projette pour l'année à venir une collaboration pour 12 patients. Vient suite les urgences (8), la pneumologie (8) et la pédiatrie (3).

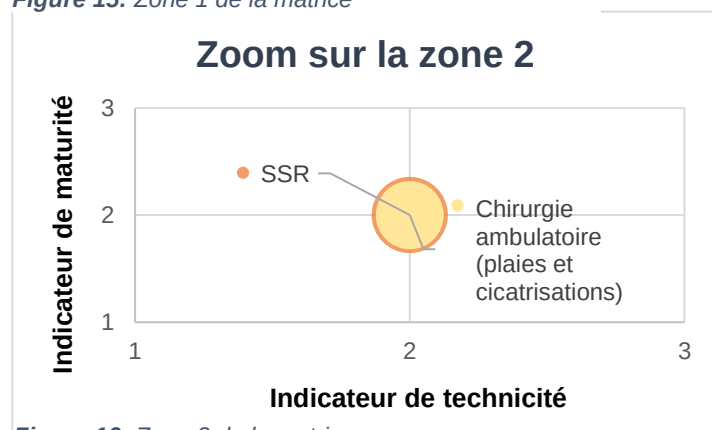


Figure 16: Zone 2 de la matrice

Les services de cette zone sont intéressants pour la liaison, avec le **SSR** qui prévoit une collaboration pour 10 patients et la **chirurgie ambulatoire** (plaies et cicatrises) pour 8 patients par an.

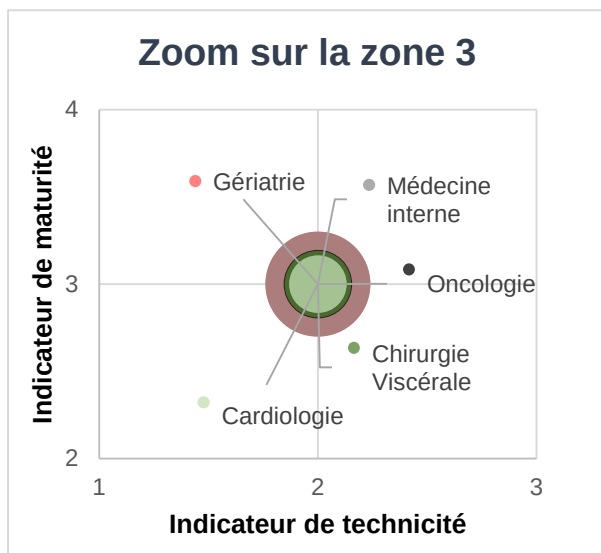


Figure 17: Zone 3 de la matrice

Cette zone est la zone la plus intéressante pour la liaison.

Les services les plus pertinents sont les services de **gériatrie et de médecine interne** avec un projet de collaboration de 40 patients par an. Viennent ensuite l'oncologie (17), la chirurgie viscérale (16) et la cardiologie (12).

Synthèse : zone 3 > zone 2 > zone 1

Les priorités d'actions de liaison sont donc les suivantes :

- | | |
|--|--|
| 1) Gériatrie et Médecine interne | 7) Chirurgie orthopédique, traumatologique et urologie |
| 2) Oncologie | 8) Urgences |
| 3) Chirurgie viscérale | 9) Pneumologie |
| 4) Cardiologie | 10) Pédiatrie |
| 5) SSR | 11) Chimio |
| 6) Chirurgie ambulatoire (plaies et cicatrisation) | |

Deuxième phase d'évaluation :

La deuxième phase d'évaluation a lieu le 4 juillet en présence de la responsable de structure de l'HAD de St-Omer, les infirmières coordinatrices de l'HAD, l'assistante sociale ainsi que moi-même chargée de mission. La présence du médecin coordonnateur bien que souhaitée, n'est pas possible.

Cette réunion permet de reprendre le compte-rendu des différents entretiens pour établir le plan d'actions : prioriser les interventions à mener dans les services et les orientations de liaison afin de répondre aux attentes soulevées par les services. Les orientations de liaison tiennent également compte de la matrice TMFP.

Ce qu'on retient du plan d'action (ANNEXE XVI) :

- **De nombreuses actions prévoient des rencontres entre prescripteurs et médecin coordonnateur** de l'HAD : pour les services où la communication est plus difficile, une rencontre entre médecins afin d'aborder le rôle et les motifs de PEC en HAD peut aider à développer une collaboration.
- **Une communication auprès des équipes soignantes**
- **Une progression dans la traçabilité**
- **Une amélioration du retour d'information**

Ces actions ont des échéances plutôt éloignées compte-tenu de l'absence actuelle d'un médecin coordonnateur à l'HAD, et de la période estivale peu propice aux prises de rendez-vous.

ENTRETIENS QUALITATIFS DE LIAISON

Comme pour le recueil des indicateurs quantitatifs de liaison, l'analyse des indicateurs qualitatifs de liaison ne peut couvrir un an de liaison et porte donc uniquement sur le dernier trimestre. Ici ne figurent pas les éventuelles problématiques relevées et tracées durant la liaison, qui connaissent une réponse rapide et ne font pas l'objet d'un plan d'actions à proprement dit.

- Du 01 janvier au 01 avril 2019, l'infirmière de coordination a pu cibler une grande partie des services de l'hôpital, avec des passages plus nombreux dans les services de **médecine interne, soins palliatifs, gériatrie et oncologie**. En faisant le lien avec les indicateurs précédents, on constate que les services où il y a le plus de passages de l'IDECO correspondent en partie aux services émettant le plus de demandes de PEC HAD, à savoir oncologie et gériatrie. En revanche pour les deux autres plus gros services adresseurs en HAD, la pneumologie et la chirurgie viscérale, on note seulement 7 passages de l'IDECO. Ceci peut s'expliquer par la difficulté de communication avec les prescripteurs identifiés dans les entretiens. A l'inverse, les relations entre prescripteurs et HAD étant très positives en unité de soins palliatifs explique un passage presque systématique par l'IDECO.

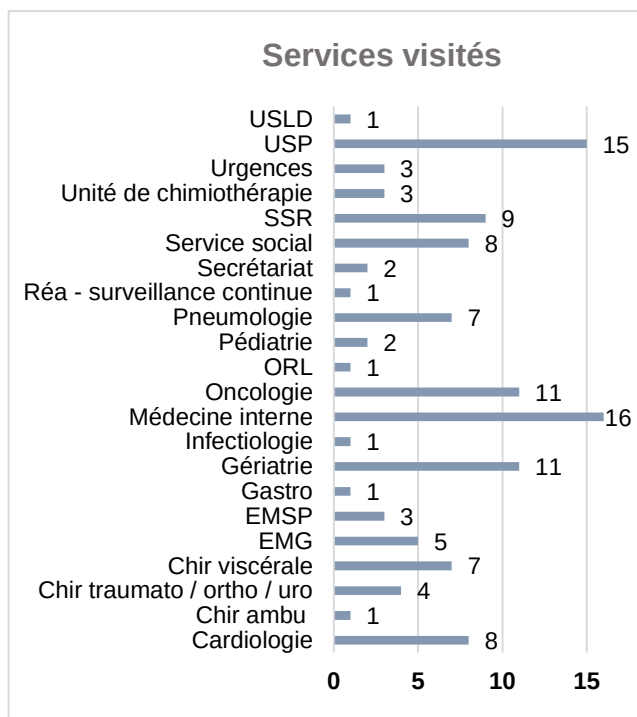


Figure 19: Services visités (1er trimestre 2019)

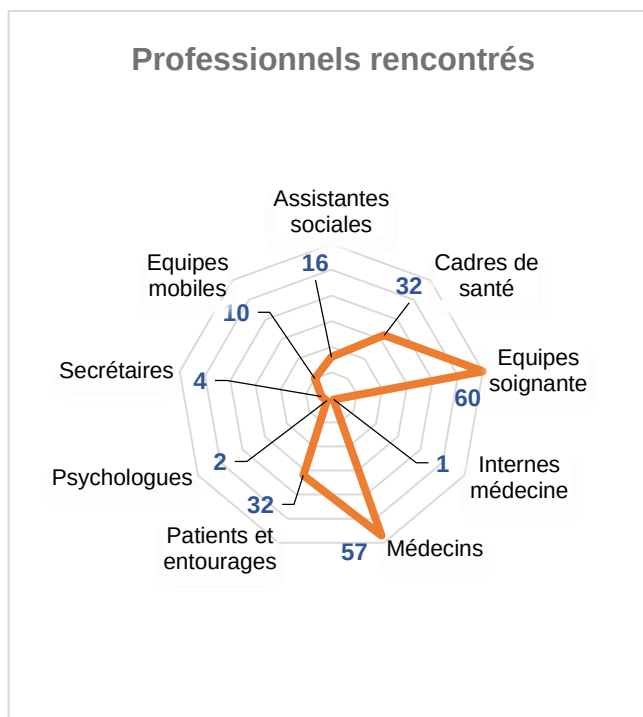


Figure 18: Professionnels rencontrés (1er trimestre 2019)

- Les **professionnels rencontrés lors des liaisons** sont en très grande majorité les équipes soignantes et les médecins, et pour moitié les patients et leur entourage ainsi que les cadres de santé des services. Il est intéressant de relever le recours aux assistantes sociales et aux équipes mobiles, ainsi que plus rarement aux psychologues, secrétaires et internes.

Finalement, **la liaison intéresse tous les corps de métiers et tous les professionnels travaillant de près ou de loin auprès des patients.**

ENTRETIENS AUPRES DES PATIENTS

Présentation des patients :

	PRU	LOU	MAQ	CAS	SUR	SOU
Date d'entretien	27/06/19	01/07/19	02/07/19	04/07/2019	04/07/19	08/07/19
Personne interrogée	Patient + Proche	Proche –aïdante (famille accueil)	Proche aidante	Proches aidantes	Proche aidante + Patient	Proche aidant
Âge du patient	71 ans	93 ans	61 ans	69 ans	62 ans	61 ans
Service adresseur	Oncologie	Traumatologie	USP	Oncologie	Gastro-entéro	USP
Date hospitalisation	29/05/2019	31/05/2019	06/06/2019	17/06/2019	17/06/2019	03/06//2019
Motif de PEC HAD	Alimentation parentérale	Soins nursings lourds	Soins palliatifs	Soins palliatifs	Soins palliatifs	Assistance respiratoire
Date d'entrée HAD	14/06/19	19/06/19	25/06/19	03/07/2019	03/07/2019	04/07/2019
Date de sortie HAD	03/07/2019	18/07/2019	NC	09/07/2019	NC	NC
Cause sortie	Transfert HAD Dunkerque	Décès		Ré-hospitalisation		

Tableau 6: Présentation des patients interrogés:

La moyenne d'âge des patients interrogés est de 69.5 ans. L'entretien s'est déroulé peu de temps après l'entrée en HAD, auprès du patient lui-même dans 33.3% des cas (2 patients / 6) ou auprès des proches aidants (66.6 % soit 4 entretiens / 6) lorsque le patient était dans l'impossibilité de répondre aux questions. On remarque qu'au moment où ont été réalisés les entretiens, le motif de PEC en HAD est majoritairement une PEC palliative et les services adresseurs principalement l'USP et l'oncologie.

Analyse des entretiens :

Comme évoqué précédemment, la retranscription des entretiens a fait suite à un temps d'analyse, nécessaire pour regrouper les différentes thématiques soulevées par les patients lors des entretiens. Le choix du type de codage est laissé libre. Pour ma part, j'ai construit l'arbre de codage (ANNEXE XVII) selon différents éléments :

- **Le cadre de l'entretien** : les éléments de concepts (liés au patient, à son parcours de soins, la chronologie des événements) permettant de mieux comprendre le vécu du patient ; ainsi que les éléments relatifs à la présentation de la démarche entretien (explication du dispositif de liaison, de l'intérêt des entretiens, etc.)
- **La structuration de l'entretien** : relevé des biais de l'entretien, des questions en liens avec la grille, précisions des questions, questions supplémentaires, temps de pause, reformulation, etc. -> donne des informations sur le rythme et le déroulement de l'entretien.
- **Les émotions du proche et les émotions du patient** : l'expression des émotions est le témoignage d'un vécu. Les émotions sont universelles, et peuvent être facilement identifiées, et traduisent une communication à la fois verbale et non verbale. J'ai ainsi fait le choix de traduire les propos des patients/proches sous la forme des émotions ressenties.
- **Les éléments positifs en lien avec la liaison ou l'HAD** : Identification dans les propos des patients ou proches aidants des éléments de satisfaction tout au long du parcours du patient depuis le séjour à l'hôpital jusqu'à la prise en charge en HAD au domicile.
- **Les axes d'amélioration possibles** : Identification dans les propos des patients ou proches aidants de problématiques survenues en amont de la PEC HAD, dans l'organisation du retour à domicile, ou durant la prise en charge. Ces éléments permettent de nuancer la satisfaction des patients, et de sa place dans une culture d'amélioration continue. Les différentes actions d'amélioration identifiées seront à intégrer au plan d'action de la liaison.

- ⇒ Les éléments positifs ainsi que les axes d'amélioration correspondent indirectement aux réponses aux questions. Ils pointent les éléments positifs et à améliorer du dispositif de liaison, vus par les patients.

Résultats :

Les résultats sont issus de l'analyse proposée par le logiciel (voir onglet « Analyse » sur l'annexe XVII). J'ai choisi d'analyser séparément chaque catégorie de l'arbre de codage (ANNEXE XVIII).

- **Le cadre de l'entretien** : Les éléments de présentation et de mise en lien avec le contexte sont retrouvés dans tous les entretiens. Ces éléments permettent d'amorcer les questions et d'introduire les échanges. Les patients / proches comprennent la démarche de la rencontre, et saisissent le sens du recueil de leurs avis.

- **La structuration de l'entretien** :

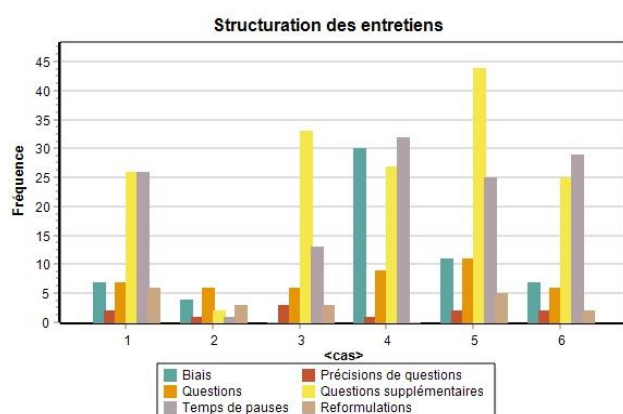


Figure 20: Structuration des entretiens patients

On remarque que selon les entretiens, les **biais** sont plus ou moins présents. Les biais représentent les coupures lors de l'entretien, de par l'environnement principalement. Pour le cas de l'entretien 4 (là où le biais est le plus fort), cela s'explique par la présence du petit-fils du patient qui jouait dans la pièce et interrompait régulièrement les échanges.

Les **temps de pauses** sont assez présents, et nécessaires pour que le patient ait le temps de répondre. La grille avec les questions prévues est un guide, et sert de base d'échanges. Au fil de l'entretien et selon les propos des patients, je pose des **questions supplémentaires** pour comprendre la situation ou l'amener à échanger. **La reformulation ainsi que la précision des questions** apparaissent également, mais elles ne sont pas significatives. Dans l'ensemble, les patients ou les proches comprennent le sens de la question et répondent facilement.

- **Les émotions du proche et du patient** :

Les émotions sont représentées par un graphique à bulle. La taille de la bulle indique la fréquence à laquelle l'émotion est représentée.

Emotions du patient

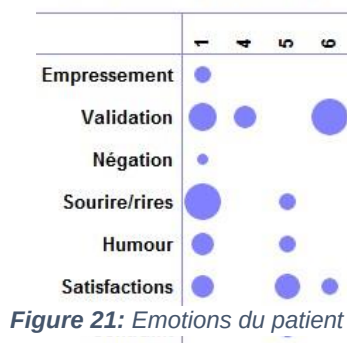


Figure 21: Emotions du patient

Seuls 2 entretiens se sont déroulés en présence du patient et de son proche aidant (entretiens 1 et 5). Pour les entretiens 4 et 6, il s'agit d'une visite réalisée en chambre, où l'avis du patient a pu être momentanément exprimé. On remarque que pour ces deux entretiens, on a principalement une **validation** des patients. Ceux-ci s'expriment difficilement mais valident les propos et acquiescent. Globalement, les patients expriment une **satisfaction** durant l'entretien, et font parfois preuve d'**humour**.

On retrouve pour le 1^{er} entretien la présence importante du **rire/sourire** du patient. Les notions d'**empressement**, de **négation** et de **contrainte** ne sont retrouvées que dans un cas.

La palette d'émotions retrouvées chez les proches-aidants est beaucoup plus vaste, et s'explique principalement par le fait qu'ils sont les principaux interlocuteurs durant les entretiens réalisés.

On relève des **émotions positives** (en vert) telles que l'expression d'un rire/sourire, le fait d'exprimer un soutien, une satisfaction, de la compréhension, etc. ; mais celles-ci sont minoritaires comparativement aux **émotions à connotation négative** (en rouge) qui peuvent être relevées.

On note une globale **satisfaction** exprimée par l'ensemble des proches, à plusieurs reprises durant les entretiens. Très régulièrement, les entretiens sont ponctués de **rires/sourires** de la part des proches. On identifie dans la moitié des cas une **compréhension** du proche concernant la situation.

Paradoxalement, les proches expriment tous une **incompréhension** au moins une fois durant l'entretien (concernant une question posée, une prise en charge, etc.) ainsi qu'une **inquiétude** vis-à-vis du patient. On retrouve l'expression de **contrariété**, parfois de **mécontentement**. Dans 4 entretiens sur les 6, les proches ont exprimé une **contrainte**. On retrouve un **épuisement** du proche aidant dans la moitié des cas.

Emotions du proche aidant

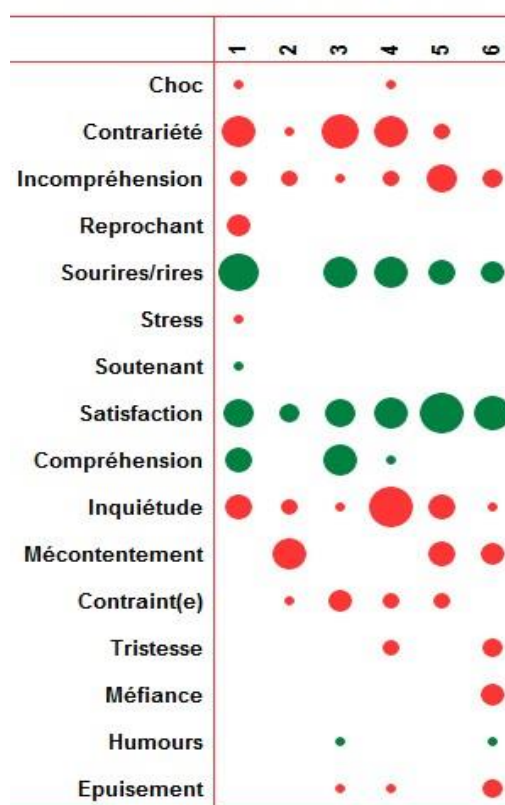


Figure 22: Emotions du proche aidant

Alors que les émotions exprimées par les patients sont majoritairement positives, celles relevées pour les proches sont plutôt connotées négativement, et mettent en lumière certaines difficultés ou craintes concernant la prise en charge du proche au domicile.

➤ Les éléments positifs et axes d'améliorations en lien avec la liaison / l'HAD :

La représentation graphique de ces indicateurs (ci-dessous) permet d'établir ce premier constat : la densité des bulles du premier graphique comparativement au second témoigne de la fréquence d'expression d'éléments positifs concernant l'HAD et la liaison. On a **une satisfaction générale de l'ensemble des patients et proches interrogés concernant la liaison et l'HAD**.

Les éléments de satisfaction concernent en majorité le **retour à domicile**, la **PEC HAD**, ou encore le **contact avec l'IDECO**. On retrouve également une satisfaction importante concernant **l'information donnée sur le projet de sortie en HAD** par le CH, et un **accord** du patient pour ce projet de sortie. Dans la moitié des cas, les patients et proches ont perçu la **collaboration entre l'HAD et le CH** et en sont satisfaits.

Les éléments positifs en lien avec la liaison ou l'HAD

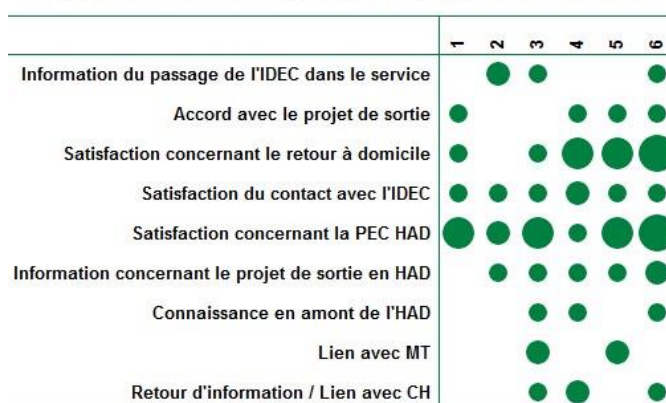


Figure 23: Eléments positifs relevés par les patients

Les axes d'améliorations possibles

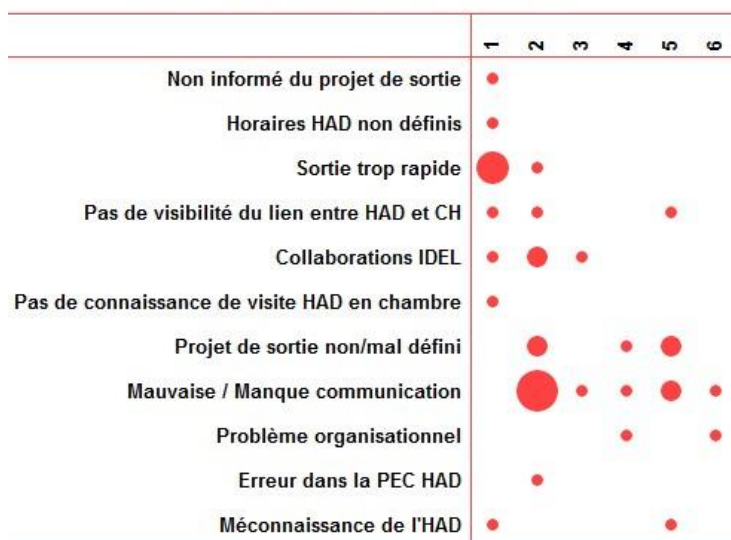


Figure 24: Axes d'améliorations relevés par les patients

Les axes d'améliorations sont assez variés et assez disséminés sur l'ensemble des entretiens. Dans les 2 premiers entretiens, les patients / proches ont insisté sur deux notions : **une sortie de l'hôpital trop rapide**, et **un manque de communication**. Ce dernier élément est retrouvé dans la quasi-totalité des entretiens, et a été évoqué au moins une fois par le patient / proche.

Dans la moitié des cas les patients / proches évoquent au moins une fois l'absence ou le défaut de **collaboration** avec leur infirmiers libéraux.

⇒ On note donc comme axe d'amélioration majoritaires la nécessité d'améliorer l'**anticipation** des retours à domicile, ainsi que la **communication** en amont et durant la prise en charge.

LIMITES DES INDICATEURS QUANTITATIFS :

Il convient de relever certaines limites aux indicateurs quantitatifs :

- Les **entretiens auprès des prescripteurs** ont eu lieu sur une période de décembre 2018 à mars 2019, et interrogeaient pour la très grande majorité des cadres de santé. Depuis, le CH de St-Omer a fait face à une **réorganisation des cadres** avec notamment de nombreux changements d'affectation dans les services. Ainsi, le plan d'actions construit en juillet et basé sur les échanges avec les « anciens » cadres peut être nuancé, car la conception des nouveaux cadres en place peut être tout à fait différente. De plus, il aurait été intéressant et pertinent d'avoir la possibilité d'interroger un plus grand nombre de **médecins**, car les principales problématiques relevées témoignent d'une communication parfois difficile avec les prescripteurs.
- La matrice TMFP devait initialement être mise en lien avec un autre graphique appelé **BCG** (Boston Consulting Group) permettant de situer le taux de croissance des différents services du CH et la part de croissance relative de l'HAD. La période estivale et la contrainte multi-sites ont empêché une nouvelle rencontre avec la contrôleur de gestion pour bâtir ce graphique. Ainsi, l'orientation stratégique décidée par la TMFP peut être discutée car l'absence de ces éléments d'activités biaise le jugement. Finalement, les 2 graphiques sont complémentaires.
- Les **entretiens auprès des patients** ont fait suite à un changement de programme lié à l'impossibilité de réaliser le patient traceur dans les temps impartis. Ainsi, seuls **6 témoignages** ont pu être recueillis. Il aurait été intéressant de rencontrer un plus grand nombre de patients et de proches afin que les résultats reflètent au plus près le ressenti des patients (plus grand échantillonnage).

L'utilisation du logiciel d'analyse qualitative **QDAminer** était une nouveauté pour moi, bien qu'il nous ait été présenté en formation. Une formation concernant ce logiciel et un délai d'appropriation plus grand auraient été bénéfiques et auraient permis d'affiner l'analyse. Ce logiciel permet en effet un grand nombre de fonctionnalités que je ne pouvais maîtriser. Dans le même ordre d'idée, une formation concernant le codage d'entretiens m'aurait été utile et aurait « objectivé » la construction de l'arbre de codage qui dans le cas présent a été construit selon les éléments qui me semblaient pertinent à relever.

3) Synthèse succincte des résultats

Les indicateurs recherchés dans cette partie concernent l'impact du dispositif de liaison. Ces indicateurs se basent sur des éléments quantitatifs qui reflètent l'activité entre le CH et l'HAD (partenariat) et les indicateurs spécifiques durant les temps de liaison. Ils prennent aussi en compte l'avis des prescripteurs et patients par le biais d'entretiens (qualitatifs).

Les données chiffrées indiquent que le **partenariat s'est développé depuis la mise en place de la liaison**, avec une augmentation importante du nombre de demandes de PEC HAD, ainsi que du taux d'admission suite à ces demandes. Les chiffres issus de la liaison confirment l'augmentation des demandes ces dernières suivant l'activité du CH, et apportent des précisions sur le type de demandes majoritairement spontanées ainsi que la très forte réactivité de l'IDECO de liaison pour l'évaluation de préadmission.

Les données qualitatives donnent la parole aux prescripteurs et aux patients. **Les prescripteurs sont satisfaits de la liaison à 96%**, ils relèvent de nombreux avantages à l'HAD. Les principaux freins à la collaboration résident dans les relations plus difficiles avec certains services. D'autres axes d'améliorations portent sur la communication et le retour d'information à propos des prises en charge. Les **patients** lors des entretiens évoquent une **satisfaction globale** concernant la liaison et la prise en charge en HAD, nuancée par quelques axes d'améliorations : anticiper au maximum le retour à domicile, et améliorer la communication en amont et durant la PEC. De nombreuses émotions sont identifiées durant ces entretiens, et permettent un recueil global de l'expression des patients et des proches. Les proches aidants, majoritairement interrogés, expriment davantage d'émotions connues négativement : la plupart d'entre eux connaissent les difficultés des prises en charge au domicile, et sont parfois contrariés ou inquiets pour le proche aidé.

Les données qualitatives de liaison témoignent de **l'intérêt de la liaison pour l'ensemble des services et professionnels hospitaliers**, l'IDECO étant amenée à se rendre dans de nombreux services et à rencontrer de multiples professionnels exerçant à l'hôpital.

Afin de répondre aux **axes d'améliorations** formulés par prescripteurs et patients, un plan d'actions est construit et déployé sur les mois à venir. Il prévoit essentiellement des rencontres entre médecins prescripteurs et des actions de communication auprès des soignants et patients. Ce plan d'action s'appuie sur la matrice TMPF ayant permis l'orientation stratégique de liaison.

Discussion

L'objectif de la discussion est de mettre en lien les résultats précédents avec la première partie qui faisait référence aux différents concepts.

L'hypothèse formulée est que l'étude de l'impact de la mise en place du dispositif de liaison permet d'apporter des éléments de réponses concernant la question de recherche suivante :

« En quoi la liaison au sein du CH par l'infirmière coordinatrice de l'HAD améliore-t-elle la collaboration et la coordination HAD-CH au service du patient ? ».

- Les résultats précédents témoignent de la plus-value de la mise en place de la liaison sur le partenariat entre l'HAD et le CH, les prescripteurs et patients étant dans l'ensemble très satisfaits de ce dispositif. On a donc une partie de la réponse à la question de recherche, la liaison permet bien une **amélioration** dans la fluidité des parcours du patient entre l'HAD et le CH.
- La notion de **coordination** dans le domaine du travail fait appel à des mécanismes que l'on peut retrouver en liaison : les activités des professionnels, et notamment de l'infirmière coordinatrice avec les équipes médicales et soignantes, sont mises en lien afin de réaliser l'objectif commun d'une continuité dans la prise en charge du patient. On recherche une organisation des acteurs et un **ajustement mutuel** permanent, permettant la **planification** et l'**anticipation**.

Les six attributs de la coordination sont tout à fait retrouvés avec le dispositif de liaison :

- **Centrée sur la personne** : le patient est au cœur de la liaison entre HAD et CH et constitue le point de départ et le but de ce dispositif. La liaison doit avant tout être bénéfique au patient, l'objectif étant l'amélioration du lien entre hôpital et domicile dans son parcours de soins.
- **Planification proactive** : dispenser les bons soins au bon moment. Les soins peuvent être ici vus au sens large, le but de la liaison est de planifier le retour à domicile et l'enchaînement des soins de l'hôpital jusqu'à la maison.

Les indicateurs quantitatifs de liaison témoignent de cette volonté d'anticipation : l'infirmière coordinatrice est très réactive lorsqu'une demande émane du CH, et les services qui intègrent les jours de permanence anticipent eux-aussi de plus en plus leurs demandes afin que le contact entre l'HAD et le patient soit bien établi.

- **Transversalité** : l'infirmière coordinatrice a réellement une mission transversale, de par ses passages dans différents services, et les contacts divers avec l'ensemble des professionnels du CH. Cette transversalité est l'élément primordial qui permet de faire le lien. Elle est d'ailleurs bien reflétée graphiquement dans les résultats qualitatifs de liaison, où sont répertoriés les différents passages et professionnels rencontrés durant un trimestre.
- **Corrélation** : Communiquer, collaborer, faire du lien. Ces mots sont les clés d'un **Partage** entre professionnels au profit du patient.

Lorsqu'on analyse les tableaux de bords et les recueils qualitatifs de liaison, ces éléments apparaissent très clairement. Les discussions entre l'IDECO de liaison et les équipes médicales et paramédicales concernent aussi bien les éventuelles PEC HAD, mais aussi les PEC ayant abouti. La liaison permet un retour d'information, une communication en amont et en aval, afin d'assurer une collaboration dans la prise en charge. Ainsi, lorsqu'un patient admis en HAD nécessite une ré-hospitalisation (ex : séjour de répit), la liaison et le partage d'informations réguliers sont facilitateurs dans l'organisation.

- **Facilitation** : Les permanences en elles-mêmes sont facilitatrices de la coordination : la présence régulière de l'infirmière de liaison qui est identifiée, la mise à disposition d'un bureau au sein du CH, le port de la blouse, sont des éléments aidant à l'accomplissement de la liaison. La recherche de l'expression des prescripteurs et des patients, l'obtention de leurs avis et la volonté d'améliorer le dispositif ne peuvent qu'être des éléments facilitant la coordination.

- La notion de coopération telle qu'elle est définie par le concept, ne semble pas être adaptée à la liaison. Du point de vue de l'organisation du travail, elle consiste en un certain séquençage des actions des acteurs finalement rassemblées pour former le travail commun. La liaison consiste au contraire en un lien permanent avec différents acteurs pour construire ensemble et en continu le projet du patient.

- Abordons maintenant la notion de collaboration : la conception de la collaboration du travail est en adéquation avec la liaison. Alors que la coopération est une division des actions, la collaboration au contraire appelle à « multiplier les interactions autour d'objectifs partagés »¹⁸. Le résultat est maximisé grâce à l'intelligence collective et l'engagement

mutuel, autrement dit l'objectif atteint collectivement est supérieur à la somme des objectifs individuels.

Le point de départ de la pratique collaborative est la **situation** du patient, et ses besoins. C'est la complexité de cette situation qui va impacter l'**intention de partenariat, le type d'interactions** et les **savoirs disciplinaires**. L'intention du partenariat correspond aux objectifs de collaboration. Dans une pratique indépendante, l'objectif est une collaboration limitée à la personne concernée : c'est la situation où l'HAD intervient seule et ne transmet pas d'informations aux autres acteurs. Dans le cadre de la liaison, on est plutôt dans une pratique multidisciplinaire voire interdisciplinaire, où les décisions se veulent partagées avec l'ensemble des acteurs (patients et entourages, HAD, CH, ..) afin de répondre à la situation.

On peut faire le lien entre les compétences spécifiques à la collaboration définies par le CPIS, et les attributs de la coordination abordés ci-dessus : la prise en charge se veut **holistique** et tournée vers le patient, et nécessite une **communication interprofessionnelle**. Les autres compétences sont :

- **La clarification des rôles** : il est important que chacun des acteurs se connaissent respectivement. Lors de la liaison, l'infirmière coordinatrice est amenée à rencontrer une multitude d'acteurs dont elle doit connaître les compétences et les limites en lien avec leur métier.

La clarification « organisationnelle », concernant le fonctionnement depuis la demande de prise en charge HAD jusqu'à la sortie du patient, est également primordiale pour bien fonctionner. Cette organisation est propre à chaque service, les prescripteurs de demandes pouvant être les médecins, assistantes sociales, cadres de santé. Il est nécessaire que l'IDECO de liaison repère les fonctionnements des différents services et s'adapte afin de permettre au mieux le déroulement des étapes jusque la sortie du patient.

- **Le travail d'équipe et le leadership collaboratif** : c'est la volonté de collaborer ensemble acteurs hospitaliers, patient, HAD afin d'améliorer la liaison et le parcours du patient du CH vers l'HAD.
- **La résolution de conflits interprofessionnels** : On peut faire ici le parallèle avec la difficulté de collaborer avec quelques services du CH, qui font l'objet d'une action de communication du médecin coordinateur de l'HAD auprès des prescripteurs identifiés. La volonté est bien de pérenniser le partenariat, de régler les éventuels différends existants, afin de permettre une collaboration durable entre le CH et l'HAD.

Le modèle de **formation** interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient fait le parallèle entre le système éducatif avec des apprenants, et le système professionnels avec des patients. L'infirmière de liaison a pu bénéficier d'une formation « communiquer auprès des prescripteurs » en décembre 2018 lui permettant d'obtenir des outils et des compétences afin de mettre en œuvre la pratique collaborative.

Ce modèle intègre la notion de **facteurs** influençant la situation d'apprentissage / la pratique collaborative, que sont les facteurs systémiques, institutionnels et interactionnels. En faisant le lien avec le concept de coordination, cela correspond à la singularité de la situation, la volonté de répondre aux besoins du patient au sens large (dimension holistique). On retrouve d'ailleurs cette plurifactorialité comme antécédents à la coordination dans la représentation de Bosc et al. (**Figure 1**)

Ainsi, il ne suffit pas d'une formation pour collaborer, la formation est un outil permettant d'acquérir des compétences et ainsi de s'adapter à la réalité de la situation du patient. Dans tous les cas, il faut une **motivation** et une **implication** de tous les acteurs impliqués dans le dispositif pour que la collaboration soit fonctionnelle.

Les concepts évoqués au début de ce travail de fin d'étude sont tout à fait retrouvés dans le dispositif de liaison. La mise en place de la liaison par l'IDECO de l'HAD au sein du CH permet d'être au plus près des patients et des prescripteurs et d'améliorer la pratique collaborative avec ces acteurs. C'est l'amélioration du partenariat qui permet une meilleure coordination des professionnels, ainsi qu'une plus grande anticipation des retours à domicile des patients, et donc une amélioration de leurs parcours de soins.

CONCLUSION

A la suite des éléments de recherche de ce travail de fin d'étude, il semble qu'on ait apporté une réponse positive à la question de départ. **L'étude de l'impact de la liaison a en effet permis de démontrer que la mise à disposition de l'infirmière de coordination de l'HAD de St-Omer au sein du CHRSO contribue à améliorer la collaboration et la coordination au service du patient.**

La volonté de ce travail est de rechercher la plus-value du dispositif afin de pouvoir le mettre en place sur d'autres territoires où l'HAD est présente. On peut se poser la question suivante : **Dans quelle mesure ce dispositif est-il transposable ?**

Nous retenons que de grands concepts, à savoir la coordination et la collaboration, encadrent la liaison et permettent de percevoir les éléments clés qui contribuent au bon fonctionnement du partenariat. Des similarités existent entre ces concepts : on retrouve par exemple le patient au centre du dispositif de soin, la prise en charge holistique et la volonté de répondre aux besoins du patient, les notions de « partage », de « communication », etc. Ce travail de fin d'étude ne s'est pas orienté vers le rôle de l'infirmière de liaison et la posture auprès des prescripteurs, pourtant cela semble être un des éléments essentiels permettant le déploiement de la liaison. L'infirmière de coordination est en effet en première ligne et interagit avec une multitude d'acteurs hospitaliers, c'est elle qui fait le lien direct entre ces acteurs et le patient pour l'organisation du retour à domicile. Bien que nous ayons évoqué la formation reçue par l'infirmière de St-Omer pour communiquer auprès des prescripteurs, il semble évident que la formation seule ne suffit pas. Il y a tout un bagage personnel de l'infirmière de coordination qui personnalise la liaison. Ainsi, d'une infirmière de liaison à une autre, la liaison ne s'effectuera pas du tout de la même manière auprès des prescripteurs.

Bien que les concepts soient des aides dans la transposition de la liaison, il convient de les inscrire dans des contextes particuliers qui sont ceux de l'HAD de St-Omer et du CHRSO : fonctionnement des équipes soignantes, historique des relations entre les deux acteurs, territoire d'intervention, etc. Le déploiement du dispositif de liaison entre l'HAD de St-Omer et le CHRSO est un exemple et ne peut être transposé à l'identique. La principale condition de réussite est la capacité à s'adapter à ce contexte spécifique.

Le déploiement de la liaison sur le secteur de Calais sera obligatoirement différent, et il en est de même pour Dunkerque. D'ailleurs, sur le territoire de Calais où la liaison a démarré,

il est déjà possible de constater que les résultats à quelques mois de liaison diffèrent avec ceux qui existaient pour St-Omer.

Le deuxième questionnement à la suite de ce travail de fin d'étude, est la volonté de maintenir le partenariat. On peut donc se demander : **Par quel moyen pérenniser le dispositif de liaison et la collaboration ?**

Réunir à long terme les acteurs hospitaliers et l'HAD n'est pas une chose facile. La liaison porte ses fruits, mais elle n'en est pas moins un dispositif chronophage pour l'IDECO de liaison. L'intérêt est de trouver un moyen de maintenir la motivation et l'implication des différents acteurs au long court. Une des idées peut être la réalisation de patients traceurs de manière régulière, pour se rassembler autour d'un « cas commun », revenir à la pratique, et retracer ensemble les différentes étapes en vue d'améliorer sans cesse la prise en charge et la collaboration. Ces patients traceurs pourraient également faire l'objet d'un travail de standardisation de parcours, permettre de positionner des standards à partir de cas concrets. Cette démarche de standardisation des parcours des patients aurait pour conséquence une plus grande anticipation, et une plus grande connaissance du rôle du CH et de l'HAD en amont et en aval de la prise en charge.

Enfin, la dernière piste d'ouverture de ce travail de fin d'étude porte sur les **acteurs de la ville**, et les acteurs hospitaliers « annexes » avec lesquels l'HAD est amenée à travailler comme par exemple les cliniques.

Nous sommes partis des demandes de prise en charge HAD majoritaires de la part des acteurs hospitaliers, ce qui a mené à la volonté de partenariat. Ce travail s'est donc concentré uniquement sur le projet de liaison HAD-CH. Cependant dans le parcours de soins des patients en HAD, une collaboration avec les médecins et les professionnels libéraux est essentielle. Ces acteurs de ville (EHPAD, association, libéraux, etc.) jouent en effet un rôle primordial lors du retour et du maintien du patient au domicile. Le partenariat existe avec certains professionnels, mais il est toutefois à renforcer et à développer.

La standardisation des parcours patients par l'intermédiaire des patients traceurs pourrait être un bon moyen pour communiquer et collaborer avec les professionnels de premier recours.

BIBLIOGRAPHIE

Classée par ordre d'apparition dans le texte, figures et tableaux compris.

1. FEDERATION NATIONALE DES ETABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION A DOMICILE (FNEHAD). Site internet de la FNEHAD [En ligne]. Disponible sur : <https://www.fnehad.fr> (consulté le 06/02/2019)
2. AGENCE WEB FIDESIO. Larousse, définition de « Coordonner » [En ligne], Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coordonner/19075?q=coordonner#18966> (consulté le 06/02/2019)
3. MINTZBERG H., 1982. *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Éd. d'Organisation. <https://www.editions-eyrolles.com/Livre/9782708119710/structure-et-dynamique-des-organisations> (consulté le 09/02/2019)
4. GROOTAERS D., 14/12/2005. Les apports de Henry Mintzberg : L'approche systémique pour mieux comprendre les organisations [En ligne], *Le grain, Atelier de pédagogie sociale*. Disponible sur : http://www.legrainasbl.org/index.php?option=com_content&view=article&id=114:les-apports-de-henri-mintzberg-lapproche-systemique-pour-mieux-comprendre-les-organisations&catid=54:analyses&Itemid=115 (consulté le 09/02/2019)
5. DESREUMAUX A., 2013. La notion d'organisation, Les 5 modes de coordination [En ligne], *Ecole Universitaire de Management (IAE), Université de Lille*, Disponible sur : http://bricks.univ-lille1.fr/M19/cours/co/chap02_03_02.html (consulté le 09/02/2019)
6. SAN MARTIN RODRIGUEZ, Leticia, 2007. *Évaluation des effets de la collaboration interprofessionnelle chez les professionnels et chez les patients dans les unités d'hospitalisation en oncologie et en hématologie* [En ligne] Thèse en vue de l'obtention du grade de Philosophi Doctor (Ph.D.) en sciences infirmières. Université de Montréal. Disponible sur : <https://core.ac.uk/download/pdf/80346642.pdf> (consulté le 03/04/2019)
7. KLOPFENSTEIN-CRELEROT S., BOSC-FISHMAN A., Décembre 2016. Les six attributs du concept de "coordination des soins", *Soins*. Volume 61, N°811, Pages 15-17. DOI : 10.1016/j.soins.2016.10.001 (consulté le 30/01/2019)
8. FISHMAN-BOSC A., LEVEAU E., CRELEROT-KLOPFENSTEIN S. et al., 2016. Clarification de concept : la coordination appliquée au domaine des soins [En ligne], *Revue francophone internationale de recherche infirmière*. Volume 2, Issue 2, Pages 77-86. DOI: 10.1016/j.refiri.2016.02.001 (consulté le 30/01/2019)
9. AUBRY R., 2007. Les fonctions de coordination dans le champ de la santé [En ligne], *Santé Publique*. Volume 19, N° hors-série, Pages 73-77. DOI : 10.3917/spub.070.0073 (consulté le 30/01/2019)
10. LE SOMMER-PERE M., 2002. Les différents niveaux de coordination [En ligne], *Gérontologie et société* 2002. Volume 25, N°100, Pages 49-63. DOI : [10.3917/gs.100.0049](https://doi.org/10.3917/gs.100.0049) (consulté le 30/01/2019)

11. AGENCE WEB FIDESIO. Larousse, définition de « Coopérer » [En ligne], Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/coop%C3%A9rer/19060?q=coop%C3%A9rer#18950> (consulté le 05/02/2019)
12. PIQUET A., 08/2009. Guide pratique du travail collaboratif : Théories, méthodes et outils au service de la collaboration [En ligne]. Service « Internet et Expression Multimédia ». Disponible sur : https://www.a-brest.net/IMG/pdf/Guide_pratique_du_travail_collaboratif.pdf (consulté le 05/02/2019)
13. HENRI F., LUNDGREN-CAYROL K.. *Outils - réseaux : Travailler en réseaux, usages et outils* [En ligne]. Disponible sur : <http://outils-reseaux.org/ContenuCooperationCollaboration> (consulté le 05/02/2019)
14. HAUTE AUTORITE DE SANTE, 05–06/2008. Qualité des soins : les nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé [En ligne]. *La lettre d'information de la HAS*. N°12, Pages 1, 3-5. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/lettre_has_12_3.pdf (consulté le 05/02/2019)
15. CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, 2013. *Article L4011-1* [En ligne], Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000028393846&idSectionTA=LEGISCTA000020897407&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20190206> (consulté le 06/02/2019)
16. AGENCE WEB FIDESIO. Larousse, définition de « Collaborer » [En ligne], Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/collaborer/17140?q=collaborer#17013> (consulté le 06/02/2019)
17. GANGLOFF-ZIEGLER C., 2009. Les freins au travail collaboratif [En ligne]. *Marché et organisations*. Volume 3, N°10, Pages 95-112. DOI : 10.3917/maorg.010.0095 (consulté le 06/02/2019)
18. COUTANT C., CAILLET C., 2015. Communication 678 – Atelier 12 : TICE « Coopération vs collaboration dans les classes virtuelles » [En ligne]. *Biennale internationale de l'éducation, de la formation et des pratiques professionnelles 2015, Paris, France*. HAL Id: hal-01186384 (consulté le 06/02/2019)
19. HARTONO Edward, 2004. *Knowledge, technology and inter-firm collaboration: a model and empirical study of collaborative commerce* [En ligne]. Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy. College of Business and Economics at the University of Kentucky. Disponible sur : <https://search.proquest.com/openview/d2d0d70ac457999c538c3ba23be597c5/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y> (consulté le 06/02/2019)
20. REGROUPEMENT DES INTERVENANTS FRANCOPHONES EN SANTE ET SERVICES SOCIOCOMMUNAUTAIRES DE L'ONTARIO (RIFSSSO), 2013. La collaboration interprofessionnelle [En ligne]. Disponible sur : <https://docplayer.fr/6808880-La-collaboration-interprofessionnelle.html> (consulté le 03/04/2019)
21. CAREAU E., BRIERE N., HOULE N., et al., 2014. Continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelle en santé et services sociaux - Guide explicatif [En ligne].

Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI). Disponible sur : http://www.rcpi.ulaval.ca/fileadmin/media/Coffre_a_outils/CONTINUUM_v15_web_1_.pdf (consulté le 03/04/2019)

22. CONSORTIUM PANCANADIEN POUR L'INTERPROFESSIONNALISME EN SANTE (CPIS), 2010. *Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme* [En ligne], Disponible sur : http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf (consulté le 03/04/2019)
23. KOSREMELLI ASMAR M., WACHEUX F., 2007. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire [En ligne]. *Conférence Internationale en Management*. Février 2007, Beyrouth, Liban. Pages 57-75. DOI : halshs-00170357 (consulté le 03/04/2019)
24. GALVEZ N., 2008. Collaboration, coopération, quels concepts derrière les mots ? [En ligne]. *La revue des territoires innovants*. N° 1 Biens communs, collaboration et communication, Page 7. Disponible sur : http://www.territoiresinnovants.org/publications/publications/download/35_9876aec824f2_9717fa0b1af64be4e227 (consulté le 09/02/2019)
25. FANTONI-QUINTON S., SOULAT J-M., 2017. Session 2 : Du protocole à l'action construite et coordonnée, animation et coordination de l'équipe pluridisciplinaire [En ligne]. *Présanse : Prévention et Santé au Travail*. Actes Journées Santé Travail du CISME – Tome VII. Disponible sur : http://www.presanse.fr/wpFichiers/1/1/Ressources/File/JST/JST_2017/session2/A_S2_0.pdf (consulté le 06/02/2019)
26. ROUX L., 26/02/2019. Bien communiquer pour engager. *UE-D3 projet de coopération par territoire, établissement ou trajectoire*. Coordination des trajectoires de santé (consulté le 06/03/2019)
27. PASCAL A., Mai 2018. Panorama des différentes stratégies de recherche. *UE-E4 mise en œuvre d'une action de recherche et de recherche-action*. Coordination des trajectoires de santé (consulté en juin 2019).

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	
INTRODUCTION.....	1
PROBLEMATIQUE.....	3
Contexte :	3
Analyse des indicateurs qualitatifs :	4
REVUE DE LA LITTERATURE ET CONCEPTS.....	7
I. COORDINATION	7
1) Travail coordonné.....	7
2) Coordination en santé	8
II. COOPERATION	10
1) Travail coopératif	10
2) Coopération en santé	10
III. COLLABORATION :	11
1) Travail collaboratif	11
2) Collaboration interprofessionnelle et pratique collaborative	12
3) Le modèle de formation interprofessionnelle pour une pratique en collaboration centrée sur le patient.....	14
IV. SYNTHESE DES CONCEPTS	15
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	17
1) Etat des lieux	17
2) La fiche projet.....	19
3) Déploiement du projet : méthodologie	24
RESULTATS.....	27
1) Résultats quantitatifs	27
2) Résultats qualitatifs	36
3) Synthèse succincte des résultats.....	50
DISCUSSION.....	51
CONCLUSION.....	55
TABLE DES MATIERES	
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	
TABLE DES SIGLES.....	
ANNEXES.....	
ANNEXE I : LES ETAPES DU PARCOURS PATIENT EN HAD	1
ANNEXE II: LA BÊTE A CORNES	II
ANNEXE III : L'ARBRE A OBJECTIFS	III
ANNEXE IV : LE DIAGRAMME DE GANTT	IV
ANNEXE V: INDICATEURS DE SUIVI DE L'IDECO DE LIAISON.....	V
ANNEXE VI : GRILLE D'ENTRETIEN PRESCRIPTEUR	VII
ANNEXE VII : GRILLE ENTRETIEN PATIENT	IX
ANNEXE VIII : DEMANDES RECUES ET ACCEPTEES PAR SERVICE PRESCRIPTEUR AVANT ET DURANT LA 1 ^{ère} ANNEE DE LA LIAISON	X
ANNEXE IX: REPARTITION DES DEMANDES HAD PAR SERVICES PRESCRIPTEURS POUR L'ANNEE 2018 (ACTIVITE HAD ST-OMER 2018) ..	XI
ANNEXE X : ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M2	XII
ANNEXE XI : ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M9.....	XIII
ANNEXE XII : ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M12.....	XV
ANNEXE XIII : DETAIL DE L'ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M12	XVII
ANNEXE XIV : GRILLE DE SYNTHESE D'UN ENTRETIEN PRESCRIPTEUR.....	XIX
ANNEXE XV : TABLEAU TMPF.....	XX
ANNEXE XVI : PLAN D'ACTIONS	XXI
ANNEXE XVII : ANALYSE DES ENTRETIENS VIA LE LOGICIEL QDA MINER	XXIII
ANNEXE XVIII : ANALYSE DES CODAGES DES ENTRETIENS VIA LE LOGICIEL QDA MINER	XXV
ANNEXE XIX: ABSTRACT (Poster)	XXVI

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1: Représentation graphique de la coordination selon Bosc et al.	9
Figure 2: Coopération	10
Figure 3: Collaboration	11
Figure 4: Le continuum des pratiques de collaboration interprofessionnelles en santé et services sociaux.	12
Figure 5: Les six domaines de compétences selon le référentiel national du CPIS (Adaptation du référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme)	13
Figure 6: Modèle de formation interdisciplinaire pour une pratique en collaboration centrée sur le patient (FICCP), D'Amour et Oandasan (2004)	14
Figure 7: Les éléments influençant le développement et le maintien d'une collaboration entre professionnels	15
Figure 8: Rôles de l'IDECO de liaison	19
Figure 9: Missions de l'IDECO de liaison	20
Figure 10: Les indicateurs de résultats du projet de liaison	23
Figure 11: Satisfaction moyenne par service prescripteur	36
Figure 12: Satisfaction moyenne par indicateurs	37
Figure 13: Matrice TMFP globale	40
Figure 14: Découpage de la matrice TMFP.....	41
Figure 15: Zone 1 de la matrice.....	41
Figure 16: Zone 2 de la matrice.....	41
Figure 17: Zone 3 de la matrice.....	42
Figure 18: Professionnels rencontrés (1er trimestre 2019)	44
Figure 19: Services visités (1er trimestre 2019)	44
Figure 20: Structuration des entretiens patients.....	46
Figure 21: Emotions du patient.....	47
Figure 22: Emotions du proche aidant.....	47
Figure 23: Eléments positifs relevés par les patients	48
Figure 24: Axes d'améliorations relevés par les patients	48
 Tableau 1: Synthèse des concepts.....	 16
Tableau 2: Indicateurs de partenariat avant la liaison	27
Tableau 3: Indicateurs de partenariat depuis la liaison	28
Tableau 4: Indicateurs de partenariat avant / depuis la liaison	30
Tableau 5: Indicateurs de satisfaction de la liaison	37
Tableau 6: Présentation des patients interrogés:	44

TABLE DES SIGLES

BCG: Boston Consulting Group

CH : Centre Hospitalier

CHRSO : Centre Hospitalier Région de St-Omer

CIPS : Consortium Pancanadien pour l'Interprofessionnalisme en Santé

CSP: Code de Santé Publique

DMS: Durée moyenne de séjour

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante

EMSP : Equipe Mobile de Soins Palliatifs

ES : Etablissement de Santé

ESMS : Etablissements sociaux et médico-sociaux

FICCP : Formation Interdisciplinaire pour une pratique en Collaboration Centrée sur le Patient

FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile

HAD : Hospitalisation A Domicile

HAS: Haute Autorité de Santé

IDECO : Infirmier Coordinateur

IDECOL : Infirmier Coordinateur de Liaison

ILIS: Institut Lillois d'Ingénierie de la Santé

PEC: Prise En Charge

SSIAD : Services de Soins Infirmiers A Domicile

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

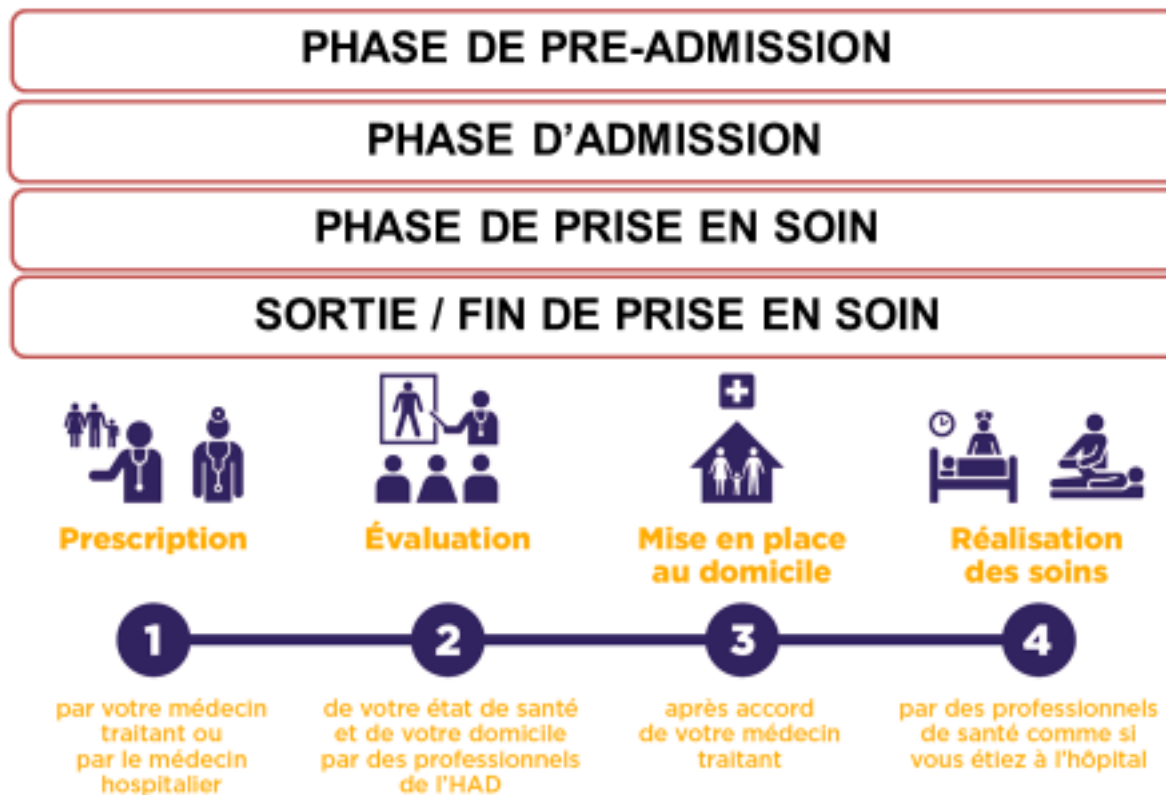
TMFP: Matrice Technicité Maturité Faisabilité Patients

USP : Unité de Soins Palliatifs

ANNEXES

ANNEXE I : LES ETAPES DU PARCOURS PATIENT EN HAD	1
ANNEXE II: LA BÊTE A CORNES	II
ANNEXE III : L'ARBRE A OBJECTIFS.....	III
ANNEXE IV : LE DIAGRAMME DE GANTT	IV
ANNEXE V: INDICATEURS DE SUIVI DE L'IDECO DE LIAISON	V
ANNEXE VI : GRILLE D'ENTRETIEN PRESCRIPTEUR	VII
ANNEXE VII : GRILLE ENTRETIEN PATIENT	IX
ANNEXE VIII : DEMANDES RECUES ET ACCEPTEES PAR SERVICE PRESCRIPTEUR AVANT ET DURANT LA 1 ^{ère} ANNEE DE LA LIAISON.....	X
ANNEXE IX: REPARTITION DES DEMANDES HAD PAR SERVICES PRESCRIPTEURS POUR L'ANNEE 2018 (ACTIVITE HAD ST-OMER 2018)	XI
ANNEXE X : ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M2	XII
ANNEXE XI : ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M9	XIII
ANNEXE XII : ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M12	XV
ANNEXE XIII : DETAIL DE L'ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M12...	XVII
ANNEXE XIV : GRILLE DE SYNTHESE D'UN ENTRETIEN PRESCRIPTEUR	XIX
ANNEXE XV : TABLEAU TMPF	XX
ANNEXE XVI : PLAN D'ACTIONS	XXI
ANNEXE XVII : ANALYSE DES ENTRETIENS VIA LE LOGICIEL QDA MINER.....	XXIII
ANNEXE XVIII : ANALYSE DES CODAGES DES ENTRETIENS VIA LE LOGICIEL QDA MINER	XXV
ANNEXE XIX: ABSTRACT (Poster)	XXVI

Etapes du Parcours Patient



ANNEXE II: LA BÊTE A CORNES

Sur quoi le projet agit-il ?

- Lien ville/ Hôpital
- Inter professionnalité
- Communication / Connaissances
- Collaboration avec les acteurs en lien avec l'HAD
- Fluidité et efficacité du parcours de soins du patient
- Engagement des acteurs

A qui le projet rend-il service ?

- Patient
- Le Centre Hospitalier
- L'HAD
- Les professionnels libéraux
- Partenaires extérieurs (EHPAD, SSIAD)

Collaboration HAD/ CH par le biais de la liaison

En quoi la mise en place de la liaison au sein du CH par l'infirmière coordinatrice de l'HAD améliore-t-elle la collaboration et la coordination HAD/ CH?

Dans quel but ?

Evaluer l'intérêt de la liaison par l'infirmière de liaison au sein du Centre Hospitalier

Pourquoi ce but ?

Extension du dispositif à 2 autres hôpitaux

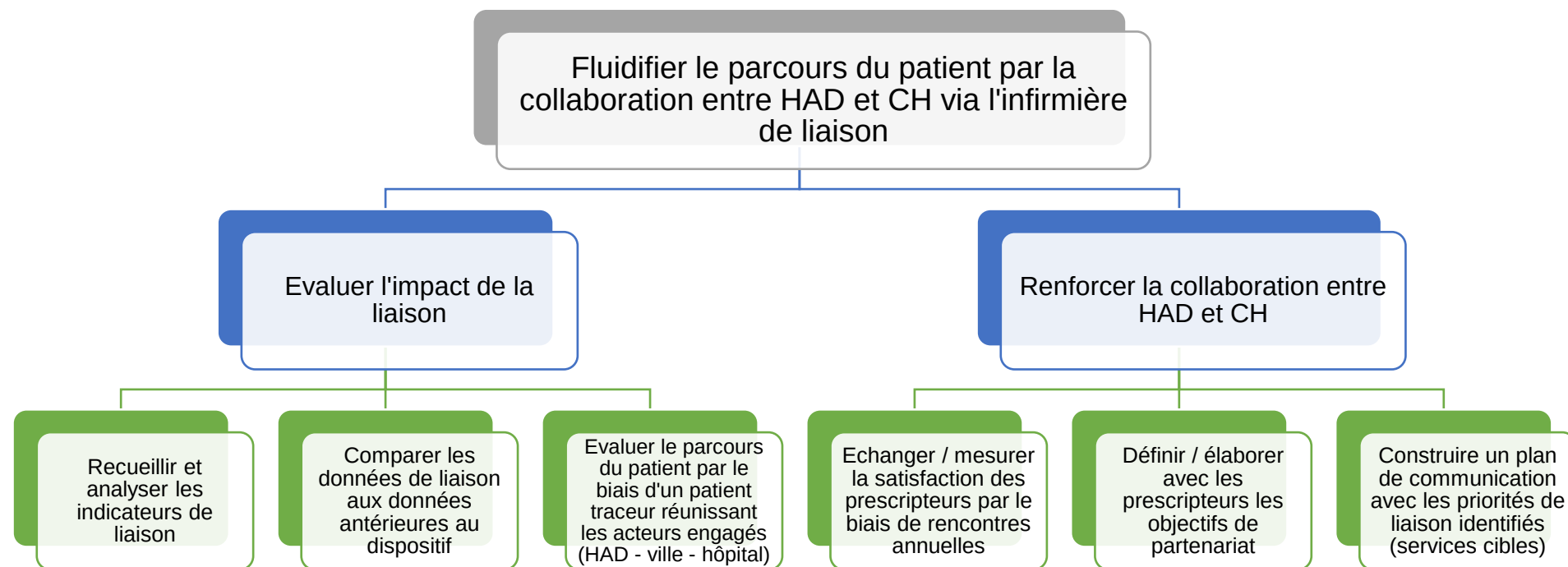
Pourquoi (besoins)?

- **CH**: Diminuer les durées moyennes de séjour pour l'Hôpital
- **HAD**: Développer et communiquer sur les motifs de prise en charge HAD
- **Patient**: Améliorer la qualité et la fluidité de sa prise en charge
- **Professionnels libéraux**: Collaborer et/ou s'engager pour la prise en charge du patient

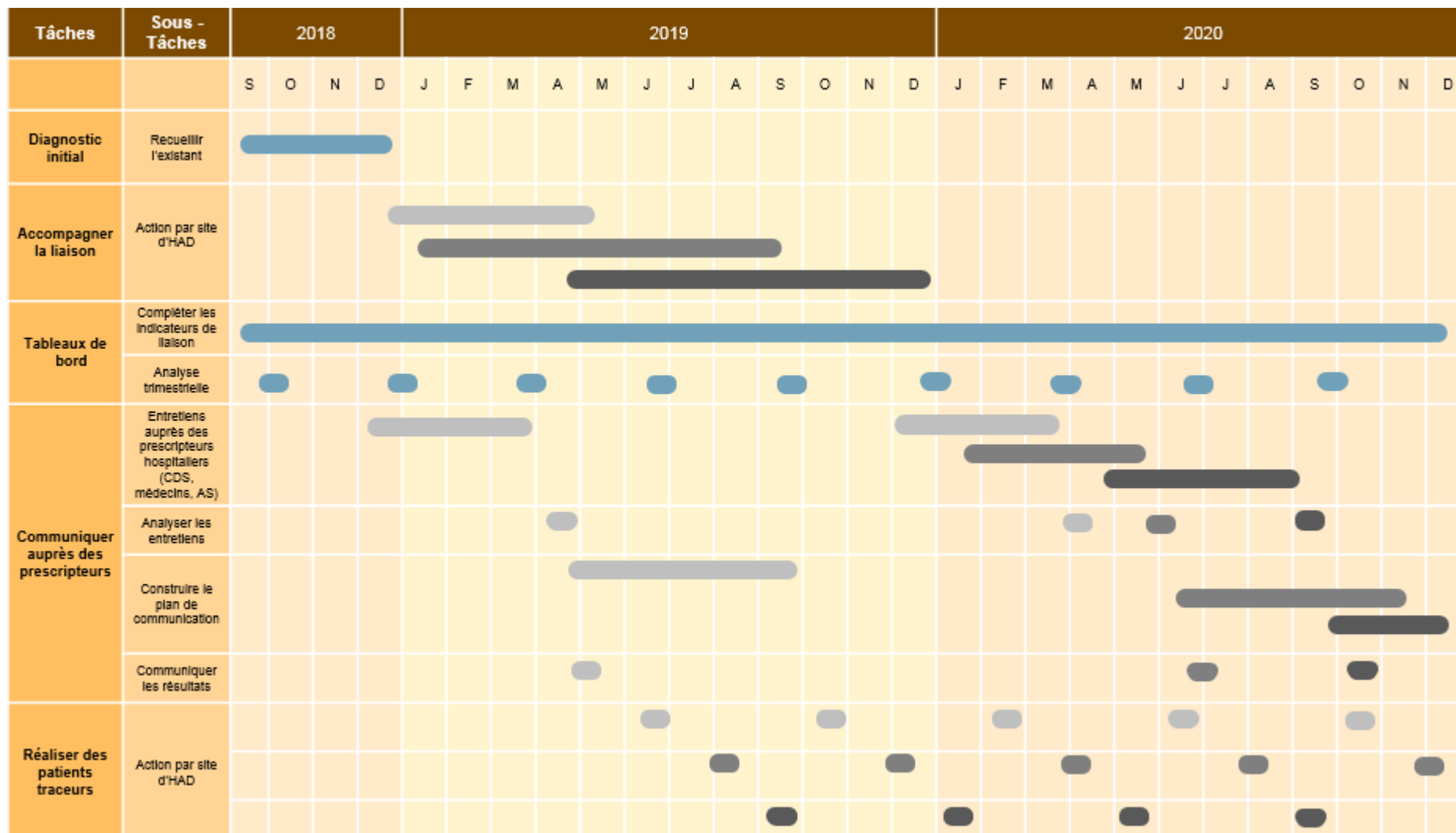
Pourquoi (causes)

- Optimiser ou améliorer le parcours du patient
- Fluidité et efficacité

ANNEXE III : L'ARBRE A OBJECTIFS



ANNEXE IV : LE DIAGRAMME DE GANTT



ANNEXE V:
INDICATEURS DE SUIVI DE L'IDECO DE LIAISON
Indicateurs quantitatifs (1/2)

Indicateurs de suivi : HAD / CHRSO (Quantitatifs)																	
Données incluant la totalité des demandes de PEC, abouties ou non								Données basées sur les PEC ayant abouties									
Semaines	Date de la liaison	Date demande PEC HAD + type de demande (S = spontanée / VT = ViaTrajectoire / T = Téléphone)	Nom du Service hospitalier adresseur	Préciser si le parcours de soin du patient comprend ≠ services	Nombre de jour(s) entre la demande et l'évaluation		Durée d'hospitalisation au jour de l'évaluation (en jours)	Nombre de jour(s) entre la date de prise en charge souhaitée et effective		Nombre de jour(s) entre l'évaluation et la prise en charge effective		Réactivité (demande -> prise en charge effective)	DMS Hôpital (tous services confondus)	Modes de prise en charge principaux/associés en HAD	Observations		
S5	25-janv	25-janv	T	SSR	Oui	28-janv	3								Transfert chirurgie		
	31-janv	31-janv	S	Médecine interne	Oui	31-janv	0	6	19-févr	0	19-févr	0	19	25	Traitement intraveineux	Sortie prévue pour début de semaine prochaine, car famille non préparée. VAD prévue le 01/02 mais refusée pour la famille. Sortie reportée	
		31-janv	S	Gériatrie	Non	31-janv	0	8	05-janv	5	05-janv	5	5	13	Soins de nursing lourds	Sortie le 05/02	
		31-janv	S	Gériatrie	Oui	31-janv	0								Soins palliatifs	Transfert à l'Amandée pour stabilisation, plus de sortie HAD car patient trop instable (fin de vie imminente)	
		31-janv	S	Amandée USP	Oui	31-janv	0	5							Soins palliatifs	Fin de vie imminente	
		31-janv	S	Urgences	Non	31-janv	0	2	31-janv	0	31-janv	0	0	2	Soins palliatifs	PEC HAD hospitalisée pour réévaluation douleur (USP). Pas de place en USP, RAD. Collaboration UMG	
Légende		Refus / Non aboutie										Durée moyenne:	8	Moyenne DMS:	13		
 																	
2019 S5_STO																	

ANNEXE V :
INDICATEURS DE SUIVI DE L'IDECO DE LIAISON
Indicateurs qualitatifs – reporting (2/2)

Indicateurs de suivi : HAD / CHRSO (Qualitatifs)											
Semaines	Date de la liaison	Service visité	Nom et fonction du(es) Professionnel(s) rencontré(s)	Informations diverses / Concurrence	Difficultés rencontrées	Dvt d'indication HAD	Cibles	Actions réalisées	Résultats quantitatifs/ qualitatifs	Suivi / Projet	Notion de concurrence (Oui / Non)
S5	31-janv	Chirurgie viscérale	Equipe soignante	Sortie reportée au lendemain pour un patient	Non	ATB	Intervention HAD		Sortie reportée		Non
		Cardiologie	Equipe soignante	Pas de demande d'intervention HAD ce jour, retour d'information // patient sortie en HAD	Non		Intervention HAD		0 demande ce jour		Non
		Pneumologie	Cadre de santé	Entretien prescripteur	Non		Entretien prescripteur		Rendez vous fixé		Non
		Gériatrie	Equipe soignante	Echange d'information // sortie patiente ce jour + 2 prochaines sorties HAD pour la semaine prochaine	Non		Intervention HAD	Discussion // prochaines PEC		Voir sur la liaison de lundi si indication de dates de sorties	Non
			Dr G + Dr M					Remise support unique à remplir pour la sortie	Support unique récupéré		
		Médecine interne	Dr A	Partage d'information concernant potentielle PEC HAD	Non		Intervention HAD	Discussion, recueil information. Patient stable sur le plan médical, famille non préparée au RAD. + Distribution de feuilles de ddes HAD	RDV fixé avec la famille le 01/02 pour explication HAD	Eventuel RAD pour début de semaine prochaine	Non
			Dr M	Retour d'information // patient PEC HAD	Non		Intervention HAD	Echange d'information			
			CDS: Mme E	Entretien prescripteur + dde PEC HAD	Non		Entretien prescripteur + Intervention HAD		Entretien fixé + Support feuille dde PEC HAD distribués		
		Infectiologie	Dr M	Discussion concernant rôle et organisation HAD en lien avec ATB	Non		Réflexion concernant organisation	Nouvelle collaboration avec Dr Melliez, pour le moment astreinte HAD mais pas	Fonctionnement SAP +++	Projet d'équipe de nuit ?	Non
		Oncologie	Equipe soignante	Intervention HAD	Non		Intervention HAD		0 demande ce jour		Non
		Cadre >	Mme A	Point // entretiens prescripteurs	Non			Informations données sur les différents entretiens réalisés, en cours et à venir		Transmettre les données	Non
		USP	Dr L	Echanges d'information	Non		Intervention HAD	Echanges d'information concernant patient PEC en USP + point // prochaines sorties en HAD à venir		Sortie prévue la semaine prochaine	Non
			EMSP	Discussion concernant patiente en HAD hospitalisée aux urgences en attente place USP	Oui		Intervention HAD	Recueil d'information + visite de la patiente aux urgences avec l'EMSP	Patiente souhaitant +++ RAD, pas de place en USP avant le lendemain. Ttt réadaptée avec EMSP		
		UMG	IDE	Echanges d'information	Non		Partenariat EMG - HAD			Réunion prévue le 18 f	Non

ANNEXE VI :
GRILLE D'ENTRETIEN PRESCRIPTEUR
 Prescripteur actuel (1/2)

ETABLISSEMENT :		SERVICE :		DATE :	
-----------------	--	-----------	--	--------	--

Connaissance et perception de l'HAD xxxxxxxx Connaissance : 1 2 3 Perception : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; width: 33%;">+</td> <td style="text-align: center; width: 33%;">-</td> <td style="text-align: center; width: 33%;">Attentes</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	+	-	Attentes				Pathologies prises en charge à domicile / indications <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> Aujourd'hui App.quantitative </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top; padding: 5px;"> Projet App.quantitative </td> </tr> </table>	Aujourd'hui App.quantitative	Projet App.quantitative	Profil des patients Avantages de l'HAD Perception projet Interlocuteurs
+	-	Attentes								
Aujourd'hui App.quantitative	Projet App.quantitative									

Impossibilité de prise en charge en HAD ☐ Oui ☐ Non Raisons : Réorientation :

Pratiques actuelles (domicile hors HAD) ☐ SSIAD : ☐ Réseaux : ☐ Prestataires de services : ☐ Autres :	Indicateurs Connaissance de l'HAD en général 1 2 3 Technicité 1 2 3 Maturité 1 2 3 Faisabilité 1 2 3	Satisfaction et attentes relatives aux prestations <table style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Peu satisfait</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Satisfait</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Améliorations / attentes</th> </tr> <tr><td>Prestations globalement :</td><td></td><td></td><td>.....</td></tr> <tr><td>Prise en charge du patient :</td><td></td><td></td><td>.....</td></tr> <tr><td>Réactivité / délais d'intervention :</td><td></td><td></td><td>.....</td></tr> <tr><td>Information / communication :</td><td></td><td></td><td>.....</td></tr> <tr><td>Relations avec le personnel :</td><td></td><td></td><td>.....</td></tr> <tr><td>Personnel (quantitatif) :</td><td></td><td></td><td>.....</td></tr> <tr><td>Personnel (qualitatif) :</td><td></td><td></td><td>.....</td></tr> <tr><td>Mode de fonctionnement / coordination :</td><td></td><td></td><td>.....</td></tr> <tr><td>Suivi patient :</td><td></td><td></td><td>.....</td></tr> <tr><td>Retour d'informations :</td><td></td><td></td><td>.....</td></tr> <tr><td>Moyens techniques :</td><td></td><td></td><td>.....</td></tr> <tr><td>De la qualité à domicile :</td><td></td><td></td><td>.....</td></tr> <tr><td colspan="4"><u>Autres attentes / Qualités / Défauts :</u></td></tr> </table>		Peu satisfait	Satisfait	Améliorations / attentes	Prestations globalement :				Prise en charge du patient :				Réactivité / délais d'intervention :				Information / communication :				Relations avec le personnel :				Personnel (quantitatif) :				Personnel (qualitatif) :				Mode de fonctionnement / coordination :				Suivi patient :				Retour d'informations :				Moyens techniques :				De la qualité à domicile :				<u>Autres attentes / Qualités / Défauts :</u>			
	Peu satisfait	Satisfait	Améliorations / attentes																																																							
Prestations globalement :																																																										
Prise en charge du patient :																																																										
Réactivité / délais d'intervention :																																																										
Information / communication :																																																										
Relations avec le personnel :																																																										
Personnel (quantitatif) :																																																										
Personnel (qualitatif) :																																																										
Mode de fonctionnement / coordination :																																																										
Suivi patient :																																																										
Retour d'informations :																																																										
Moyens techniques :																																																										
De la qualité à domicile :																																																										
<u>Autres attentes / Qualités / Défauts :</u>																																																										

Moyens humains à mettre en place Personnel indispensable, souhaitable, missions, ...) : Formations :
--

ANNEXE VI :
GRILLE ENTRETIEN PRESCRIPTEUR
 Prescripteur potentiel (2/2)

ETABLISSEMENT :		SERVICE :		DATE :	
-----------------	--	-----------	--	--------	--

Connaissance / perception de l'HAD XXXX Connaissance : 1 2 3 Perception de l'HAD xxxxxxxxxxxx : <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;">+</td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;">-</td> <td style="width: 33%; text-align: center; padding: 5px;">Attentes</td> </tr> <tr> <td style="height: 60px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	+	-	Attentes				Pathologies susceptibles d'être prises en charge à domicile / indications 	Profil des patients Avantages de l'HAD Perception projet
+	-	Attentes						

Pratiques actuelles (domicile) ☐ SSIAD : ☐ Réseaux : ☐ Prestataires de services : ☐ Autres :	Conditions de développement 	Indicateurs Connaissance de l'HAD en général 1 2 3 Technicité 1 2 3 Maturité 1 2 3 Faisabilité 1 2 3	Interlocuteurs
Moyens humains Personnel indispensable, souhaitable, missions, ...) : Formations :	Conditions techniques 	Approche quantitative 	Remarques

**ANNEXE VII :
GRILLE ENTRETIEN PATIENT**

GRILLE ENTRETIEN PATIENT

Date d'hospitalisation au Centre Hospitalier :

Date d'entrée en HAD :

Motif de PEC HAD :

Date de la sortie en HAD :

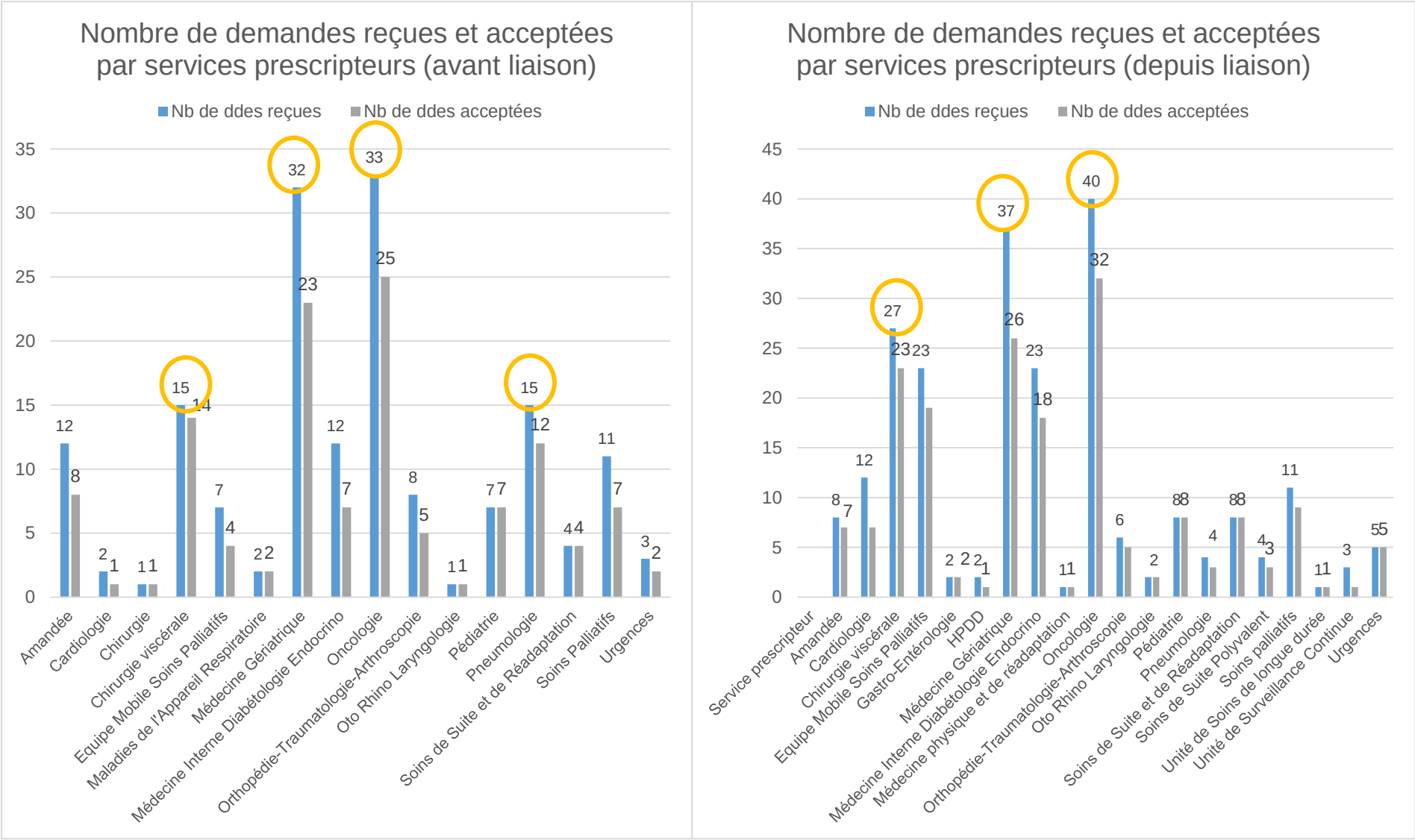
Date d'entretien :

Présentation du projet de liaison, et de la collaboration depuis un an avec le CH de St-Omer. Volonté de recueillir l'avis des patients pour améliorer le partenariat.

Questions :

- Lors de votre séjour à l'hôpital, avez-vous été informé rapidement du projet de sortie ? ☐ Oui ☐ Non
 - Avez-vous été informé de la demande d'HAD par le service ? ☐ Oui ☐ Non
 - Etiez-vous en accord avec le projet de sortie et le mode de sortie ? ☐ Oui ☐ Non
 - Avez-vous été informé du passage de l'HAD pour vous rencontrer ? ☐ Oui ☐ Non
 - Êtes-vous satisfait du contact avec l'infirmière coordinatrice ? (Nombre de passages, disponibilité, etc.) ☐ Oui ☐ Non
-
- Racontez-moi l'organisation du retour à domicile avec l'infirmière coordinatrice (visite en chambre au CH +/- visite à domicile) ? Et le retour à domicile ? Êtes-vous satisfait ?
 - Avez-vous des remarques, des suggestions concernant la collaboration entre HAD et CH ?

ANNEXE VIII :
DEMANDES RECUES ET ACCEPTEES PAR SERVICE PRESCRIPTEUR AVANT ET DURANT LA 1^{ère} ANNEE DE LA LIAISON



ANNEXE IX:
REPARTITION DES DEMANDES HAD PAR SERVICES PRESCRIPTEURS POUR L'ANNEE 2018 (ACTIVITE HAD ST-OMER 2018)

Hôpital prescripteur / Service prescripteur	Nombre de demandes
Centre Hospitalier de Saint Omer (CHRSO)	219
Service d'Oncologie	42
Médecine Gériatrique	37
Service de Chirurgie Viscérale	24
Service de Médecine Interne Diabétologie Endocrino	20
Equipe Mobile Soins Palliatifs	18
Service de Soins Palliatifs	14
Service de Cardiologie	11
Service de Pédiatrie	10
Service de Soins de Suite et de Réadaptation	9
Service Orthopédie-Traumatologie-Arthroscopie	7
Amandée	6
Urgences	5
Service Pneumologie	5
Unité de Surveillance Continue	2
HPDD	2
Service de Soins de Suite Polyvalent	2
Oto Rhino Laryngologie	2
Non Renseigné	1
Service de médecine physique et de réadaptation	1
Service de Gastro-Entérologie	1
Hôpital Jeanne de Flandre	13
Service de soins de Suite et de Réadaptation	7
Service Médecine	6

Hôpital prescripteur / Service prescripteur	Nombre de demandes
Hôpital C. Huriez	23
Endocrinologie—oncologie endocrinienne	8
(vide)	3
Chirurgie Adulte Ouest (CAO)	2
Chirurgie Digestive et Générale	2
Dermatologie	2
Médecine Interne	2
Maladies Infectieuses	1
Chirurgie Adulte Est (CAE)	1
Néphrologie	1
O.R.L.	1
Hôpital Roger Salendro CHR	10
Service Traumatologie septique	3
Ortho TR—3ème SUD	2
(vide)	1
Service Hébergement Septique	1
Service Neurologie C	1
Service de Rhumatologie	1
CS Ortho-traumatologie	1
Centre Hospitalier de Calais	9
Neurologie	4
Soins de Suite et de Réadaptation	4
Gériatrie—court séjour	1

ANNEXE X : **ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M2**

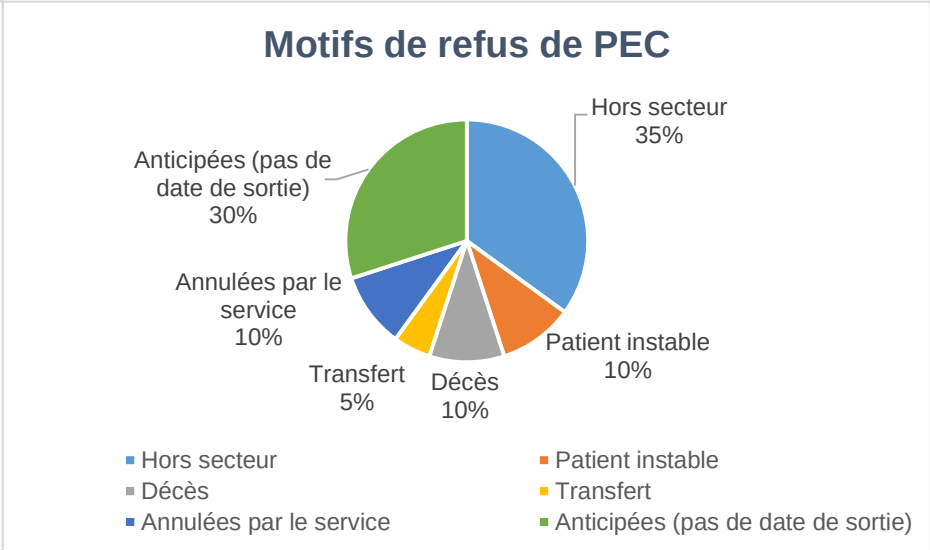
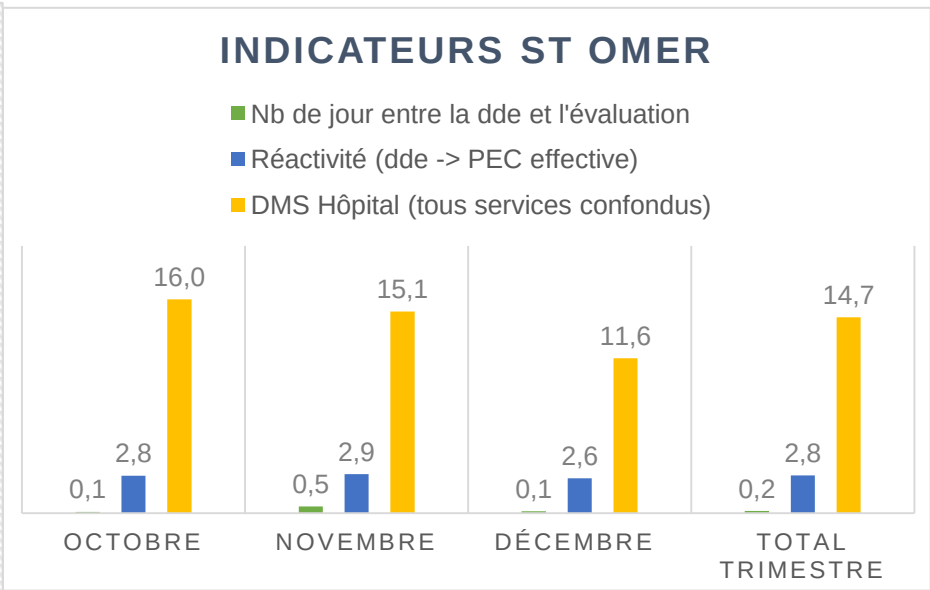
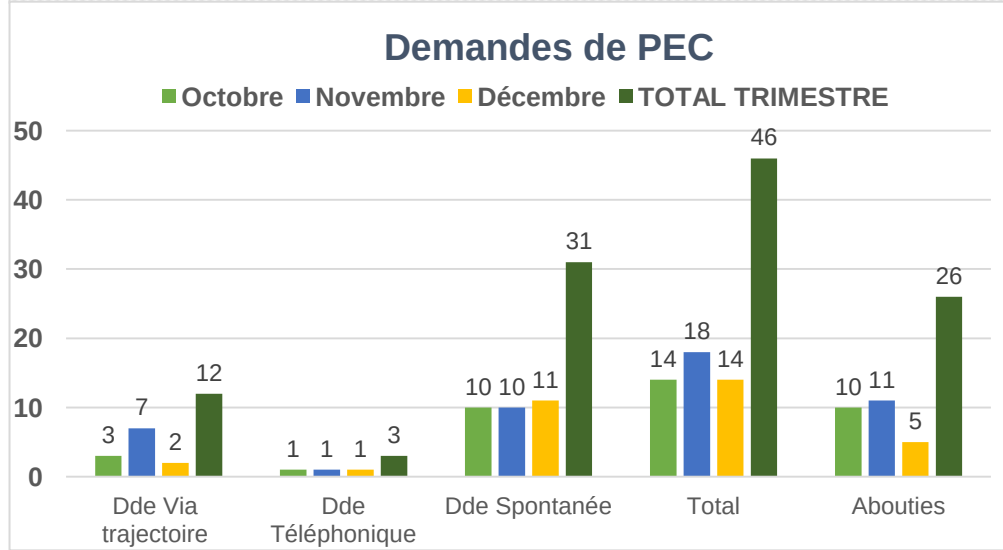
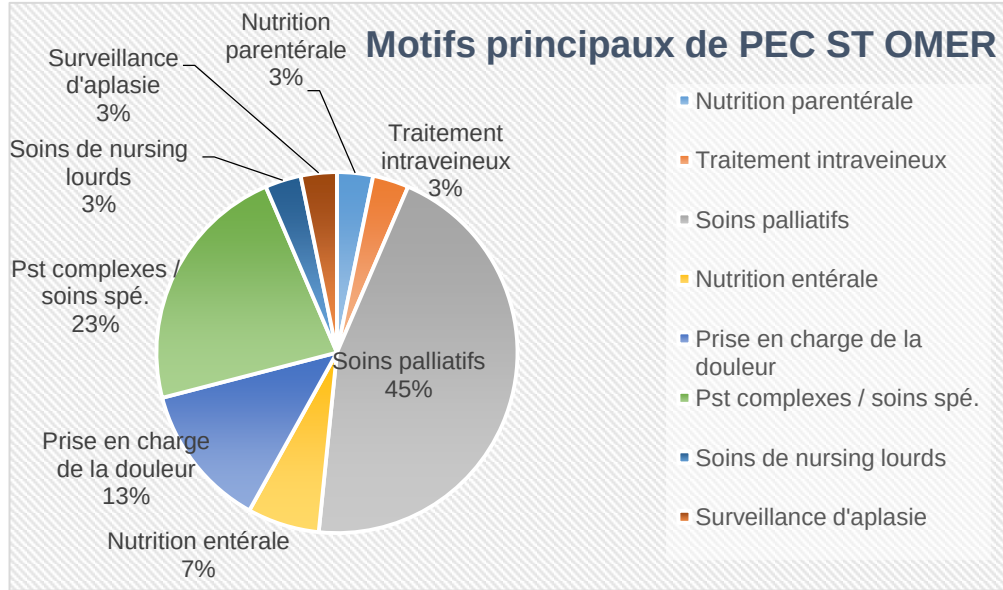
Date demande PEC HAD pour le patient	Nom du Service hospitalier ayant orienté le patient	Durée d'hospitalisation avant prise en charge par l'HAD (en jours)		Durée entre l'orientation vers l'HAD et la prise en charge effective du patient (en heures)		Modes de prise en charge principaux en HAD
22-mars	chirurgie viscérale	30		96		Nutrition parentérale
26-mars	amandée	30		72		Soins palliatifs
29-mars	amandée	3		168		Soins palliatifs
29-mars	amandée	NC		168		Soins palliatifs
29-mars	amandée	6		24		Soins palliatifs
29-mars	SSR	NC		312		Rééducation orthopédique
NC	amandée	13		72		Soins palliatifs
NC	amandée	NC		72		Soins palliatifs
09-avr	amandée	NC		192		Soins palliatifs
05-avr	oncologie	4		24		Pansements complexes et soins spécifiques
12-avr	amandée	10		24		Soins de nursing lourds
16-avr	amandée	NC		72		Soins palliatifs
19-avr	gériatrie	15		96		Pansements complexes et soins spécifiques
19-avr	amandée	NC		96		Prise en charge de la douleur
23-avr	médecine interne	10		Annulé 26/04/service(arret VAC)		Pansements complexes et soins spécifiques
patient pris en charge HAD:	15	Durée moyenne (jours):	13,4444444	Durée moyenne (heures):	106,2857143	NC: non communiqué

ANNEXE XI :
ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M9

Tableau (1/2)

Mois	Nb ddes	PEC abouties	Modes de PEC	Services adresseurs	Nb jour entre la dde / évaluaO	Ecart entre PEC souhaitée / effective	Réactivité (dde -> PEC)	DMS hôpital (services confondus)
Octobre	14	10	- Soins palliatifs x4 - Prise en charge de la douleur x2 - Pst complexes x3 - Nutrition entérale x2 - Surveillance d'aplasie	- Oncologie - Chirurgie viscérale - Gériatrie - SSR - Oncologie ambulatoire - UHCD - USP	0.08	-0.40	2.80	16.00
Novembre	18	11	- Soins palliatifs x 8 - Nutrition parentérale - Pst complexes x 3 - Ttt intraveineux - Soins de nursing lourds	- Chirurgie viscérale / urologique - Cardiologie - Oncologie - SSR - USLD - USP - Médecine interne - HPDD - Gériatrie	0.50	0.00	2.91	15.10
Décembre	14	5	- Prise en charge de la douleur x2 - Pst complexes - Soins palliatifs x2	- USP - Gériatrie - Pneumologie - Médecine interne - Cardiologie - SSR	0.13	0.80	2.60	11.60
Total tri-mestre T4 2018	46	26			0.24	0.00	2.81	14.71

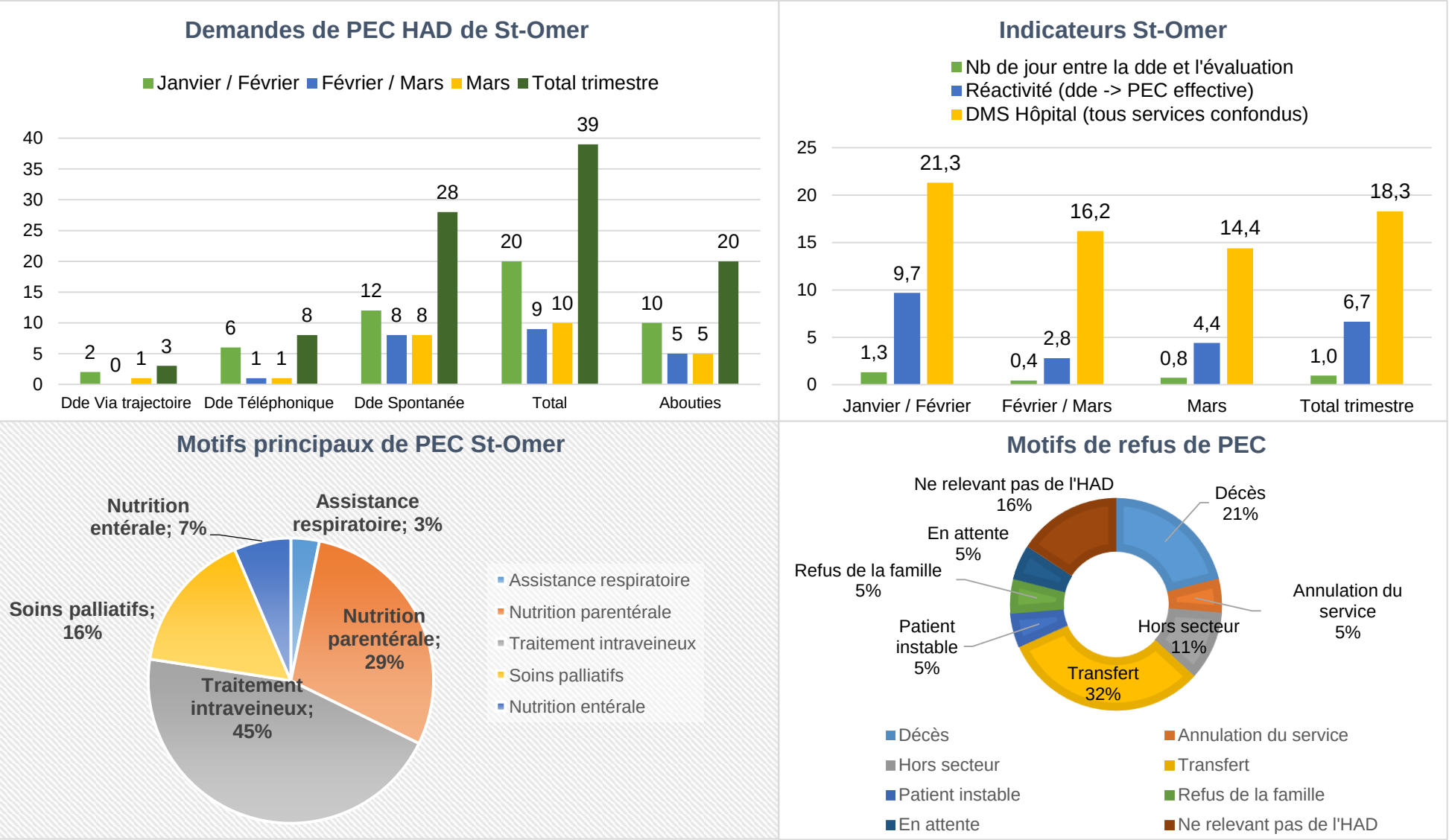
ANNEXE XI :
ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M9
Graphiques (2/2)



ANNEXE XII :
ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M12
Tableau (1/2)

Mois	Nb dde	PEC abouties	Modes de PEC	Services adresseurs	Nb jour entre la dde / évaluaO	Ecart entre PEC souhaitée / effective	Réactivité (dde -> PEC)	DMS hôpital (services confondus)
Janvier / Février	20	10	- Soins palliatifs x2 - Pst complexes / soins spé. x3 - Ttt intraveineux x4 - Soins de nursing lourds	- Cardiologie - Médecine interne - Oncologie - USP - SSR - Chirurgie viscérale - Gériatrie	1,32	1,60	9,70	21,30
Février /Mars	9	5	- Traitement intraveineux x2 - Soins palliatifs x2 - Assistance respiratoire	- Réa - Oncologie - Médecine interne - Chirurgie traumatique - USP	0,44	0,00	2,80	16,20
Mars	10	5	- Pst complexes / soins spé. - Soins palliatifs x2 - Soins de nursing lourds - Ttt intraveineux	- USP - Gériatrie - Médecine interne	0,75	0,00	4,00	11
Total tri-mestre T1 2019	39	20*	*Détail des PEC non abouties page suivante		0,97	0,80	6,55	18,17

ANNEXE XII :
ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M12
Graphiques (2/2)



ANNEXE XIII :
DETAIL DE L'ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M12
 Vue globale (1/2)

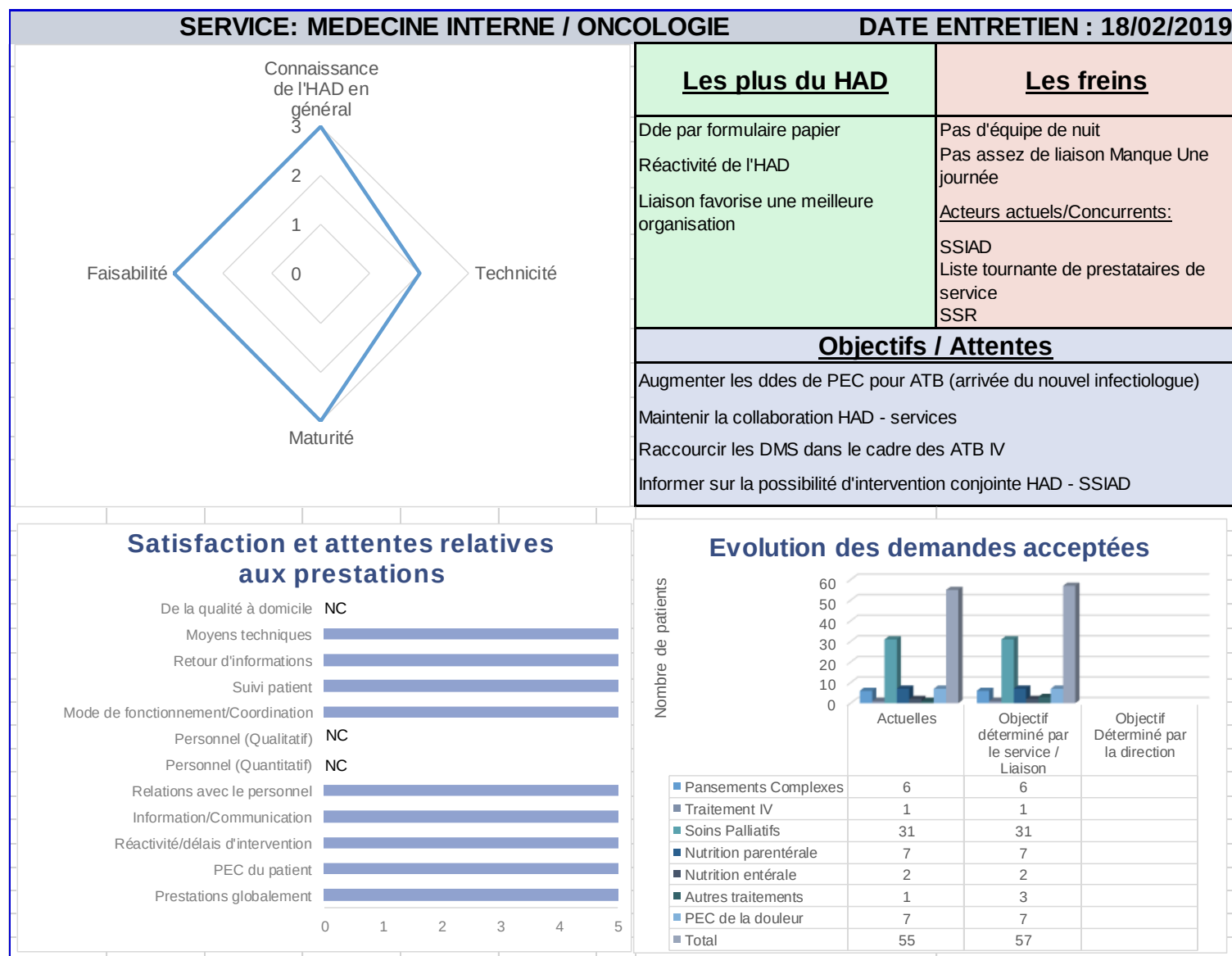
Indicateurs de suivi : Mise à disposition Infirmier coordinateur de liaison HAD / CHRSO																																					
Données incluant la totalité des demandes de PEC, abouties ou non										Données basées sur les PEC ayant abouties																											
Mois	Sem	Nbre ddes PEC HAD + type de demande (S / T/ VT)	PEC abouties	Modes de prise en charge principaux / associés en HAD	R / NA	Refus et motif de refus/annulation	Nom des Services hospitaliers adresseurs	Préciser si le parcours de soin du patient comprend ≠ services	Nb de jour(s) entre la dde et l'évaluation		Durée d'hospitalisation au jour de l'évaluation (en jours)		Nombre de jour(s) entre la date de PEC souhaitée et effective		Nombre de jour(s) entre l'évaluation et la prise en charge effective		Réactivité (demande > prise en charge effective)		DMS Hôpital (tous services confondus)		Initiales NOM																
	S1	1 T	2	1		Soins palliatifs	Cardio	Oui	0,50	1	5,00	5	0,00	0	4,00	4	5,00	5	9,00		GRES																
		1 S			Soins palliatifs	R Décès	Oncologie	Non																													
	S2	2 VT	6	1		Soins palliatifs	R Annulation du service	Oncologie	Oui	2,20	3	7,00	7	0,00	5,00	5	6,00	6	12,00	12	BRO																
		2 T			Soins palliatifs	R Décès	Oncologie	Non																													
		2 S			Pst complexes / soins spé.	SSR	Non																														
					NA	Transfert SSR	Médecine interne	Oui		1				0		5		6																			
					NA	Transfert en EHPAD	Médecine interne	Oui		0																											
Janvier	S3	4 S	5	5		Soins palliatifs		USP	Non	1,40	3	10	0	0	10,20	2	11,60	5	29,60	12	BRAS																
						Traitement intraveineux		Oncologie	Oui														0		18		2		20	BEN							
						Soins de nursing lourds	Sortie reportée car fracture du bassin	SSR	Non														0		30		26		56	LEF							
						Traitement intraveineux		Cardiologie	Oui														1		13		3		16	PRU							
						Traitement intraveineux		Chirurgie viscérale	Oui														2		26		18		44	BRI							
		1 T				Pst complexes / soins spé.	Chirurgie viscérale	Non		3		5		0,00	1	4,00	4	6,00	6	LHO																	
		1 S			NA	Traitement intraveineux	Chirurgie viscérale	Oui		0				0																							
Janvier / Février	S4	1 T	2	1		Transfert SSR	SSR	Oui	1,50	3	5,00	5	0,00	0	1,00	1	4,00	4	6,00	6	LHO																
						Traitement intraveineux		Chirurgie viscérale														Oui		0													
						1 S																															
					NA	Transfert chirurgie	SSR	Oui		3																											
						Traitement intraveineux	Médecine interne	Oui		0		6		0		19		19		25	POI																
						Pst complexes / soins spé.	Gériatrie	Non		0		8		0		5		5		13	DEM																
					R	Patient instable, transfert USP	Gériatrie	Oui		0																											
					R	Patient instable	Assistée USP	Oui		0																											
Total Janvier		Total :	20	Total :	10					Moyenne	1,32	Moyenne	12,80	Moyenne	1,60	Moyenne	8,50	Moyenne	9,70	Moyenne	21,30																
Février	S6	3 S	3	3		Assistance respiratoire		Oui	1,3	4	16,7	30	0	0	2	4	3,3	8	19	34	RIG																
					Soins palliatifs		Oncologie	Oui															0		14		1		15	HOL							
	S7	1T	1	1		Traitement intraveineux		Médecine interne	Oui		0		6		0		1		7		OBI																
					Traitement intraveineux		Chirurgie traumatique	Oui		0		7		0		0		0		7		BOU															
		S8	2S	2	0		Soins palliatifs	NA	Patiente stable, pas de dde de l'EHPAD pour le moment pour décompensation	Non		0																									
			Traitement intraveineux			R	Simulation T2A ne permettant pas PEC HAD	Médecine interne	Oui		0																										
Février / Mars	S9	3S	3	1		Soins palliatifs	R Décès	USP Amandée	Oui	0	0	14		0	4	4	4	4	18																		
						Soins palliatifs	R Refus de la famille	USP Amandée	Non														0														
						Soins palliatifs		USP Amandée	Oui														0		14		0		4		4		4		18		WIL
Total Février		Total :	9	Total :	5					Moyenne	0,44	Moyenne	14,20	Moyenne	0,00	Moyenne	2,00	Moyenne	2,80	Moyenne	16,20																
Mars	S10	1 VT	2	2		Soins palliatifs		USP Amandée	Oui	0,5	1	8,5	11	0	0	5	4	6	5	22	15	DEL															
					1S	Soins de nursing lourds		Gériatrie	Oui															0		6		1		7		MIE					
	S11																																				
		S12	3S	3	1		En attente ne relève pas de l'HAD	Soins intensifs cardio																													
			Gériatrie																																		
			Soins palliatifs				Médecine interne	Oui		0	0	7	7	0	0	4	4	4	4	11	11	LAM															
	S13	1T	5	2		Hors secteur (Fruges)	SSR 3			1,0	2	#DIV/0!	0	0	3,5	5	5	3	#DIV/0!																		
						Décès	Oncologie																														
							Transfert SSR	Gériatrie																													
		4S				Pst complexes / soins spé.	Médecine interne	Oui		2				0		1		3			BOU																
						Traitement intraveineux	Médecine interne	Oui		1				0		6		7			LEC																
Total Mars		Total :	10	Total :	5					Moyenne	0,75	Moyenne	8,00	Moyenne	0	Moyenne	3,2	Moyenne	4	Moyenne	11																
MOYENNES TRIMESTRIELLES		Total :	39	Total :	20					Moyenne	0,97	Moyenne	12,39	Moyenne	0,80	Moyenne	5,55	Moyenne	6,55	Moyenne	18,17																

ANNEXE XIII :
DETAIL DE L'ANALYSE DES INDICATEURS DE LIAISON A M12
Zoom sur deux semaines de liaison (2/2)

Indicateurs de suivi : HAD / CHRSO (Quantitatifs)																		
	Données incluant la totalité des demandes de PEC, abouties ou non						Données basées sur les PEC ayant abouties											
Semaines	Date de la liaison	Date demande PEC HAD + type de demande (S = spontanée / VT = ViaTrajectoire / T = Téléphone)		Nom du Service hospitalier adresseur	Préciser si le parcours de soin du patient comprend ≠ services	Nombre de jour(s) entre la demande et l'évaluation	Durée d'hospitalisation au jour de l'évaluation (en jours)	Nombre de jour(s) entre la date de prise en charge souhaitée et effective		Nombre de jour(s) entre l'évaluation et la prise en charge effective		Réactivité (demande -> prise en charge effective)	DMS Hôpital (tous services confondus)	Modes de prise en charge principaux/associés en HAD	Observations	Initiales patient		
S3	14-janv	11-janv	S	Amandée	non	14-janv	3	10	16-janv	0	16-janv	2	5	12	Soins palliatifs		BRAS	
		14-janv	S	Onco	oui	14-janv	0	18	16-janv	0	16-janv	2	2	20	Traitement intraveineux		BEN	
		11-janv	T	Chir viscérale	oui	14-janv	3	26	16-janv	-16	01-févr	18	21	44	Traitement intraveineux	Sortie reportée car sepsis	BRI	
	17-janv	17-janv	S	SSR	Non	17-janv	0	30	12-févr	0	12-févr	26	26	56	Soins de nursing lourds	Fracture du bassin le 18, sortie reportée	LEF	
		17-janv	S	Cardio	Oui	18-janv	1	13	21-janv	0	21-janv	3	4	16	Traitement intraveineux		PRU	
Légende		Refus / Non aboutie											Durée moyenne:	12	Moyenne DMS:	29,6		

		Données incluant la totalité des demandes de PEC, abouties ou non					Données basées sur les PEC ayant abouties											
Semaines	Date de la liaison	Date demande PEC HAD + type de demande (S = spontanée / VT = ViaTrajectoire / T = Téléphone)	Nom du Service hospitalier adresseur	Préciser si le parcours de soin du patient comprend ≠ services	Nombre de jour(s) entre la demande et l'évaluation	Durée d'hospitalisation au jour de l'évaluation (en jours)	Nombre de jour(s) entre la date de prise en charge souhaitée et effective	Nombre de jour(s) entre l'évaluation et la prise en charge effective	Réactivité (demande -> prise en charge effective)	DMS Hôpital (tous services confondus)	Modes de prise en charge principaux/associés en HAD	Observations	Initiales patient					
S5	25-janv	25-janv	T	SSR	Oui	28-janv	3								Transfert chirurgie			
	31-janv	31-janv	S	Médecine interne	Oui	31-janv	0	6	19-févr	0	19-févr	19	19	25	Traitement intraveineux	Sortie prévue pour début de semaine prochaine, car famille non préparée. VAD prévue le 01/02 mais refusée pour la famille. Sortie reportée	POI	
		31-janv	S	Gériatrie	Non	31-janv	0	8	05-févr	0	05-févr	5	5	13	Pansements complexes et soins spécifiques	Sortie le 05/02	DEM	
		31-janv	S	Gériatrie	Oui	31-janv	0							Soins palliatifs	Transfert à l'Amandée pour stabilisation, plus de sortie HAD car patient trop instable (fin de vie imminente)			
		31-janv	S	Amandée USP	Oui	31-janv	0	5						Soins palliatifs	Fin de vie imminente			
Légende		Refus / Non aboutie							Durée moyenne:	12	Moyenne DMS:	19						

ANNEXE XIV : GRILLE DE SYNTHÈSE D'UN ENTRETIEN PRESCRIPTEUR



**ANNEXE XV :
TABLEAU TMPF**

Services	Maturité	Technicité	Faisabilité	Nombre de patients actuels par an	Nombre de patients potentiels (projet)
Gériatrie	3,00	2,00	3,00	38,00	40,00
Médecine interne	3,00	2,00	3,00	38,00	40,00
Oncologie	3,00	2,00	3,00	17,00	17,00
Chirurgie Viscérale	3,00	2,00	3,00	13,00	16,00
Cardiologie	3,00	2,00	3,00	5,00	12,00
Chirurgie Orthopédique / Traumatique / Urologie	1,00	2,00	3,00	5,00	12,00
SSR	2,00	2,00	3,00	9,00	10,00
Chirurgie ambulatoire (plaies et cicatrisations)	2,00	2,00	3,00	0,00	8,00
Urgences	1,00	2,00	2,00	5,00	8,00
Pneumologie	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00
Chimio	1,00	3,00	3,00	2,00	3,00
Pédiatrie	1,00	2,00	2,00	11,00	3,00

ANNEXE XVI : PLAN D' ACTIONS

Plan d'action à 1 an de liaison CHRSO									
Actions			Acteurs	Moyens	Période	Freins / Remarques pour le déploiement de l'action	Indicateurs (rappel)		
Service par priorité d'action	Objectif / Nom de(s) l'action(s)	Description / Faits relatés lors des entretiens		Ressources			2018	Projet	
1	Chirurgie viscérale - ORL		Mco + Responsable de structure + IDEC	Rencontrer les médecins prescripteurs (chirurgiens) + les équipes soignantes	Octobre 2019	* Présence importante de prestataires de santé	21	24	
		Communication difficile avec les chirurgiens		Organiser une rencontre pour proposer HAD dans le parcours de soins des patients de cette pathologie	Juillet - Août 2019				
		Développer la collaboration		Déployer le projet suite à la rencontre	Juin 2020	* Conditions de développement de PEC HAD pour cancérologie ORL et trachéotomie : - Formation des IDE HAD en lien avec le CH (faire face au risque hémorragique en post chir trachéo) - Formalisation d'un protocole de trachéo avec le CH (groupe de travail) - Collaboration avec les prestataires de santé qui fourniront les canules (Santelys sur le territoire) = communication en amont			
2	Cardio	Maintenir la collaboration et anticiper les RAD avec HAD	Mco	Planifier une rencontre avec les médecins prescripteurs du service + CDS	Octobre 2019	* Pratiques habituelles des médecins prescripteurs qui gardent les patients pour intégralité des traitements IV. * Pratiques d'orientation vers IDEL et prestataires. * Absence d'IDE de nuit pour couvrir les horaires de soins programmés en dehors des heures de travail.	6	12	
		Permettre au patient un RAD avec HAD dans l'attente de la pose de PIC-Cline							
3	SSR	Communiquer sur la liaison (indicateurs fiables et précis)	IDEC + Responsable de structure	Améliorer la traçabilité des demandes sur les temps de liaison (indicateurs des tableaux de bords)	En continu + fournir les indicateurs trimestriels	* Les médecins prescripteurs du SSR nouvellement recrutés n'ont pas pérenisés leurs postes dans le service: en juin 2019, 1 seul MP titulaire et 1	9	10	

		Maintenir la collaboration	Arrivée de nouveaux médecins prescripteurs 1er trimestre 2019 mais non pérennisés	Mco +/- Responsable de structure + IDEC	Rencontrer les nouveaux médecins prescripteurs + équipes soignantes pour communiquer sur HAD	Pas de date pour le moment (fonction arrivée nouveaux MP)	médecin interimaire * Turn over des MP empêchant la stabilité		
4	Chir. ambulatoire : plaies et cicatrisation	Développer une collaboration	Projet de collaboration avec Dr Rolland en janvier 2019 mais peu de demandes	Mco + IDEC	Organiser une rencontre pour bilan + communiquer sur les modes de PEC en HAD	Janvier 2020	* Présence importante de prestataires de santé		8
		Communiquer sur les patients PEC à la dde du CH (suivi des plaies, retour d'info) -> récupérer le livret de suivi des plaies du service	Difficultés actuelles pour obtenir les informations concernant les patients orientés par plaies-cica vers HAD		Créer un groupe de travail pour l'élaboration d'une fiche de liaison = protocoliser la collaboration HAD - Plaie/cica	Octobre 2019			
5	Chir. ortho / traumatisme / uro	Développer la collaboration	Communication difficile avec les chirurgiens, très peu de demandes	Mco +/- Responsable de structure	Rencontrer les médecins prescripteurs et les équipes soignantes pour communiquer sur les modes de PEC HAD	Octobre 2019	* Habitudes prescriptions ATB IV * Présence importante de prestataires de santé	5	12
		Diminuer les transferts en SSR pour les PEC HAD possibles							
6	UMG	Développer la collaboration	EMG = levier pour la collaboration avec les services (convention récemment signée)	Mco + IDEC	Suivre les PEC communes et collaborer au domicile pour les PEC particulières	Janvier 2020			
7	Urgences	Eviter le passage aux urgences de la PA et les ré-hospitalisations	Convention avec EMG signée au dernier trimestre 2018, volonté de partenariat. Questionnement sur l'intérêt de cibler l'UHCD plutôt que le service des urgences en tant que tel.	Mco +/- Responsable de structure	Collaborer avec l' UMG et EMSP pour s'intégrer dans le service Organiser une rencontre entre UMG / EMPS et médecins prescripteurs + CDS des urgences	Novembre 2019	* Pratiques habituelles : demande de PEC HAD le jour pour le jour -> Quel est le rôle de l'HAD dans un lien direct avec les urgences ? * Présence importante de prestataires de santé	5	8
		Développer la collaboration ou cibler un service cible des urgences (UHCD)							
8	Pneumo	Développer une collaboration avec le service	Communication difficile avec les médecins prescripteurs / Corps médical ne se sent pas concerné par l'HAD	Mco +/- Responsable de structure	Rencontrer les médecins prescripteurs et les équipes soignantes + AS + renforcer collaboration avec EMSP	Novembre 2019	* Présence importante de prestataires de santé = choix d'orientation du service	4	5
9	Unité de chimio	Développer une collaboration	Très peu de demandes, collaboration avec Dr Graff mais très peu Dr Laestadius + Dr Merkanter	Mco +/- Responsable de structure	Rencontrer les médecins prescripteurs et les équipes soignantes + AS pour communiquer sur les modes de PEC HAD	Novembre 2019	* Présence importante de prestataires de santé	1	3

Ouverture / discussion concernant le plan d'action : Délai de mise en œuvre des actions éloigné en raison de l'absence de médecin coordinateur sur le site de St-Omer.

ANNEXE XVII : ANALYSE DES ENTRETIENS VIA LE LOGICIEL QDA MINER

Vue du logiciel (1/2)

The screenshot displays the QDA Miner software interface with the following components:

- Top Menu:** Projet, Cas, Variables, Codes, Document, Recherche, Analyser, Aide.
- CAS:** A list of interview cases, with 'Entretien patient n°2 _ LOU' selected.
- VARIABLES:** A list of variables associated with the selected case, including FILE, DOCUMENT, AGE, DATEHOSPI, DATEHAD, ENTRETIEN, SERVICE, and MOTIF.
- CODES:** A hierarchical tree structure of codes, including Questions, Questions supplémentaires, Temps de pauses, Reformulations, Emotions communes, Rires, and Points positifs liaisons / HAD.
- DOCUMENT:** The main text area displaying the interview transcript for 'Entretien patient n°2 : LOU'. The text includes patient information, a context paragraph, and a dialogue between the interviewer (Moi) and the patient (A).
- Annotations:** Three green circles on the right side of the document area highlight specific parts of the text: 'Contexte', 'Présentation', and 'Mécontentement'.

Arbre de codage (catégories)

Entretien retranscrit

Codage de l'entretien

ANNEXE XVII : ANALYSE DES ENTRETIENS VIA LE LOGICIEL QDA MINER

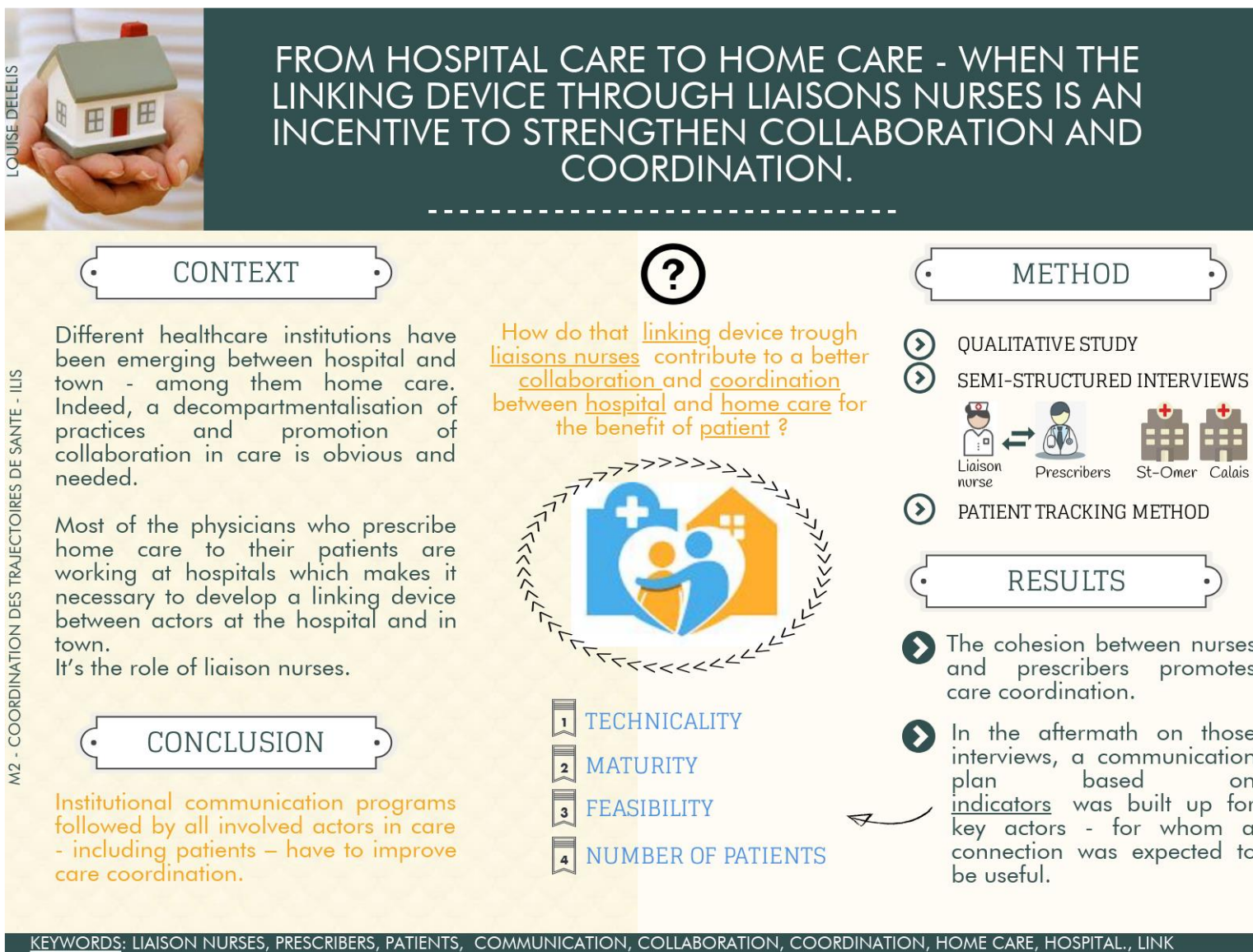
Arbre de codage développé (2/2)

Cadre de l'entretien	Structuration entretien	Emotions du proche	Emotions du patient	Eléments positifs	Axes d'améliorations
Contexte	Biais	Choc	Contraint(e)	Accord avec le projet de sortie	Erreur dans la PEC HAD
Présentation	Questions	Compréhension	Empressement	Connaissance en amont de l'HAD	Horaires d'intervention HAD aléatoires
	Précisions de questions	Contraint(e)	Humour	Information du passage de l'IDEC dans le service	Mauvaise / Manque de communication
	Questions supplémentaires	Contrariété	Négation	Lien avec le médecin traitant	Méconnaissance de l'HAD en amont
	Temps de pause	Epuisement	Satisfaction	Retour d'information / Lien avec le CH	Pas / peu de collaboration avec les IDEL
	Reformulations	Humour	Sourires / rires	Satisfaction concernant la PEC HAD	Pas de connaissance de visite HAD en chambre
		Incompréhension	Validation	Satisfaction concernant le projet de sortie HAD	Pas de visibilité du lien entre HAD et CH
		Inquiétude		Satisfaction concernant le retour à domicile	Pas d'information du projet de sortie
		Mécontentement		Satisfaction du contact avec l'IDEC	Problème organisationnel
		Méfiance			Projet de sortie non / mal défini
		Reprochant			Sortie trop rapide
		Satisfaction			
		Sourires / Rires			
		Soutenant			
		Stress			
		Tristesse			

ANNEXE XVIII : ANALYSE DES CODAGES DES ENTRETIENS VIA LE LOGICIEL QDA MINER



ANNEXE XIX: ABSTRACT (Poster)



RÉSUMÉ - ABSTRACT

De l'hôpital au domicile: la liaison par l'infirmière de coordination (IDECO) de l'hospitalisation à domicile (HAD) au sein du centre hospitalier (CH), un exemple de collaboration et de coordination au service du patient.

Contexte: De multiples structures de soins ont émergé ces dernières années entre l'hôpital et la ville, et parmi elles figure l'HAD. Cette émergence a entraîné une nécessité de décloisonnement des pratiques ainsi qu'une promotion de la collaboration dans les soins. La plupart des prescripteurs à l'origine des demandes de prises en charge HAD étant issu du monde hospitalier, il semble nécessaire de développer un lien entre ces acteurs et le domicile. C'est le rôle de l'IDECO de liaison.

En quoi la liaison au sein du CH par l'infirmière coordinatrice de l'HAD améliore-t-elle la collaboration et la coordination HAD-CH au service du patient ?

Méthode: Une étude quantitative a permis d'évaluer l'impact à un an de la mise en place de la liaison sur la collaboration HAD-CH. En parallèle, une étude qualitative par le biais d'entretiens semi directifs a été menée auprès des prescripteurs hospitaliers et patients.

Résultats: Les résultats quantitatifs montrent l'impact positif de la liaison dans le développement du partenariat entre CH-HAD. Les prescripteurs et patients sont dans l'ensemble très satisfaits de la liaison. Les besoins et attentes exprimés et relevés lors des entretiens permettent la construction d'un plan d'action.

Conclusion: La mise à disposition de l'infirmière de coordination au sein du CH permet d'améliorer le partenariat HAD-CH et ainsi de contribuer à une plus grande coordination du parcours patient.

Mots-clés: *infirmière de liaison, prescripteurs, patient, collaboration, coordination, HAD, hôpital.*

From hospital care to home care - when the linking made by liaison nurses is an incentive to strengthen collaboration and coordination.

Context: Different healthcare institutions have been emerging between hospital and town - among them home care. Those new medical structures led to the need for de-compartmentalisation of practices and promotion of collaboration in care. Most of the physicians who prescribe home care to their patients are working at hospitals which makes it necessary to develop coordination between actors at the hospital and in town. It's the role of liaison nurses.

How do they contribute to a better care coordination between hospital and home hospitalisation?

Method: A quantitative study assessed the incidence of collaboration between HAD-CH since the establishment of this linking device. In parallel, a qualitative study was conducted with prescribers from hospital and patients using semi-structured interviews.

Results: Quantitative results show the positive impact of the link in the development of the partnership between CH-HAD. Prescribers and patients are generally very satisfied with the link made by liaison nurses. Needs and expectations were expressed and allow for the construction of an action plan.

Conclusion: This linking device through a liaison nursing in hospital makes it possible to improve the partnership, and contribute to a better coordination for patients.

Keywords: *liaison nurses, prescribers, patient, collaboration, coordination, home care, hospital.*