

---

**bŷ Rôle de l'infirmier en pratique avancée dans le processus de soins pour patient insuffisant cardiaque : une approche innovante pour une meilleure continuité des soins**

**Auteur :** Lo Dico, Lise

**Promoteur(s) :** Porcu, Marie-Rose; Belche, Jean Luc

**Faculté :** Faculté de Médecine

**Diplôme :** Master en sciences infirmières, à finalité spécialisée en pratiques avancées

**Année académique :** 2024-2025

**URI/URL :** <http://hdl.handle.net/2268.2/22595>

---

**Avertissement à l'attention des usagers :**

*Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative" (BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.*

*Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.*

---

RÔLE DE L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE DANS LE PROCESSUS DE  
TRANSITION DE PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE : UNE APPROCHE  
INNOVANTE POUR UNE MEILLEURE CONTINUITÉ DES SOINS

Mémoire présenté par **LO DICO Lise**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences infirmières  
Année académique 2024– 2025

**RÔLE DE L'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE DANS LE PROCESSUS DE  
TRANSITION DE PATIENT INSUFFISANT CARDIAQUE : UNE APPROCHE  
INNOVANTE POUR UNE MEILLEURE CONTINUITÉ DES SOINS**

Mémoire présenté par **LO DICO Lise**  
en vue de l'obtention du grade de  
Master en Sciences infirmières  
Année académique 2024– 2025  
Promotrice : Md Marie Porcu  
Co-promoteur : Dr Jean-Luc Belche  
Nombre total de mots : 6852

## **Liste des abréviations**

IC	Insuffisance cardiaque
IPA	Infirmier de pratique avancée
HF	Heart failure
APN	Advanced Practice Nurse
NYHA	New York Heart Association
ETP	Éducation thérapeutique du patient
ESC	European Society of Cardiology
INSTEAD	Infirmier de pratique avancée pour des soins de transition entre l'hôpital et le domicile
BWGHF	Belgian Working Group on Heart Failure
PRADO	Programme d'accompagnement au retour à domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
MPHS	Modèle de partenariat humaniste en santé

## **Remerciements**

La réalisation de ce mémoire n'aurait jamais été possible sans le soutien et la bienveillance de nombreuses personnes que je tiens à remercier du fond du cœur.

Tout d'abord, je souhaite exprimer toute ma gratitude à ma promotrice interne, **Madame Porcu**. Je la remercie de ne m'avoir jamais lâchée, d'avoir été présente à chaque étape de ce travail, à n'importe quelle heure, avec une disponibilité, une patience et une gentillesse infinies. Son accompagnement acharné, ses conseils précieux et sa capacité à rassurer dans les moments de doute ont été d'une aide inestimable.

Je remercie également le **Docteur Belche**, mon co-promoteur externe, pour avoir permis de donner à ma recherche une orientation concrète, ancrée dans la réalité du terrain. Son regard éclairé et son expertise ont enrichi la pertinence de ce travail.

Je souhaite aussi remercier chaleureusement **l'ensemble des participants**, qui m'ont accueillie les bras ouverts et ont accepté de participer à mon étude.

Une pensée pour mes **collègues de master**, avec qui j'ai partagé ces deux années intenses. J'y ai fait de magnifiques rencontres, avec des personnes bienveillantes et solidaires, qui ont contribué à rendre ce parcours plus humain et plus riche.

Ma reconnaissance va également à ma **famille**, qui a toujours cru en moi et partagé chacun de mes succès, petits et grands, tout au long de mon parcours académique.

Enfin, je souhaite accorder une mention toute particulière à mon compagnon, **Ryan Mlih**, qui, durant ces deux années, m'a toujours soutenue, épaulée, encouragée dans les moments de doute. Son soutien indéfectible a été essentiel tout au long de ce parcours.

## **Table des matières**

<b>1.</b>	<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Matériel et méthodes.....</b>	<b>5</b>
2.1.	Présentation du trajet de soins.....	5
2.2.	Type d'étude et modèle théorique.....	6
2.3.	Population étudiée .....	8
2.4.	Méthode d'échantillonnage .....	8
2.5.	Organisation et planification de la collecte des données.....	9
2.6.	Outils de collecte des données et paramètres étudiés.....	9
2.7.	Traitement des données et méthodes d'analyse .....	11
2.8.	Contrôle et critères de qualité.....	11
2.9.	Aspect éthique .....	12
<b>3.</b>	<b>Résultats .....</b>	<b>13</b>
3.1.	Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée.....	13
3.2.	Présentation des résultats de l'étude qualitative.....	14
<b>4.</b>	<b>Discussion .....</b>	<b>21</b>
4.1.	Regards croisés .....	21
4.2.	Analyse des résultats .....	25
<b>5.</b>	<b>Perspectives d'évolution.....</b>	<b>33</b>
<b>6.</b>	<b>Limites de l'étude .....</b>	<b>34</b>
<b>7.</b>	<b>Conclusion.....</b>	<b>35</b>
<b>8.</b>	<b>Conflit d'intérêt .....</b>	<b>35</b>
<b>9.</b>	<b>Références bibliographiques.....</b>	<b>36</b>
<b>10.</b>	<b>Annexes .....</b>	<b>44</b>

## **Résumé**

**Introduction :** L'insuffisance cardiaque (IC) touche plus de 240 000 personnes en Belgique et entraîne des taux élevés de réhospitalisation et une détérioration significative de la qualité de vie. Suite à une hospitalisation, des difficultés peuvent survenir, notamment durant la phase de transition de l'hôpital vers la première ligne et particulièrement vers les maisons médicales. C'est durant cette transition qu'un quart des patients développeront de nouveaux symptômes ou auront besoin de consulter un professionnel de santé de manière imprévue. Cette étude permet donc d'étudier les attentes des professionnels de santé de première ligne concernant la transition des patients IC.

**Méthode :** Une étude descriptive à visée exploratoire a été appliquée auprès d'infirmiers et de médecins généralistes pratiquant en maisons médicales. Des focus groups ont permis de recueillir les données et celles-ci ont été analysées selon le modèle de collaboration de D'Amour. Les résultats ont ensuite été transmis à un centre d'IC.

**Résultats :** Les neuf professionnels de première ligne soulignent l'importance d'améliorer la transmission des informations entre l'hôpital et la maison médicale pour garantir une transition fluide des patients IC. Ils remarquent que certains rapports sont tardifs, quelquefois incomplets en données cliniques, psychosociales et/ou sur les intervenants impliqués. La transmission des prescriptions, notamment infirmières, est jugée insuffisante. Les difficultés à identifier et joindre un référent hospitalier freinent la communication. Enfin, une répartition floue des rôles peut compromettre la coordination. Ils expriment ainsi le souhait de disposer d'un coordinateur aux compétences claires, ancré dans la réalité du terrain.

**Conclusion :** Cette étude qualitative révèle une nécessité de clarification des rôles, d'amélioration de la communication interstructure et d'une meilleure circulation de l'information. Un décalage est observé entre les ressources proposées par le centre d'IC et leur appropriation sur le terrain. L'analyse à travers le modèle de collaboration interprofessionnelle de D'Amour souligne que la collaboration reste partiellement aboutie. Enfin, cette étude permet d'envisager l'expérimentation d'un rôle de coordination infirmière, qui pourrait être assumé par un infirmier de pratique avancée (IPA).

**Mots clés :** insuffisance cardiaque, transition des soins, première ligne, infirmier de pratique avancée

## **Abstract**

**Introduction:** Heart failure (HF) affects more than 240,000 people in Belgium and leads to high rates of rehospitalisation and a significant deterioration in quality of life. Following hospitalisation, difficulties may arise, notably during the transition phase from hospital to primary care, particularly to medical homes. It is during this transition that one in four patients will develop new symptoms or require unplanned consultations with a healthcare professional. This study thus aims to explore the expectations of primary care professionals regarding the transition of HF patients.

**Method:** A descriptive exploratory study was conducted with nurses and general practitioners practising in medical homes. Focus groups were used to collect data, which were analysed using D'Amour's collaboration model. The results were then shared with a heart failure centre.

**Results:** The nine primary care professionals emphasised the importance of improving the transmission of information between the hospital and the medical home to ensure a smooth transition for HF patients. They noted that some reports are delayed, sometimes incomplete regarding clinical, psychosocial data and/or involved professionals. The transmission of prescriptions, particularly nursing prescriptions, was considered insufficient. Difficulties in identifying and contacting a hospital liaison hinder communication. Finally, an unclear distribution of roles may compromise coordination. They thus expressed the wish to have a coordinator with clear skills, embedded in the realities of the field.

**Conclusion:** This qualitative study reveals the need for role clarification, improvement in inter-organisational communication, and better information flow. A gap is observed between the resources offered by the HF centre and their uptake in the field. Analysis through D'Amour's interprofessional collaboration model highlights that collaboration remains only partially achieved. Finally, this study suggests the possibility of experimenting with a nursing coordination role, which could be assumed by an advanced practice nurse (APN).

**Keywords:** heart failure, care transition, primary care, advanced practice nurse

## **Préambule**

Durant mon expérience en tant qu'infirmière en soins à domicile, j'ai été particulièrement interpellée par les défis rencontrés lors du retour à domicile des patients atteints d'insuffisance cardiaque (IC). Cette étape de transition semble parfois source d'incertitudes pour les patients, notamment en ce qui concerne leur suivi, leurs traitements ou la compréhension de leur état de santé. Ces observations ont suscité en moi l'envie de mieux comprendre cette réalité et d'y consacrer mon travail de recherche.

L'IC représente un enjeu majeur de santé publique, avec un impact considérable sur les hospitalisations et la qualité de vie (1,2). Face au vieillissement de la population et à l'amélioration des taux de survie après diagnostic, optimiser les trajectoires de soins constitue un levier essentiel pour améliorer la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins (3).

Ce travail s'inscrit dans le domaine des sciences infirmières et vise à améliorer la coordination des soins tout en renforçant les pratiques orientées vers le patient.

## 1. Introduction

L'insuffisance cardiaque (IC) est une pathologie chronique se traduisant par une diminution de la capacité du cœur à assurer un débit sanguin suffisant pour satisfaire les besoins de l'organisme. La classification de la New York Heart Association (NYHA) permet d'évaluer la sévérité des symptômes liés à l'IC. Elle répartit les patients en quatre classes selon le degré de limitation des activités physiques induit par les symptômes (4).

L'IC touche environ 64 millions de personnes dans le monde, avec une prévalence plus élevée en Europe centrale, en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, et plus faible en Europe de l'Est et en Asie du Sud-Est (2,5). Aux États-Unis, la prévalence de l'IC a augmenté, en raison de l'amélioration des taux de survie après le diagnostic et du vieillissement de la population. L'IC entraîne un taux élevé de réadmissions hospitalières, un quart des patients sont réadmis dans les 30 jours suivant leur sortie, et plus de la moitié dans l'année (3). En Belgique, l'IC atteint presque un statut épidémique avec environ 240 000 Belges touchés, avec près de 40 nouveaux cas identifiés quotidiennement, soit environ 15 000 nouveaux cas par an. De plus, l'IC est associée à une détérioration significative de la qualité de vie et à un taux élevé d'hospitalisations (1,2).

Afin d'évaluer plus précisément l'impact de l'IC sur le système de soin belge, il est utile de se pencher sur les données d'hospitalisation. L'IC représente 10,77 % des séjours en hospitalisation concernant les maladies cardiovasculaires, ce qui équivaut à 25 748 séjours en 2019 dans les hôpitaux belges (6). Ces admissions hospitalières représentent plus de la moitié des dépenses associées à l'IC. Les réhospitalisations sont causées le plus fréquemment par le non-respect des traitements médicamenteux ou des régimes alimentaires prescrits (7,8).

Face à ces constats, des programmes multidisciplinaires émergent comme une stratégie prometteuse afin d'améliorer les résultats des patients atteints d'IC. Ces stratégies incluent la surveillance continue par un personnel formé, l'éducation thérapeutique des patients (ETP) et l'accès à des cliniques spécialisées qui permettent d'améliorer l'autonomie et la qualité de vie et de réduire la mortalité et les hospitalisations (9,10)

Ces programmes sont soutenus par les recommandations internationales. En effet, l'European Society of Cardiology (ESC) préconise que les patients atteints d'IC soient inscrits dans un programme de gestion de soins multidisciplinaires afin de réduire le risque d'hospitalisation et de mortalité incluant l'ETP, l'optimisation des traitements, un soutien psycho-social et un meilleur accès aux soins (11). Cependant, malgré ces recommandations, cette approche demeure très fragmentée et variable en Belgique, avec d'importantes disparités entre les praticiens, les établissements hospitaliers et les régions (9).

L'approche la plus adaptée afin de réduire les hospitalisations semble résider dans l'ETP et leurs soignants concernant l'IC et ses traitements, en insistant sur l'importance de l'adhésion thérapeutique, la reconnaissance et l'intervention précoce en cas de décompensation, ainsi que l'optimisation des traitements pharmacologiques éprouvés. Une prise en charge à domicile, plutôt qu'en clinique, pourrait s'avérer plus bénéfique, bien que des recherches complémentaires soient utiles pour comparer les différents types d'approches (12).

C'est durant la phase de transition que ces enjeux prennent toute leur ampleur. La transition est définie par Meleis comme : « le passage d'une phase de vie à une autre, d'une condition à une autre, d'un statut à un autre. [...]. » (13).

Dans ce cadre, le suivi post-hospitalisation, incluant la transition, commence dès la sortie du patient et se prolonge au minimum pendant 30 jours. Toutefois, élargir cette période à 90 jours permettrait de mieux évaluer l'effet des soins ambulatoires (14).

Environ un quart des patients développeront de nouveaux symptômes ou auront besoin de consulter un professionnel de santé de manière imprévue suite à cette période de transition. Les principales difficultés concernent la prise de médicaments, la perte d'autonomie et la gestion des symptômes (15,16). De plus, des erreurs surviennent fréquemment pendant ces transitions. Par exemple, les informations sur les médicaments prescrits à un patient pendant son séjour à l'hôpital peuvent ne pas être transmises de manière précise à la maison de repos ou à d'autres établissements de soins (17).

Pour éviter les incidents indésirables et promouvoir la continuité des soins, des modèles de soins de transition ont été élaborés, notamment dans le cadre du projet de l'infirmier de pratique avancée pour des soins de transition entre l'hôpital et le domicile (INSTEAD). Ce

projet vise à concevoir un modèle de soins pour assurer la transition entre l'hôpital et le domicile, tout en intégrant une réflexion sur les critères d'identification des patients qui pourraient bénéficier des soins de transition (16).

L'amélioration des parcours de soins en IC repose sur une collaboration étroite entre les différents professionnels impliqués, tant à l'hôpital qu'en dehors. La coordination entre les spécialistes hospitaliers (notamment en cardiologie, aux urgences ou aux soins intensifs) et les acteurs de première ligne est essentielle pour garantir une prise en charge cohérente et continue. Or l'organisation des admissions et des sorties reste souvent fragmentée dans sa mise en œuvre, reflétant un besoin de synergie entre les niveaux de soins. Renforcer la communication et la coordination entre ces intervenants permettrait de fluidifier les transitions et de mieux répondre aux besoins des patients (18).

Dans cette perspective, des mécanismes devraient être instaurés pour faciliter le partage d'informations entre les différentes disciplines et centres, permettant ainsi un suivi rigoureux des patients pendant leur hospitalisation et après leur sortie (18). D'autres pays, comme le Canada, ont mis en place des dispositifs comme l'optimisation des traitements, les visites à domicile et l'assistance téléphonique régulière qui ont réduit les réadmissions et consultations d'urgence (18, 19). L'innovation du « navigateur de patients » (patient navigator), assurée par des professionnels de santé, a également été développée afin de faciliter les transitions en améliorant la coordination des soins entre les établissements. Ce nouveau rôle permet ainsi d'intégrer un prestataire tout au long du parcours de soins du patient, avec pour objectif d'« identifier, anticiper et aider à lever les obstacles [...] » (15).

Dans le cadre de cette étude, l'analyse repose sur un trajet de soins existant, élaboré par le Belgian Working Group on Heart Failure (BWGHF) en collaboration avec plusieurs cardiologues de Belgique ainsi que des médecins généralistes. Ce trajet de soins a pour objectif de structurer la transition des patients atteints d'IC de l'hôpital vers leur domicile ou une structure de soins de première ligne (exemple : les maisons médicales). Il constitue ainsi une base de référence solide pour interroger la pertinence et l'adéquation des modalités actuelles de prise en charge transversale (annexe 1) (20).

Ce trajet de soins met en lumière l'importance d'un accompagnement structuré et coordonné pour garantir la continuité des soins à la sortie de l'hôpital (21).

Dans ce cadre, le rôle de l'infirmier de pratique avancée (IPA) prend tout son sens. Selon le modèle de Hamric, l'IPA mobilise des compétences spécifiques telles que le coaching, la consultation, la recherche, la collaboration ainsi que le leadership clinique et professionnel (annexe 2) (22,23). Ces compétences semblent s'inscrire pleinement dans un processus de transition des patients atteints d'IC.

Dès lors, une problématique centrale émerge : la nécessité de renforcer la coordination et la collaboration entre les soins hospitaliers et la première ligne dans le cadre du suivi des patients atteints d'IC. Ainsi, si cette collaboration est renforcée, cela améliorera la continuité des soins à la sortie de l'hôpital.

Dans cette optique, une question de recherche a été mise en évidence : « Quelles sont les attentes des professionnels de santé de première ligne concernant la transition des patients atteints d'IC, sur base du trajet de soins existant ? »

Cette étude se concentre spécifiquement sur les maisons médicales, en tant que structures de première ligne.

Ainsi, l'objectif principal de la recherche est de renforcer la continuité des soins de l'hôpital vers les maisons médicales pour un patient IC.

Et plus spécifiquement, l'étude vise à :

- Identifier les leviers et les freins dans la mise en œuvre du programme existant par les acteurs de la première ligne en maison médicale
- Analyser les pratiques actuelles des soignants de maisons médicales lors de la phase de transition des patients IC
- Transmettre l'ensemble des données récoltées à l'équipe hospitalière (infirmier, cardiologue) d'un centre de l'IC de la région liégeoise
- Positionner le rôle de l'IPA dans cette phase de transition en formulant des recommandations émanant de l'analyse

## 2. Matériel et méthodes

### 2.1. Présentation du trajet de soins

Comme mentionné dans l'introduction, cette étude s'appuie sur un trajet de soins existant intitulé « Trajet de soins multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque », publié en novembre 2024. Ce document de référence a été élaboré à partir des recommandations officielles et des avis d'experts de l'ESC, dans le but de fournir des orientations pratiques à l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'IC : médecins généralistes, médecins hospitaliers, infirmiers, pharmaciens, physiothérapeutes, diététiciens, assistants sociaux, psychologues, ainsi qu'aux patients eux-mêmes et à leurs proches.

Disponible en français, néerlandais et anglais, ce trajet de soins aborde : le diagnostic, le traitement, les bénéfices pronostiques du traitement, le suivi du patient, la détection de problèmes, les conduites à tenir selon différentes situations cliniques, ainsi qu'un volet spécifiquement dédié à l'information du patient et de sa famille (24).

Dans le cadre de cette recherche, la chercheuse a porté son attention sur le thème « suivi du patient », qui se décline en plusieurs sous-thèmes (25):

- Points à considérer lors de la sortie de l'hôpital
- Recommandations pour les professionnels (infirmier, infirmier spécialisé en IC, physiothérapeute, diététicien, pharmacien, aide sociale, psychologue) pendant l'hospitalisation
- Médecin généraliste
- Suivi du patient IC
- Recommandations pour les professionnels (infirmier à domicile, pharmacien, physiothérapeute, diététicien, psychologue) au domicile
- Suivi transmural

## 2.2. Type d'étude et modèle théorique

Cette recherche s'appuie sur le modèle de collaboration interprofessionnelle développé par Danielle D'Amour. Ce modèle permet d'examiner les modalités de collaboration au sein de systèmes d'acteurs de plus en plus complexes, évoluant à différents niveaux et dans des contextes hétérogènes (26).

Le modèle identifie quatre dimensions fondamentales de la collaboration interprofessionnelle, réparties dans deux dimensions différentes (26,27) :

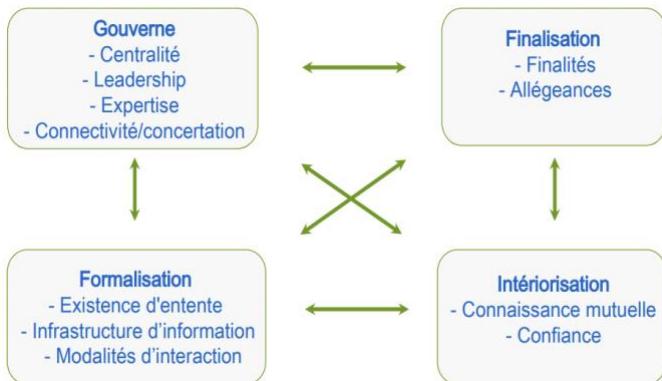
Dimensions relationnelles :

- 1) Objectifs et vision partagés ou finalisation, qui renvoient à la présence d'objectifs communs, compris et intégrés par l'ensemble de l'équipe. Cette dimension inclut également la reconnaissance de motivations qui peuvent différer entre les acteurs, la coexistence d'allégeances multiples, ainsi qu'à la variété des attentes vis-à-vis de la collaboration interprofessionnelle.
- 2) Internalisation, qui regroupe la connaissance mutuelle, la reconnaissance des rôles et des valeurs, la confiance et le sentiment d'appartenance à une équipe.

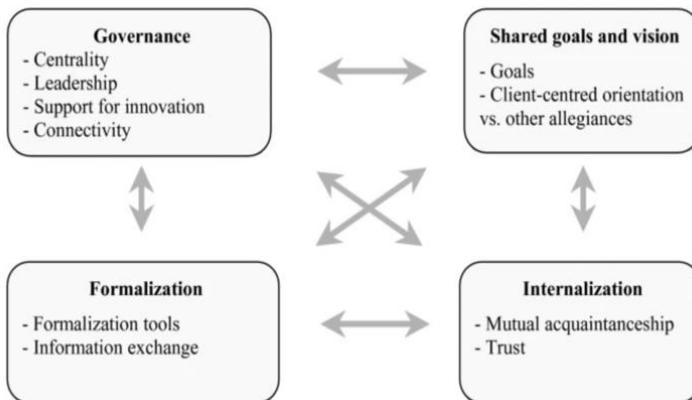
Dimensions organisationnelles :

- 3) Formalisation, qui fait référence à la présence d'outils, de protocoles et de canaux de communication structurés favorisant le travail interprofessionnel.
- 4) La gouvernance, qui comprend les fonctions de leadership, les mécanismes de coordination et le soutien organisationnel.

Ces quatre dimensions étroitement liées et interagissant entre elles représentent le processus de collaboration, soutenues par 10 indicateurs (figure 1 et 2).



*Figure 1. Dimensions du modèle de collaboration interprofessionnelle de D'Amour (version francophone)(27)*



*Figure 2. Dimensions of D'Amour's Interprofessional Collaboration Model (english version) (26)*

Afin de répondre à la question de recherche, une étude qualitative descriptive à visée exploratoire a été menée, dans l'objectif de faire émerger des éléments nouveaux sans idées préconçues.

En effet, la recherche qualitative permet d'étudier les individus dans leur contexte naturel, en interagissant directement avec eux, et ce, en utilisant leur propre langage (28). Les approches descriptives et exploratoires, quant à elles, visent à offrir une compréhension d'un sujet encore peu exploré, en fournissant une synthèse complète des éléments collectés. L'objectif principal est de décrire le phénomène plutôt que de chercher à l'expliquer (29).

L'étude s'est déroulée en deux phases distinctes :

1. La première phase a été consacrée à la collecte des attentes des professionnels de deux maisons médicales de la région liégeoise.
2. La seconde phase a, quant à elle, permis de transmettre l'ensemble des données récoltées au sein des maisons médicales vers un des collaborateurs hospitaliers ayant pris part à la conception du trajet de soins. Cette démarche a été réalisée à la demande du promoteur externe de cette étude.

### **2.3. Population étudiée**

Afin de participer à l'étude, les participants devaient répondre aux critères d'inclusion suivants :

- Être un médecin généraliste ou un infirmier
- Pratiquer dans une maison médicale
- Être volontaire et disposé à partager leur expérience

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- Ne pas être impliqué dans la prise en soins de patients atteints d'IC
- Ne pas maîtriser la langue française

Les participants ne voulant pas participer à l'étude ont été respectés dans leur choix.

### **2.4. Méthode d'échantillonnage**

Un échantillonnage raisonné non-probabiliste a été effectué dans le but de sélectionner seulement des participants considérés comme typiques de la population cible.

La taille d'échantillon n'a pas été définie en amont, mais lors de la collecte et de l'analyse des données, qui ont été réalisées simultanément jusqu'à atteindre la saturation des données.

## 2.5. Organisation et planification de la collecte des données

Les différentes étapes de l'étude sont reprises dans la figure 3.

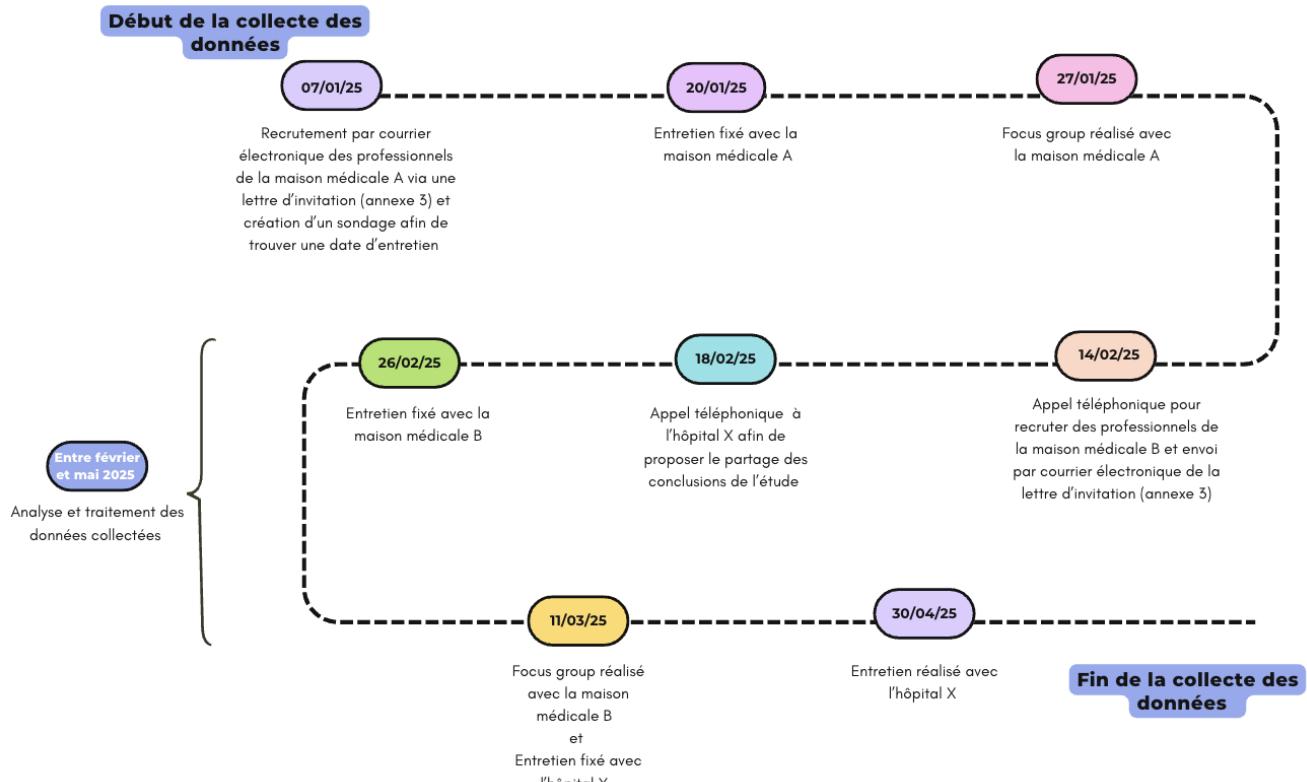


Figure 3. *Étapes de la collecte des données*

## 2.6. Outils de collecte des données et paramètres étudiés

Le focus group a été choisi comme outil de collecte de données car celui-ci vise à recueillir une diversité de points de vue sur une thématique commune, en l'occurrence la transition des patients IC. Cette méthode permet de faire émerger des opinions variées grâce à l'interaction entre les participants. Au sein du groupe, les échanges peuvent faire apparaître des accords comme des désaccords, enrichissant ainsi la discussion. Les participants sont amenés à s'interroger mutuellement, à confronter leurs idées et à argumenter leur position, ce qui favorise la production de données nuancées et approfondies (30).

Tout au long du focus group, les échanges entre participants sont encadrés par la chercheuse, qui joue le rôle de modérateur (31).

Le focus group a été conduit selon une modalité semi-directive en raison de sa capacité à recueillir des informations apportant des explications pertinentes et authentiques (32,33). Il s'agit d'un moment d'écoute, d'empathie et de partage, où l'expertise des participants et celle de la chercheuse est reconnue. Une relation de confiance est établie, permettant la collecte d'un récit structuré à l'aide d'un guide d'entretien conçu au préalable (32). En effet, le guide d'entretien constitue un support structurant qui rassemble l'ensemble des questions ouvertes ou des thèmes à explorer, préparé à l'avance par la chercheuse, tout en offrant un cadre général à la conduite de l'entretien (34). Cette approche permet à la chercheuse de relancer l'interviewé afin d'approfondir certains points (33).

Le guide d'entretien (annexe 4) comportait les thèmes suivants :

1. Données socio-démographiques : recueillir l'âge, la profession, le sexe et le nombre d'années d'expérience des participants.
2. Points à considérer à la sortie de l'hôpital : identifier les éléments clés du rapport de sortie pour assurer un suivi optimal du patient IC.
3. Rôle des médecins généralistes : comprendre comment les médecins généralistes réalisent une consultation avec un patient IC dans un contexte réel.
4. Phase de transition d'un patient IC : comprendre comment les professionnels gèrent la phase de transition des patients IC.
5. Rôle des infirmiers à domicile : identifier le rôle de l'infirmier à domicile dans le suivi des patients IC.
6. Coordination : déterminer quel professionnel pourrait être responsable de la coordination des soins dès la sortie de l'hôpital.

Le guide d'entretien a d'abord été validé par les deux promoteurs de l'étude, puis testé auprès d'un médecin généraliste et de deux infirmiers : l'un exerçant en maison médicale, l'autre dans un service de cardiologie de la région liégeoise.

## 2.7. Traitements des données et méthodes d'analyse

À l'issue des focus groups, les retranscriptions ont été effectuées à l'aide du programme Happy Scribe® qui est un logiciel de transcription audio sous format texte. La retranscription a été vérifiée à deux reprises pour en assurer l'exactitude. Ceci a ensuite été importé dans un document Word.

Les données issues des focus groups ont fait l'objet d'une analyse thématique inductive. Cette méthode permet d'identifier des thèmes récurrents, en lien avec les expériences et perceptions des participants, sans partir d'un cadre théorique prédéfini (35). L'analyse s'est appuyée sur un codage, réalisé à la main accompagné du logiciel Word pour rassembler les codes dans des tableaux, afin de regrouper les idées similaires et de construire progressivement les grandes catégories (36,37).

## 2.8. Contrôle et critères de qualité

Pour assurer la rigueur méthodologique, plusieurs critères fondamentaux ont été respectés tout au long de cette étude qualitative (38) :

- Fiabilité : le processus de recherche a été décrit en détail afin de garantir que la démarche soit claire et reproductible par d'autres chercheurs.
- Crédibilité : la confiance accordée aux résultats repose sur la fidélité des données obtenues auprès des participants, grâce à un recueil rigoureux et un respect des conditions d'entretien.
- Confirmabilité : les résultats reflètent les points de vue des professionnels interviewés, limitant au maximum les influences subjectives de la chercheuse.
- Transférabilité : la description précise du contexte des maisons médicales permet à d'autres chercheurs d'évaluer si les conclusions peuvent s'appliquer à leur propre environnement.
- Authenticité : les réalités et expériences des participants sont restituées de manière fidèle et détaillée sous forme de verbatim.

## 2.9. Aspect éthique

Une demande d'avis a été introduite auprès du Comité d'Éthique de l'Université de Liège (annexe 5) et cette étude a reçu un avis favorable (annexe 6).

La retranscription des focus groups s'est réalisée dans l'anonymat, permettant de supprimer toutes informations pouvant identifier les participants de l'étude. Ces données sont utilisées exclusivement pour l'étude, seront supprimées à la fin de celle-ci et restent accessibles uniquement à l'équipe de recherche.

Les participants ont été informés des objectifs, des méthodes, de l'enchaînement de l'étude ainsi que de l'enregistrement des entretiens.

Un document de consentement libre et éclairé rédigé par la chercheuse a été signé par chaque participant afin de marquer leur accord de participation (annexe 7).

### 3. Résultats

#### 3.1. Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

L'échantillon est composé de neuf professionnels de la santé interrogés au sein de deux maisons médicales différentes (A et B), répartis au sein de deux focus groups, chacun réalisé dans leurs structures d'appartenance. Parmi ces professionnels, on retrouve cinq médecins généralistes et trois infirmiers. Un des médecins généralistes a annulé sa participation le jour de l'entretien pour la maison médicale B. L'échantillon représente une majorité de femmes (six participantes) et comprend des professionnels âgés de 27 à 40 ans, offrant ainsi une diversité générationnelle. L'ancienneté dans la pratique varie également, allant de 4 à 19 ans d'expérience, ce qui permet d'intégrer à l'analyse des points de vue tant de praticiens expérimentés que de plus jeunes professionnels.

Le tableau 1 reprend les données socio-démographiques des participants.

*Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des participants*

Participant	Sexe	Âge	Profession	Nombre d'années d'expérience	Lieu d'exercice
Médecin 1	F	35	Médecin généraliste	9 ans et demi	Maison médicale A
Médecin 2	M	30	Médecin généraliste	5 ans	Maison médicale A
Médecin 3	M	36	Médecin généraliste	7 ans	Maison médicale A
Infirmière 1	F	38	Infirmier	15 ans	Maison médicale A
Infirmière 2	F	40	Infirmier	19 ans	Maison médicale A
Infirmière 3	F	36	Infirmier	14 ans	Maison médicale B
Médecin 4	F	38	Médecin généraliste	10 ans	Maison médicale B
Médecin 5	F	27	Médecin généraliste	4 ans	Maison médicale B
Médecin 6	M	29	Médecin généraliste	5 ans	Maison médicale B

### 3.2. Présentation des résultats de l'étude qualitative

Les thèmes repris ci-dessous respectent un ordre chronologique en lien avec le parcours de soin du patient IC.

De plus, le nombre de participants ayant exprimé une même idée a été précisé entre parenthèses pour chaque sous-thème. Cette information permet de rendre compte de la récurrence des points de vue parmi les participants.

*Tableau 2.Thèmes, sous-thèmes et dimensions émergents des focus groups réalisés auprès de deux maisons médicales de la région liégeoise*

<i>Thèmes</i>	<i>Sous-thèmes</i>	<i>Dimensions</i>	<i>Verbatim</i>
Transition des soins	Perception d'un manque d'implication des professionnels de première ligne dans la phase de transition <b>(n=8/9)</b>		<p>« C'est vrai qu'il y a ce côté parfois un peu désagréable de ne pas vraiment être comme un partenaire de soins, soit de ne pas du tout être au courant. [...] on est au courant de loin et puis de se rappeler un peu de notre existence quand il faut, alors là, tu es complètement mis devant le fait accompli d'une situation dans laquelle tu n'as pas participé activement avant. » (Med 1)</p> <p>« Il n'y a pas de directive pour l'infirmière qui est considérée comme un acteur de la chaîne des soignants, [...] l'infirmière doit aussi surveiller le poids, la tension [...] » (Med 6)</p> <p>« Je pense que c'est hyper important qu'on considère nos collègues, autres professionnels, que ce soient les infirmières ou les autres, comme des partenaires du soin [...] c'est vraiment une question de considération. Si on implique tout le monde dans les soins, on aura des soins de meilleure qualité. » (Med 4)</p>

	Trajet de soins multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque	Méconnaissance <b>(n=9/9)</b>	« Non , moi, on ne m'a jamais téléphoné pour me dire que ça existait. Je ne sais pas depuis combien de temps ça existe. » (Med 6)
		Points positifs <b>(n=2/9)</b> <b>uniquement des médecins</b>	« Je trouve que le site internet est très bien fait. C'est-à-dire que moi, en tant que médecin généraliste, si j'ai des questions concernant certains aspects de la pathologie de l'insuffisance cardiaque, ce sera un de mes sites de référence, clairement. » (Med 6)
		Recommandation <b>(n=2/9)</b> <b>uniquement des médecins</b>	« Mais tu vois, s'il était sur le CBIP [...] pour les insuffisants cardiaques, [...] vous avez des questions, allez d'abord voir ce trajet de soins. Tu vois, on y va tous les jours sur le CBIP. » (Med 6)
Continuité des soins entre l'hôpital et la maison médicale	Attentes dans les rapports d'hospitalisation <b>(n=8/9)</b>		« Surtout comme vous avez dit. [...] le traitement, c'est quand même la base, parce qu'il ne sort plus maintenant avec leurs médocs de l'hôpital, avant ils donnaient des petits sachets quand même [...] et maintenant, tu te débrouilles. » (Infi 2) « [...] S'il faut un passage infi , en fait, on devrait le savoir avant, on le sait souvent en retard. » (Med 1) « [...] notion aussi de pronostic [...], je trouve que ça, ça apparaît rarement. » (Med1) « Déjà, moi, j'aime bien quand même aussi d'avoir la clinique du patient quand il sort, savoir exactement s'il a des œdèmes, son examen clinique pour pouvoir aussi

		<p>comparer après, quand je le prends en charge, si ces choses-là étaient déjà présentes ou si elles sont d'apparition plus récente [...] » (Med 4)</p> <p>« Peut-être ce qui manque, [...], c'est tout ce qui sort de la sphère médicale. Et donc, tout ce qui est psychosocial, c'est-à-dire le patient va quitter l'environnement hospitalier, qu'est-ce qui a été mis en place, qu'est-ce qui a été réfléchi sur l'après-hospitalier ? Comment on va aménager le domicile ? Est-ce qu'il a besoin d'aide ? [...] » (Med 6)</p> <p>« Je ne sais pas s'il y a moyen d'être sûr que le patient va bien chez lui. Parce que des fois on me dit [...] il faudra tel soin. [...] on organise tout. Puis [...] il est en convalescence, mais pas du tout sur Liège. » (Infi 1)</p> <p>« Et savoir aussi s'il y a d'autres intervenants. Parce que des fois on apprend par le patient, il y a telle personne qui est venue et des fois c'est doublon. » (Infi 1)</p> <p>« [...] rapport ergo, rapport assistante sociale, rapport kiné, rapport diète, [...] ça manque. » (Med 6)</p>	
	<p>Réception du rapport d'hospitalisation</p>	<p>Délai tardif de réception <b>(n=3/9)</b></p>	<p>« [...]c'est vrai que parfois il y a des rapports qui viennent des semaines plus tard, Ça ne sert strictement à rien. [...] parfois incomplets, [...]. Tout a dû être mis en place en attendant. » (Med 1)</p>
	<p>Recommandation <b>(n=1/9)</b></p>	<p>« Ce qui serait intéressant, c'est peut-être des rapports [...] moins complets, mais en tout cas avec des informations nécessaires à la sortie. Parce qu'effectivement, faire un rapport c'est parfois long, c'est parfois compliqué pour le spécialiste. Par contre,</p>	

			un rapport avec les points clés, je pense que ça vaudrait la peine d'en avoir un rapide. » (Med 2)
Transmission de prescriptions	Manquement <b>(n=3/9)</b>		<p>« [...] les prescriptions, s'il y en a, par exemple kiné etc. ne sont pas toujours faites... » (Infi 2)</p> <p>« Et des fois, il n'y a même pas d'ordonnance. Donc c'est le médecin généraliste qui doit faire [...]. » (Infi 3)</p>
	Prescriptions infirmières perçues incomplètes <b>(n=4/9)</b>		<p>« Mais peut-être que les prescriptions infirmières ne sont pas assez complètes quand on voit tout ce qu'on peut suivre par exemple chez un patient, parfois juste un soin de plaie et Clexane. [...], mais le suivi du patient, ce serait bien que ce soit un peu plus élaboré. » (Med 2)</p> <p>« [...] on a juste des prescriptions et il n'y a aucun détail. Ça a toujours été comme ça. C'est des prescriptions de toilettes, de Clexane. [...] pour les insuffisants cardiaques, il n'y a jamais eu prise de tension [...] Ou prise de poids. [...] c'est le médecin traitant qui nous le demande dans un deuxième temps [...] » (Infi 3)</p>
Communication entre l'hôpital et maison médicale	Interlocuteur dédié et canal utilisé <b>(n=5/9)</b>		<p>« [...] D'abord [...] savoir qui on contacte en cas de... Qui est référent ? Comment [...] ? Quel est le meilleur moyen [...] de contact ? » (Med 3)</p> <p>« Ce qui serait intéressant, c'est d'avoir un contact aussi, un numéro à appeler au cas où. » (Med 2)</p>

		Accessibilité et temps <b>(n=4/9)</b>	<p>« Ça prend énormément de temps. Et puis on se retrouve [...] dans le labyrinthe de l'hôpital pour essayer de joindre une personne, [...]. Et puis [...] on doit représenter notre histoire, qui on est, qui on essaie de joindre, [...] quatre ou cinq fois avant d'avoir finalement la personne qu'on veut avoir en ligne, c'est vraiment compliqué. C'est vraiment un frein au quotidien. » (Med 1)</p> <p>« Le manque de temps des spécialistes [...] parfois ils donnent un avis rapide, [...]. » (Med 2)</p>
Coordination des soins	Répartition floue du rôle de coordinateur entre les professionnels <b>(n=4/9)</b>		<p>« [...] en fonction d'où le patient a mis son premier pied, si [...] chez le médecin. C'est le médecin qui va prendre un peu cette casquette. Si c'est chez les infis, c'est les infirmiers qui vont prendre cette casquette. Parfois, c'est le secteur social aussi. [...] » (Med 1)</p> <p>« On est obligé de prendre cette casquette-là parce qu'il n'y a personne d'autre qui le fait. [...] » (Med 6)</p>
	Nécessité d'un coordinateur dédié avec un cadre clair	Appréciation positive <b>(n=3/9)</b>	<p>« [...]ça fonctionne très bien les coordinatrices en onco [...] ça permet de centraliser toutes les informations et de s'assurer que le patient a bien compris [...] le médecin généraliste va [...] avoir un œil global sur tout ce qui est première ligne, mais l'infirmière de coordination [...] à l'hôpital, elle a [...]ce recul sur le tout et les autres rendez-vous. » (Med 6)</p>

		Compétence attendue du coordinateur <b>(n=4/9)</b>	« [...] ce qui est essentiel d'avoir comme qualification et comme compétence, [...] c'est d'être conscient de toutes les facettes [...] du patient, [...] pas seulement celles qu'on a vues à l'hôpital. Il faut aussi voir celles du domicile, celles au sein des soignants de première ligne, tout l'environnement du patient [...]. Il faut qu'elle sache [...] jongler avec tous ces aspects-là. » (Med 6) « Moi, je pense que le coordinateur ça pourrait être un rôle intéressant, mais s'il est bien cadre, sa responsabilité bien prédefinie [...] » (Med 1)
		Réserve <b>(n=1/9)</b>	« [...] en maison médicale, c'est difficile d'avoir un coordinateur externe [...] c'est parfois plus facile de [...] contacter une personne ici. » (Med 2)
Suivi des patients IC en ambulatoire : enjeux pour les infirmiers et les médecins généralistes	Obstacle perçu et rencontré par les infirmiers au suivi à domicile <b>Infirmières (n=3/3)</b>		« [...] il y a toute la construction de la relation de soin [...] parce que [...] on ne va pas aller voir spontanément un patient insuffisant cardiaque qui n'a pas d'autres soins [...] » (Infi 2)
	Le suivi des patients IC par les médecins généralistes en pratique <b>Médecins (n=5/6)</b>	Manque d'outils utilisés <b>Médecins (n=5/6)</b>	« C'est vrai que j'y pense pas souvent, je passe souvent à côté de ce truc-là, mais c'est vrai quand même, ça serait sympa de prendre tel paramètre, de contrôler telle chose ou quoi, les red flags. » (Med 3)
		Réserve <b>Médecins (n=1/6)</b>	« Parce que je me dis que si j'ai des protocoles pour tout. Après, je m'y perds. [...], il y a tout ce qui est en dehors du protocole. Un patient qui a une insuffisance cardiaque, souvent il a d'autres problèmes [...]. Avoir une ligne directrice, pourquoi pas, très globale. » (Med 2)

		<b>Recommandation Médecins (n=1/6)</b>	« [...] il y a aussi la formation continue, [...], on va rarement pour aller voir une formation sur l'insuffisance cardiaque [...]. Mais c'est vrai que parfois de se remettre à jour en formation continue, ça vaut la peine. » (Med 2)
Vers une approche centrée sur le patient IC	Renforcer l'autonomie et la participation du patient IC	Soins personnalisés <b>(n=6/9)</b>	<p>« Impliquer un peu plus le patient [...], c'est-à-dire est-ce qu'il comprend pourquoi il doit aller voir plus régulièrement, on parle d'insuffisance cardiaque mais est-ce qu'il est lui-même capable de faire une distinction au sein des insuffisances cardiaques, [...] » (Med 6)</p> <p>« [...] il faut préparer le patient, leur expliquer ce qu'ils ont à l'hôpital et leur dire que c'est important d'avoir un suivi. [...] » (Med 2)</p> <p>« Qu'est-ce qui est important pour le patient ? Il a envie de travailler sur quoi ? Parce qu'on sait qu'avec certains patients, tu as beau voir tout ce que tu devrais faire et tous les risques qu'il y a, si tu as une personne qui ne veut pas, ça ne sert à rien de dépenser de l'énergie [...] » (Infi 1)</p>
		Recommandations <b>(n=3/9)</b>	<p>« [...] il doit aller, [...], voir une fois par an l'association de patients pour discuter, échanger. [...] la délivrance d'informations par les pairs, ça a une valeur très importante [...] et pas seulement en termes d'informations, mais en termes de sortir de l'isolement, [...] le fait de voir d'autres patients qui vivent avec cette maladie [...] ça peut être rassurant pour lui aussi. » (Med 6)</p> <p>« [...] utiliser un petit carnet où le patient pourrait quand même le transporter et qu'à l'ouverture du carnet, il y aurait des petites directives très légères, [...] » (Infi 3)</p>

## 4. Discussion

### 4.1. Regards croisés

À la suite des résultats présentés dans le tableau précédent, un centre d'IC de la région liégeoise a été sollicité afin de recueillir son point de vue sur les propos issus des maisons médicales. Cette démarche, non prévue initialement dans le protocole soumis au comité d'éthique, a permis, avec l'accord oral de l'équipe, de partager leurs avis et réflexions au sein de cette étude. Le recueil des points de vue s'est fait sans enregistrement, ce qui n'a pas nécessité de consentement éclairé formel.

*Tableau 3. Éclairage complémentaire, mise en parallèle des constats entre maisons médicales et pratique hospitalière*

<b><i>Maisons médicales</i></b>	<b><i>Centre de l'IC de l'hôpital X</i></b>
Manque d'informations sur le pronostic	La communication autour du pronostic est délicate, car les rapports d'hospitalisation accessibles via le Réseau Santé Wallon peuvent être consultés par les patients et leurs proches.
Difficultés à joindre les spécialistes	Lorsqu'un médecin généraliste appelle le centre d'IC, l'identification « médecin généraliste » s'affiche sur le téléphone, permettant à l'équipe de reconnaître immédiatement la provenance de l'appel et de le prioriser.  Le centre d'IC met à disposition des médecins généralistes d'une part un moyen de contact privilégié et d'autre part la possibilité d'une prise en charge rapide. En effet, si un médecin généraliste remarque des signes de décompensation chez un patient, le centre se tient disponible dans un délai de 48 à 72

	<p>heures pour assurer une prise en charge diagnostique et thérapeutique.</p> <p>Enfin, le cardiologue présente l'application Siilo, un système sécurisé permettant aux professionnels de s'identifier via leur numéro INAMI et d'entrer ainsi en contact instantané avec les spécialistes.</p>
<p>Attente d'une structuration plus claire des rapports d'hospitalisation, incluant les traitements, les symptômes, l'état clinique, l'examen clinique et les suivis de contrôle du patient</p>	<p>Ces informations figurent dans les rapports d'hospitalisation de l'hôpital X. Un exemple concret de rapport a d'ailleurs été présenté pour en attester la véracité.</p>
<p>Demande de rapports plus complets, intégrant également ceux des différents professionnels intervenus durant l'hospitalisation du patient</p>	<p>L'intégration systématique de ces éléments rend les rapports plus longs et plus exigeants à rédiger. Or, face à des documents volumineux, les professionnels peuvent être amenés à se concentrer uniquement sur la conclusion, ce qui peut limiter la portée des informations détaillées.</p>
<p>Nécessité de prescriptions déjà réalisées, par exemple : kinésithérapie, traitements</p>	<p>Les prescriptions sont bien effectuées par l'hôpital X, même si elles ne sont pas systématiquement notifiées dans le rapport. Par le passé, les médecins généralistes n'étaient pas toujours favorables à ce que les ordonnances soient délivrées durant l'hospitalisation, craignant que les patients se rendent directement en pharmacie sans passer par leur cabinet. Le centre d'IC encourage d'ailleurs les patients à consulter leur médecin généraliste afin de préserver la continuité des soins.</p>

Attentes de prescriptions infirmières plus précises et détaillées	Le centre d'IC confirme que ces informations ne sont actuellement pas intégrées dans la transmission.
Réception tardive des rapports d'hospitalisation	Le cardiologue approuve que le délai de réception du rapport est parfois long (deux semaines) avant qu'il n'apparaisse sur le Réseau Santé Wallon. Pour cela, il recommande donc que le patient quitte l'hôpital avec une version papier du rapport, à remettre à son médecin généraliste lors du rendez-vous de suivi.
Demande de suivi spécifique du patient IC par l'infirmière du domicile	Pour suivre et accompagner un patient insuffisant cardiaque, l'infirmière clinicienne précise qu'il est nécessaire de suivre la formation en ETP de l'infirmier spécialisée en IC qui dure deux ans. Cependant, elle met en évidence qu'il n'existe actuellement aucun financement pour cette formation. Le cardiologue déplore, quant à lui, le manque d'infirmiers spécialisés en IC, soulignant que cette pénurie est directement liée à l'absence de financement pour la formation requise.
Nécessité d'un infirmier de coordination	Un infirmier de coordination pourrait être une option intéressante selon l'infirmière clinicienne. Toutefois, elle insiste sur l'importance du contact direct, jugé plus efficace. À titre d'exemple, lorsqu'un changement de traitement survient, l'hôpital X en informe directement le médecin généraliste. Elle souligne néanmoins la difficulté de joindre rapidement un médecin

	généraliste en maison médicale, car elle doit passer par une ligne téléphonique commune, accessible à tous, ce qui complique la transmission urgente d'informations.
Proposition d'un carnet de suivi pour le patient IC	Le centre d'IC de l'hôpital X dispose d'un carnet de suivi pour les patients. Seul le centre d'IC est habilité à remettre ce carnet, bien que tous les patients n'y soient pas orientés.
Demande de formations continues sur l'IC pour les médecins généralistes	Le cardiologue du centre de l'IC propose régulièrement des formations dédiées aux médecins généralistes. Ces derniers peuvent également assister à un ou plusieurs modules de la formation dédiée aux infirmiers spécialisés en IC, selon les thématiques jugées pertinentes pour leur pratique.
Demande d'inclure le patient IC dans une association de patients	Il n'existe actuellement plus d'association active dédiée aux patients atteints d'IC.
Méconnaissances du trajet de soins multidisciplinaire de l'IC	Dans la région liégeoise, des campagnes de sensibilisation ont été organisées par le cardiologue du centre d'IC pour diffuser le trajet de soins auprès des médecins (cardiologue, médecin généraliste). Cependant, seulement 60 médecins généralistes y ont participé.

Le cardiologue et l'infirmière clinicienne proposent de rencontrer les maisons médicales interrogées pour leur donner davantage d'informations et pouvoir renforcer la communication entre l'hôpital et la première ligne.

## **4.2. Analyse des résultats**

Cette étude avait pour objectif d'explorer les attentes des professionnels de première ligne, en particulier ceux travaillant en maisons médicales, concernant la transition des patients atteints d'IC à partir d'un trajet de soins multidisciplinaire déjà existant. La discussion qui suit vise à approfondir les résultats obtenus en s'appuyant sur le modèle de la collaboration interprofessionnelle de Danielle D'Amour.

### **Transition des soins**

La reconnaissance des rôles et des compétences de chaque professionnel de santé est une condition essentielle à une collaboration interprofessionnelle efficace. Pourtant, les données recueillies lors des focus groups révèlent un sentiment de non-reconnaissance chez plusieurs acteurs de première ligne (infirmiers et médecins généralistes) dans le cadre de la prise en soins des patients atteints d'IC.

Ce ressenti traduit un déficit de connaissances mutuelles entre les acteurs hospitaliers et les intervenants de première ligne, traduisant ainsi un manque *d'internalisation*, au sens du modèle de D'Amour utilisé comme cadre d'analyse au sein de cette étude. Il en résulte une perte de cohérence dans le suivi des patients, ainsi qu'une entrave à la continuité des soins, pourtant essentielle pour les patients IC (26).

Pourtant, une collaboration interprofessionnelle repose sur la capacité de chaque professionnel à comprendre clairement son propre rôle, ses compétences et ses tâches, ainsi qu'à connaître et reconnaître ceux des autres membres de l'équipe (39).

Ceci est appuyé par une seconde étude, qui compare la collaboration interprofessionnelle à l'assemblage d'un puzzle, chaque professionnel détient une partie des pièces, correspondant à ses compétences, ses savoirs et sa perspective propre. Cependant, aucune profession ne possède l'ensemble des éléments nécessaires à elle seule. C'est en articulant ces apports complémentaires que se construit une prise en soins cohérente, adaptée et complète du patient. La méconnaissance des rôles des autres professionnels peut donc conduire à un déploiement insuffisant des ressources dans la prise en soins des patients et de leur famille (40).

Par ailleurs, une autre méconnaissance s'est également dégagée lors des focus groups, celle sur le trajet de soins multidisciplinaire de l'IC. Les participants ont exprimé ne jamais en avoir entendu parler. Cependant, les participants étaient malgré tout impressionnés par le trajet de soins et motivés à l'utiliser dans leurs pratiques.

Ce manque de connaissance concernant le trajet de soins s'ancre prioritairement dans la dimension de *formalisation* du modèle de D'Amour (26). Bien que ce trajet de soins constitue un outil structurant, son absence d'appropriation en limite l'impact réel sur la coordination des soins.

Ce constat renvoie également à la dimension des *objectifs et vision partagés*, puisqu'un outil inconnu ne peut soutenir une stratégie commune ni favoriser une compréhension collective des actions à mettre en œuvre pour assurer une transition efficace (26).

### **Continuité des soins entre l'hôpital et la première ligne**

La transmission écrite entre l'hôpital et la première ligne est un enjeu central dans la transition des patients IC. Plusieurs professionnels ont souligné une lacune importante dans le contenu des prescriptions, notamment infirmières. Par ailleurs, au-delà du contenu des prescriptions, les participants soulignent la nécessité d'améliorer le rapport d'hospitalisation, notamment la qualité des informations sur le traitement médicamenteux, l'état clinique à la sortie et les recommandations pour la suite de la prise en soins.

Bien que les participants insistent sur la nécessité d'améliorer les rapports d'hospitalisation, plusieurs études mettent en lumière que ceux-ci présentent fréquemment des lacunes en informations médicales importantes et utiles. Cette rupture de communication entre l'hôpital et les soins de première ligne peut dès lors occasionner des événements indésirables (19-23%) et des erreurs (49%) contribuant à des réhospitalisations (41).

En outre, les participants ont exprimé le souhait que les rapports de sortie leur parviennent plus rapidement, car sans ceux-ci, les professionnels de première ligne sont limités à assurer des soins de suivi optimaux. Ce constat a été mis en évidence par une étude montrant que, dans 75% du temps, le rapport d'hospitalisation n'est pas parvenu au médecin généraliste (41). Cependant, une autre étude apporte une nuance importante en montrant que, dans la majorité des cas, les médecins généralistes en Belgique reçoivent tout de même des retours d'informations de la part des spécialistes (42).

Enfin, une demande majeure exprimée par les professionnels de première ligne concerne l'absence de référent clair à contacter en cas de question sur le suivi d'un patient IC ainsi que les modalités de contact. Cette insuffisance peut donc impacter négativement la transition de l'hôpital au domicile et notamment la continuité des soins. En effet, les défaillances dans la communication constituent un facteur majeur contribuant à la diminution de la sécurité et de la qualité des soins. Un déficit de communication peut résulter de l'absence de protocoles clairs définissant les modalités de contact entre les professionnels issus de différents secteurs de soins, ainsi que du temps restreint dont disposent les acteurs durant leurs heures de travail pour organiser ces échanges (43).

Il convient toutefois de noter que les professionnels du centre d'IC bénéficient d'un moyen de contact privilégié, un dispositif dont les acteurs de première ligne ne semblent pas informés, ce qui souligne un réel décalage dans la coordination entre ces deux groupes.

L'ensemble des difficultés mises en lumière dans ce thème s'inscrit clairement dans la dimension de *formalisation* (26), laquelle suppose l'existence d'outils de communication et d'échanges d'informations efficaces pour soutenir la collaboration interprofessionnelle (26). Le manque d'informations transmises à la sortie de l'hôpital et le délai tardif de réception des rapports illustrent une lacune dans l'intégration de ces outils, traduisant un déficit dans la structuration des échanges entre les niveaux de soins. Par ailleurs, l'absence ou la pauvreté des prescriptions transmises ne répond pas aux exigences de cette dimension, pourtant reconnue comme un pilier fondamental de la collaboration interprofessionnelle (26). Enfin, la volonté exprimée par les professionnels d'un référent clair, avec des modalités de contact précises, relève lui aussi de cette dimension. C'est d'ailleurs à ce niveau qu'elle apparaît, encore une fois, comme un point faible, insuffisamment développée entre l'hôpital et la première ligne dans le contexte étudié.

## **Coordination des soins**

La répartition floue du rôle de coordinateur entre professionnels de maisons médicales témoigne d'un déficit de la dimension de *gouvernance* inclue dans le modèle de D'Amour. Cette dimension se référant au leadership et au mécanisme de coordination ne semble pas optimale dans les données récoltées (26). En effet, une absence de clarification sur les responsabilités de chacun entraîne une coordination aléatoire influencée par les circonstances et non par une organisation rythmée par un leader. Le manque de désignation explicite d'un coordinateur peut ainsi engendrer des transitions de soins décousues et parfois absentes. Or, un leadership identifié et solide représente un levier pour conduire le changement ainsi que pour la mise en œuvre de projets. Tandis que la clarté des rôles mal définis représente un obstacle, conduisant à une confusion sur les rôles et tâches de chacun (44).

La coordination des soins devrait donc être assurée par un professionnel spécifiquement désigné à cet effet. Toutefois, la littérature ne s'accorde pas sur le profil exact de ce professionnel. Certains articles évoquent un coordinateur de soins, un « navigateur » (représenté par un professionnel paramédical comportant de la pratique avancée), un case manager ou encore un professionnel de santé chargé de l'organisation de la sortie désigné par son chef de service. Cette fonction devrait être assurée par un même professionnel tout au long de l'hospitalisation et après celle-ci, afin de garantir une continuité optimale du suivi (14,45,46,47). L'implication d'un coordinateur de soins permettrait ainsi de réduire le risque de réhospitalisation notamment en contactant le patient à l'hôpital, en assurant la transition et en suivant le patient à domicile (45).

De plus, comme mentionné par les participants, ce coordinateur de soins devrait disposer de compétences ciblées et d'un cadre clair, ce qui permettrait de centraliser les informations, de fluidifier la communication et d'améliorer le suivi des patients. Néanmoins, les avis restent partagés, un professionnel redoute qu'il ne s'agisse que d'un intervenant supplémentaire, déconnecté de la réalité du terrain, dont l'action concrète resterait limitée.

Les propos des participants peuvent être mis en lien avec les champs de compétences définis pour l'IPA. À titre non exhaustif, l'IPA (22,48) :

- Assume un rôle central et joue un rôle de médiateur auprès des patients, des équipes de soins tant intra qu'interprofessionnelles, en vue d'améliorer la qualité et la continuité des soins tout en répondant aux besoins spécifiques des patients.
- Assure une communication fluide entre les différents niveaux de disciplines, en favorisant les échanges transversaux et transmuraux.
- Veille à la transmission pertinente des informations, en mobilisant des technologies innovantes de l'information et de la communication pour garantir un transfert efficace des données de soins.
- Initie, soutient et renforce les partenariats avec divers acteurs ( exemple : professionnels de santé internes ou externes).
- Occupe un rôle de liaison avec d'autres structures, programmes de soins ou réseaux.

Ainsi, le développement de la fonction d'IPA représente une opportunité pour renforcer la coordination entre les différents niveaux de soins (48).

### **Le suivi des patients IC en ambulatoire : enjeux pour les infirmiers et les médecins généralistes**

Plusieurs infirmiers ont indiqué ne pas assurer de suivi chez les patients atteints d'IC, sauf en cas de demande de soins spécifiques, notamment pour des pansements ou l'administration d'énoxaparine. Cette pratique contraste avec les recommandations actuelles, notamment celles formulées dans le cadre du programme d'accompagnement au retour à domicile (Prado) en France. Lancé en 2010 comme service de retour à domicile, ce programme a été étendu en 2013 aux patients sortant d'hospitalisation pour décompensation cardiaque. Il vise à préparer en amont le retour à domicile du patient en identifiant ses besoins post-hospitalisation, tout en assurant une transition harmonieuse entre les soins hospitaliers et ambulatoires.

Ce programme prévoit systématiquement un suivi infirmier à domicile, la première visite à domicile se déroule dans les sept jours suivant la sortie du patient IC. Ensuite l'infirmier se rend au domicile du patient une fois par semaine durant deux mois et deux fois par mois pendant six mois pour les patients au stade III et IV de la NYHA (49).

Cela est soutenu par la Haute Autorité de Santé (HAS), qui mentionne que la surveillance clinique hebdomadaire (exemple : tension artérielle, poids, œdèmes) est prescrite pour une période de trois mois, et si nécessaire, cette surveillance peut être renouvelée via une autre prescription (50).

De plus, les lignes directrices de l'ESC mettent en évidence que les programmes à domicile sont recommandés et favorisent les résultats pour diminuer le risque d'hospitalisations et de décès lié à l'IC (51).

L'absence de suivi infirmier systématique à domicile chez les patients IC témoigne d'un manque d'alignement avec la dimension *objectifs et vision partagés* du modèle de D'Amour (26). Les objectifs poursuivis en termes de suivis infirmiers par les instances de santé publique telles que la HAS, l'ESC ou encore le programme Prado ne semblent pas être pleinement intégrés par les infirmiers exerçant dans les deux maisons médicales enquêtées. Ainsi, si les infirmiers ne partagent pas des objectifs et une vision commune, comme le souligne la littérature, cette dimension du modèle de D'Amour ne peut être atteinte, ce qui représente un obstacle supplémentaire à la collaboration interprofessionnelle.

Par ailleurs, les entretiens ont révélé une absence d'outils standardisés et de protocoles spécifiques pour le suivi des patients atteints d'IC au sein des maisons médicales investiguées. Pourtant, plusieurs participants expriment une réelle motivation à utiliser un outil commun qui les aiderait à structurer leur consultation, leur réflexion et leur démarche clinique. L'utilisation des outils et/ou de protocoles est encouragée dans la littérature. La HAS estime, avec un niveau de preuve modéré, que l'utilisation de protocoles cliniques peut contribuer à réduire la mortalité chez les patients hospitalisés pour une IC. De plus, une des composantes efficace pendant l'hospitalisation est la mise en œuvre et le suivi de protocoles pour la prise en soins du patient IC. Ainsi, lorsque ces protocoles sont appliqués, les soignants sont plus attentifs aux signes de décompensation et donc plus enclins à recommander une réhospitalisation rapide. Bien que cela puisse sembler paradoxal, une augmentation des réadmissions peut en réalité être le reflet d'améliorations dans la prise en charge des patients (52).

Cependant, l'enthousiasme n'est pas unanime. Un médecin généraliste exprime des réserves quant à l'intérêt d'un protocole perçu comme trop rigide. Cette remarque reflète une tension entre standardisation des soins et individualisation des prises en charge.

En effet, la standardisation des soins tend à éloigner l'humain du cœur de la décision clinique et conduit à reléguer au second plan la dimension personnalisée du soin (53).

L'accumulation de protocoles imposés à des soignants peut parfois entraver leur capacité d'autonomie, d'analyse critique, dévaloriser l'expérience, le jugement clinique et leur sensibilité. La standardisation des soins, bien qu'elle vise à garantir une qualité uniforme, peut parfois entrer en conflit avec la nécessité d'adapter les soins aux besoins spécifiques de chaque patient (53).

L'absence d'outils et/ou de protocoles de suivi dans la transition des patients atteints d'IC reflète un déficit au niveau de la dimension de *formalisation*, qui concerne l'organisation concrète de la collaboration interprofessionnelle à travers des mécanismes tels que les procédures et les outils standardisés (26). Sans ces supports, la continuité des soins est fragilisée. Par ailleurs, cette lacune peut également témoigner d'un manque *d'objectifs et de vision partagés* entre les acteurs de soins (26). En l'absence d'un consensus clair sur les priorités et les modalités d'une transition optimale, chaque professionnel agit selon sa propre représentation, ce qui entrave une approche coordonnée et cohérente du suivi post-hospitalier.

### **Vers une approche centrée sur le patient**

Ce dernier axe d'analyse met en lumière un élément central de la prise en charge : le patient lui-même. Les participants ont abordé plusieurs aspects, mettant d'abord en avant la nécessité d'informer le patient de manière claire et complète avant la sortie d'hospitalisation, afin d'assurer une continuité des soins efficace.

Ensuite, les participants insistent sur l'utilité de l'ETP pour favoriser l'autonomie du patient, notamment dans la prise de ses paramètres, la surveillance de ses symptômes, la reconnaissance des signes d'alerte, ainsi que la connaissance des personnes à contacter en cas de doute. Ils révèlent également la nécessité pour le patient de comprendre sa pathologie afin de pouvoir l'expliquer.

Enfin, les professionnels soulignent l'importance de centrer les soins sur les besoins prioritaires du patient.

Ce dernier thème, centré sur la place du patient, ne s'inscrit pas directement dans les dimensions du modèle de D'Amour, qui structure l'analyse de la collaboration interprofessionnelle. Il met plutôt en lumière des dynamiques relationnelles qui relèvent davantage de la relation soignant-soigné. Cette limite du cadre choisi souligne l'intérêt d'un apport théorique complémentaire pour approfondir cette dimension essentielle de la prise en soins.

C'est dans cette perspective que ce dernier point peut être éclairé par le modèle de partenariat humaniste en santé (MPHS) a posteriori de ma collecte de données. En effet, cet enjeu centré sur le patient rejoint pleinement la perspective du partenariat patient défendue par le MPHS. Dans ce modèle, le patient est considéré comme un acteur compétent, porteur de savoirs expérientiels, et où son autonomie est valorisée comme un levier essentiel pour la qualité des soins (54).

Ce que révèlent les propos des participants, est une ouverture à une relation de soin fondée sur la réciprocité et le dialogue, où les professionnels ajustent leurs pratiques au rythme, aux priorités et à la compréhension du patient (54).

Par ailleurs, la volonté exprimée par les professionnels d'adapter les soins à ce que le patient considère comme prioritaire est en parfaite cohérence avec la conception du soin portée par le MPHS, il ne s'agit plus de répondre à des besoins définis de l'extérieur, mais de soutenir le patient dans la réalisation de son projet de vie, en tenant compte de ses ressources, de ses valeurs et des transitions qu'il traverse. Cette orientation repose sur les valeurs fondatrices du modèle, telles que l'autonomie, le respect, l'égalité, la croyance et la fidélité (55).

## 5. Perspectives d'évolution

Les résultats de cette étude ouvrent des pistes concrètes pour renforcer la qualité de la transition des patients atteints d'IC entre l'hôpital et la première ligne. Ils permettent notamment de favoriser une meilleure intégration et valorisation du trajet de soins existant, afin qu'il soit davantage utilisé dans la pratique quotidienne des professionnels de santé.

Par ailleurs, les constats liés au manque de coordination soulignent la pertinence de développer et de tester, dans des contextes réels, l'implication d'un infirmier coordinateur tel qu'un IPA. En raison de ses compétences en leadership, en communication interdisciplinaire et en suivi clinique, l'IPA pourrait assumer ce rôle de manière efficiente (22,48).

Enfin, dans le prolongement de cette étude, une recherche complémentaire pourrait se centrer sur l'expérience vécue par les patients IC durant la période de transition. Cela permettrait de comprendre leur vécu, leurs inquiétudes, leurs attentes et les obstacles concrets auxquels ils sont confrontés. Cette approche permettrait de compléter la vision des soignants par celle des patients et de concevoir des dispositifs véritablement centrés sur les besoins du patient, dans une logique de co-construction des parcours de soins.

## 6. Limites de l'étude

Cette étude présente certaines limites qu'il convient de souligner. Tout d'abord, le biais d'échantillonnage géographique peut limiter la portée des résultats, puisque l'étude s'est concentrée sur deux maisons médicales situées dans la région liégeoise. Ce périmètre local restreint ne reflète pas nécessairement la diversité des pratiques et des organisations de soins présentes dans d'autres régions.

Par ailleurs, un biais de saturation rapide est également à considérer, les entretiens ont été arrêtés après deux focus groups, la redondance des propos laissant supposer que la saturation était atteinte. Toutefois, dans un contexte potentiellement plus hétérogène ou avec un plus grand nombre de participants, d'autres dimensions auraient pu émerger.

Ensuite, un biais de non-participation active a été observé, un des participants de la maison médicale B n'a pas pris la parole durant le focus group, malgré plusieurs relances. Cette absence d'expression peut priver l'analyse d'un point de vue potentiellement distinct et limiter la richesse des échanges.

Une limite supplémentaire réside dans le choix de centrer l'étude exclusivement sur la perspective des professionnels de première ligne, sans inclure celle des patients. Si ce travail a permis de cibler les attentes des professionnels de première ligne dans la transition des patients IC, il ne permet pas de documenter l'expérience vécue par les patients eux-mêmes lors de la transition entre l'hôpital et la première ligne.

Enfin, le biais de recrutement a été perçu, car les professionnels ayant accepté de participer étaient tous volontaires, ce qui laisse supposer un certain intérêt ou engagement préalable vis-à-vis de la thématique abordée. Cela peut induire une surreprésentation de points de vue positifs ou proactifs concernant la coordination des soins, au détriment d'avis plus critiques ou distants.

## 7. Conclusion

La présente étude visait à explorer les attentes des professionnels de santé de première ligne au sujet de la phase de transition des patients atteints d'IC. Les résultats montrent que ces professionnels souhaitent une meilleure inclusion dans ce processus, en clarifiant les rôles de chacun. Ils soulignent également l'importance d'une communication renforcée entre l'hôpital et les maisons médicales, ainsi que la mise en place d'un coordinateur dédié bénéficiant d'un cadre clair.

L'étude révèle par ailleurs un décalage entre les perceptions des maisons médicales et les ressources effectivement proposées par le centre d'IC. Ce décalage se traduit notamment par une méconnaissance de certains outils et dispositifs existants, tels que le numéro de contact dédié aux spécialistes, le carnet de suivi du patient ou encore le trajet de soins multidisciplinaire. Cela illustre l'enjeu d'une meilleure circulation de l'information pour consolider la coordination interprofessionnelle.

Le modèle de collaboration interprofessionnelle de D'Amour, mobilisé comme cadre théorique, a permis d'évaluer la qualité de la collaboration entre les acteurs impliqués. Il apparaît que les quatre dimensions de ce modèle : *objectifs et vision partagés*, *internalisation*, *formalisation* et *gouvernance* ne sont pas encore pleinement satisfaites à ce stade. Ce constat reflète une collaboration interprofessionnelle en évolution et met en lumière plusieurs axes d'amélioration, renforçant ainsi la nécessité de poursuivre les efforts en vue d'une meilleure articulation entre les acteurs.

Dans cette optique, cette étude propose des perspectives d'évolution, notamment à travers l'expérimentation du rôle d'un infirmier coordinateur. Cette fonction pourrait être assumée par un IPA, dont les compétences en coordination seraient mises à profit pour renforcer la transition des patients atteints d'IC.

## 8. Conflit d'intérêt

L'équipe de recherche n'a relevé aucun conflit d'intérêt dans le cadre de cette étude.

## 9. Références bibliographiques

- (1). V A. L'insuffisance cardiaque [Internet]. Ligue Cardiologique Belge. 2021. Available à l'adresse : <https://liguecardiog.be/linsuffisance-cardiaque/>
- (2). Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, Hoes AW. Epidemiology of heart failure. European Journal Of Heart Failure [Internet]. 2020 juin 1 ; 22(8) : 1342-1356. Available à l'adresse : <https://doi.org/10.1002/ejhf.1858>
- (3). Dunlay SM, Roger VL. Understanding the Epidemic of Heart Failure : Past, Present, and Future. Current Heart Failure Reports [Internet]. 2014 sept 4 ; 11(4) : 404-415. Available à l'adresse : <https://doi.org/10.1007/s11897-014-0220-x>
- (4). Les nouvelles recommandations de l'insuffisance cardiaque en 2023 | Louvain Médical [Internet]. Available à l'adresse : <https://www.louvainmedical.be/fr/article/les-nouvelles-recommandations-de-linsuffisance-cardiaque-en-2023>
- (5). UpToDate [Internet]. UpToDate. Available à l'adresse : <https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-of-heart-failure>
- (6).Service Publique fédérale Belge, editor. Prévalence des maladies cardio-vasculaires [Internet]. DGGS - Soins de Santé; 2019. Available from: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/22112021\\_voorkomen\\_van\\_ziektebeelden\\_fr\\_0.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/22112021_voorkomen_van_ziektebeelden_fr_0.pdf)
- (7).Télécardiologie : optimaliser la prise en charge des patients insuffisants cardiaques instables [Internet]. Available à l'adresse : <https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/medical/optimaliser-la-prise-en-charge-des-patients-insuffisants-cardiaques-instables.html>

(8). Golla MSG, Hajouli S, Ludhwani D. Heart Failure and Ejection Fraction [Internet].

StatPearls - NCBI Bookshelf. 2024. Available à l'adresse :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK553115/>

(9). Trajet de soins extrahospitalier commun pour l'insuffisance cardiaque en Flandre du sud,

centrale et occidentale | Journal de Cardiologie [Internet]. Available à l'adresse :

<https://www.tvcjdc.be/fr/article/22908433/>

(10). McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJV. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission. Journal Of The American College Of Cardiology [Internet]. 2004 août 1 ; 44(4) : 810-819. Available à l'adresse :

<https://doi.org/10.1016/j.jacc.2004.05.055>

(11). Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, Bueno H, Cleland JGF, Coats AJS, Falk V, González-Juanatey JR, Harjola V, Jankowska EA, Jessup M, Linde C, Nihoyannopoulos P, Parissis J, Pieske B, Riley J, Rosano G, Ruilope LM, Ruschitzka F, Rutten FH, Van Der Meer P. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal [Internet]. 2016 mai 20 ; 37(27) : 2129-2200. Available à l'adresse :

<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>

(12). McMurray JJV, Pfeffer MA. Heart failure. Lancet [Internet]. 2005 mai 1 ; 365(9474) :

1877-1889. Available à l'adresse : [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)66621-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)66621-4)

(13). Westphal V. Le Modèle de Partenariat Humaniste en Santé pour renforcer le pouvoir d'être et d'agir du patient - Rencontres Soignantes en Psychiatrie [Internet]. Rencontres Soignantes En Psychiatrie. 2022. Available à l'adresse :

<https://rencontressoignantesenpsychiatrie.fr/2022/03/04/le-modele-de-partenariat-humaniste-en-sante-pour-renforcer-le-pouvoir-detre-et-dagir-du-patient/>

(14). HAS. Comment réduire le risque de réhospitalisations évitables des personnes âgées ?

Haute Autorité de Santé HAS. 2013 Jun;

(15). Manderson B, McMurray J, Piraino E, Stolee P. Navigation roles support chronically ill older adults through healthcare transitions : a systematic review of the literature. *Health & Social Care In The Community* [Internet]. 2011 oct 13 ; 20(2) : 113-127. Available à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2011.01032.x>

(16). Michalski-Monnerat C, Jacquot-Pegeot ML, Rochat S, Schmid MC, Stéphanie MR, Chevrey N, Toledano Y, Jean GJ, Donzé J, Bryant-Lukosius D, Mabire C. Soins de transition entre l'hôpital et le domicile : pour quels patient-es ? [Internet]. *Revue Medicale Suisse*. 2023. Available à l'adresse : <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2023/revue-medicale-suisse-847/soins-de-transition-entre-l-hopital-et-le-domicile-pour-quels-patient-es#tab=tab-references>

(17). Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM, Hirschman KB. The importance of transitional care in achieving health reform. *Health Affairs* [Internet]. 2011 avr 1 ; 30(4) : 746-754. Available à l'adresse : <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0041>

(18). Cowie MR, Anker SD, Cleland JGF, Felker GM, Filippatos G, Jaarsma T, Jourdain P, Knight E, Massie B, Ponikowski P, López-Sendón J. Improving care for patients with acute heart failure : before, during and after hospitalization. *ESC Heart Failure* [Internet]. 2014 déc 1 ; 1(2) : 110-145. Available à l'adresse : <https://doi.org/10.1002/ehf2.12021>

(19). Misra V, Sedig K, Dixon DR, Sibbald SL. Prioritizing coordination of primary health care. *Can Fam Physician*. 2020 Jun;66(6):399-403. Erratum in: *Can Fam Physician*. 2020 Aug;66(8):554. Erratum in: *Can Fam Physician*. 2020 Aug;66(8):554. PMID: 32532718; PMCID: PMC7292521.

(20). Medical Pathway - Multidisciplinary heart failure care path [Internet]. Available à l'adresse : <https://heartfailurepathway.com/fr/accueil/>

(21). [www.battershall.com](http://www.battershall.com) - Donald Battershall Design NYC. The John A. Hartford Foundation : 2006 Annual Report [Internet]. Available à l'adresse : [https://www.johnahartford.org/ar2007/model1\\_care\\_transitions.html](https://www.johnahartford.org/ar2007/model1_care_transitions.html)

(22). Morin D. La pratique infirmière avancée VERS UN CONSENSUS AU SEIN DE LA FRANCOPHONIE. 2018;

(23). LE MÉTIER - UNIPA [Internet]. UNIPA. 2025. Available à l'adresse : <https://unipa.fr/le-metier/>

(24). Le premier trajet de soins multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque en belgique est arrivé - Medical Pathway [Internet]. Available à l'adresse : <https://heartfailurepathway.com/fr/news/le-premier-trajet-de-soins-multidisciplinaire-de-linsuffisance-cardiaque-en-belgique-est-arrive/>

(25). Suivi multidisciplinaire - Medical Pathway [Internet]. Available à l'adresse : <https://heartfailurepathway.com/fr/suivi-multidisciplinaire/>

(26). D'Amour D, Goulet L, Labadie JF, Martín-Rodriguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Services Research [Internet]. 2008 sept 21 ; 8(1). Available à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>

(27). L'implantation des groupes de médecine de famille : Le Défi de la Réorganisation de la Pratique Et de la Collaboration Interprofessionnelle : Étude de Cas Dans Cinq GMF de la Première Vague Au Québec. 2006.

(28). Gadoud A, Taylor P, Hussain J. How to appraise a qualitative study. British Journal Of Hospital Medicine [Internet]. 2013 mai 1 ; 74(5) : 271-274. Available à l'adresse : <https://doi.org/10.12968/hmed.2013.74.5.271>

(29). Ayton D. Chapter 5 : Qualitative descriptive research [Internet]. Pressbooks. 2023. Available à l'adresse : [https://oercollective.caul.edu.au/qualitative-research/chapter/\\_\\_unknown\\_\\_-5/](https://oercollective.caul.edu.au/qualitative-research/chapter/__unknown__-5/)

(30). Claude G. Le focus group (groupe de discussion) ; : caractéristiques, utilisation et exemples [Internet]. Scribbr. 2021. Available à l'adresse :  
<https://www.scribbr.fr/methodologie/focus-group/>

(31). Tsindos T. Chapter 14 : Focus groups [Internet]. Pressbooks. 2023. Available à l'adresse :  
[https://oercollective.caul.edu.au/qualitative-research/chapter/\\_\\_unknown\\_\\_-14/](https://oercollective.caul.edu.au/qualitative-research/chapter/__unknown__-14/)

(32). Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Recherche En Soins Infirmiers [Internet]. 2010 sept 1 ; N° 102(3) : 23-34. Available à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>

(33). Claude G. L'entretien semi-directif ; : définition, caractéristiques et étapes [Internet]. Scribbr. 2019. Available à l'adresse : <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>

(34). Claude G. Le guide d'entretien ; : définition, caractéristiques, structure et exemple [Internet]. Scribbr. 2020. Available à l'adresse : <https://www.scribbr.fr/methodologie/guide-dentretien/>

(35). Ayton D. Chapter 22 : Thematic Analysis [Internet]. Pressbooks. 2023. Available à l'adresse : [https://oercollective.caul.edu.au/qualitative-research/chapter/\\_\\_unknown\\_\\_-22/](https://oercollective.caul.edu.au/qualitative-research/chapter/__unknown__-22/)

(36). Tsindos T. Chapter 20 : Coding approaches [Internet]. Pressbooks. 2023. Available à l'adresse : [https://oercollective.caul.edu.au/qualitative-research/chapter/\\_\\_unknown\\_\\_-20/](https://oercollective.caul.edu.au/qualitative-research/chapter/__unknown__-20/)

(37). Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. De Boeck Supérieur ; 2019.

(38). Ayton D. Chapter 26 : Rigour [Internet]. Pressbooks. 2023. Available à l'adresse :  
[https://oercollective.caul.edu.au/qualitative-research/chapter/\\_\\_unknown\\_\\_-26/](https://oercollective.caul.edu.au/qualitative-research/chapter/__unknown__-26/)

(39). Vaseghi F, Yarmohammadian MH, Raeisi A. Interprofessional Collaboration Competencies in the Health System. *Iranian Journal Of Nursing And Midwifery Research* [Internet]. 2022 nov 1 ; 27(6) : 496-504. Available à l'adresse : [https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr\\_476\\_21](https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_476_21)

(40). Lackie K, Murphy GT. The impact of interprofessional collaboration on productivity : Important considerations in health human resources planning. *Journal Of Interprofessional Education & Practice* [Internet]. 2020 août 23 ; 21 : 100375. Available à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2020.100375>

(41). Kripalani S, Jackson AT, Schnipper JL, Coleman EA. Promoting effective transitions of care at hospital discharge : A review of key issues for hospitalists. *Journal Of Hospital Medicine* [Internet]. 2007 sept 1 ; 2(5) : 314-323. Available à l'adresse : <https://doi.org/10.1002/jhm.228>

(42). Scaioli G, Schäfer WLA, Boerma WGW, Spreeuwenberg PMM, Schellevis FG, Groenewegen PP. Communication between general practitioners and medical specialists in the referral process : a cross-sectional survey in 34 countries. *BMC Family Practice* [Internet]. 2020 mars 17 ; 21(1). Available à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01124-x>

(43). Van Grootel JWM, Collet RJ, Van Dongen JM, Van Der Leeden M, Geleijn E, Ostelo R, Van Der Schaaf M, Major ME, Wiertsema S. Continuity and Coordination of Care During Hospital-To-Home Transitions : Healthcare Professionals' Perspectives. *Journal Of Clinical Nursing* [Internet]. 2025 mars 26 ; Available à l'adresse : <https://doi.org/10.1111/jocn.17758>

(44). Lau R, Stevenson F, Ong BN, Dziedzic K, Treweek S, Eldridge S, Everitt H, Kennedy A, Qureshi N, Rogers A, Peacock R, Murray E. Achieving change in primary care—causes of the evidence to practice gap : systematic reviews of reviews. *Implementation Science* [Internet]. 2015 déc 1 ; 11(1). Available à l'adresse : <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0396-4>

(45). annexe\_methodo\_\_rehospitalisations\_evitables\_vf.pdf [Internet]. [cited 2025 Apr 21]. Available from: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe\\_methodo\\_\\_rehospitalisations\\_evitables\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-06/annexe_methodo__rehospitalisations_evitables_vf.pdf)

(46). HAS. Rapport d'analyse des projets article 70. In: Haute Autorité de Santé HAS. 2012.

(47). HAS. Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ? Haute Autorité de Santé HAS. 2015 Apr;

(48). Infirmier de pratique avancée [Internet]. SPF Santé Publique. 2025. Available à l'adresse : <https://www.health.belgium.be/fr/infirmier-de-pratique-avancee>

(49). Assurance Maladie. Prado, le service de retour à domicile. Ameli.fr. 2025 Feb 26. Available à l'adresse : <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado>

(50). HAS, editor. Guide du parcours de soins « Insuffisance cardiaque ». Haute Autorité de Santé HAS. 2014 Jun;

(51). McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. European Heart Journal [Internet]. 2021 juin 11 ; 42(36) : 3599-3726. Available à l'adresse : <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

(52). HAS, editor. Note méthodologique et de synthèse documentaire Comment organiser la sortie des patients hospitalisés pour insuffisance cardiaque ? 2015 Apr;

(53). Azria É. Le soignant et la standardisation des pratiques médicales. Laennec [Internet]. 2013 juill 1 ; Tome 61(3) : 32-41. Available à l'adresse : <https://doi.org/10.3917/lae.133.0032>

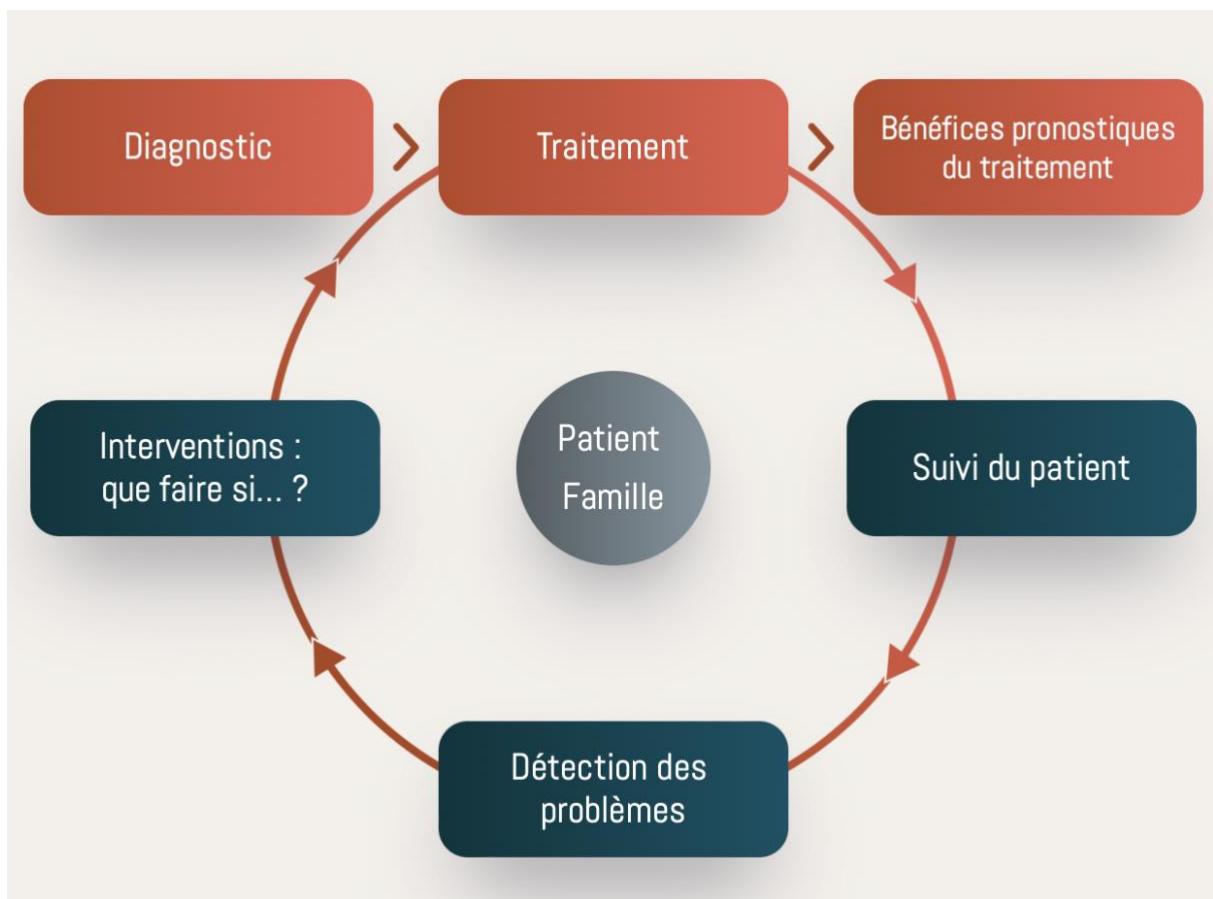
(54). Lecocq D, Lefebvre H, Néron A, Van Cutsem C, Bustillo A, Laloux M. Le modèle de partenariat humaniste en santé. *Soins* [Internet]. 2017 juin 1 ; 62(816) : 17-23. Available à l'adresse : <https://doi.org/10.1016/j.soin.2017.05.016>

(55). Lecocq, Lefebvre, Néron, Laloux. Le Modèle de Partenariat Humaniste en Santé [Internet]. Zenodo (CERN European Organization for Nuclear Research). 2022. Available à l'adresse : <https://zenodo.org/record/5835570>

## 10. Annexes

Annexe 1	Trajet de soins multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque
Annexe 2	Modèle Hamric
Annexe 3	Lettre d'invitation de participation à l'étude
Annexe 4	Guide d'entretien
Annexe 5	Demande d'avis au comité d'éthique de l'Université de Liège
Annexe 6	Avis favorable du comité d'éthique de l'Université de Liège
Annexe 7	Formulaire de consentement libre et éclairé

**Annexe 1 : Trajet de soins multidisciplinaire de l'insuffisance cardiaque**



## Annexe 2 : Modèle Hamric



## Annexe 3 : Lettre d'invitation de participation à l'étude



### Lettre d'invitation de participation à l'étude dans le cadre d'un mémoire



#### Contexte de l'étude

Je suis Lo Dico Lise, actuellement en 2<sup>ème</sup> année de master en Sciences Infirmières, à finalité pratique avancée à l'Université de Liège.

Je vous invite à participer à une étude dans le cadre de mon mémoire portant sur la transition des patients insuffisants cardiaques (IC) de l'hôpital vers les maisons médicales.

Pour cette étude, je recrute donc des médecins et infirmiers travaillant au contact de patients IC.

#### Promoteur de l'étude

**Promotrice interne** : Porcu Marie, Infirmière titulaire d'un master en santé publique, Maitre assistante à la Haute École Helmo et Maitre de conférence à l'Université de Liège et l'Université de Louvain.

**Promoteur externe** : Docteur Jean-Luc Belche, médecin généraliste et doctorant au département universitaire de médecine générale de l'Université de Liège.

#### Objectif de l'étude

L'objectif principal de la recherche et de coordonné la continuité des soins de l'hôpital vers les maisons médicales pour un patient IC.

Et plus spécifiquement l'étude vise à :

- Mettre en place un trajet de soins existant pour un patient IC auprès du personnel de la maison médicale.
- Identifier les leviers et les freins dans l'organisation de la période de transition de l'hôpital vers les soins primaires pour les patients atteints d'IC.
- Permettre à l'infirmier de pratique avancée (IPA) de concevoir une structure de transition, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, au sein d'un trajet de soins d'un patient IC afin d'améliorer la continuité des soins.

#### Déroulement de l'étude

- La collecte de données se réalisera via **un entretien semi-dirigé rassemblant les professionnels de la santé**.
- L'entretien se réalise en **présentiel** sur base de rendez-vous fixé.
- L'entretien est **enregistré** et votre **anonymat** sera strictement **préservé**, vos réponses seront exploitées uniquement dans le cadre de l'analyse et ne seront en aucun cas associées à votre identité.

#### Prise de connaissance du trajet de soins

L'entretien s'appuiera sur un trajet de soins existant. Je vous invite donc à en prendre connaissance avant notre rendez-vous.

Vous trouverez le trajet de soins en suivant ce lien : <https://heartfailurepathway.com/fr/accueil/>

Pour notre réunion, les points du trajet de soins à considérer incluent :

Le suivi du patient :

- Points à considérer lors de la sortie de l'hôpital
- Médecin généraliste
- Suivi d'un patient insuffisant cardiaque
- Les soins à domicile (infirmier à domicile)



## Contact

Vous pouvez me contacter via mon numéro de téléphone : **0498106856** ou via mon adresse mail : **[l.lodico@student.uliege.be](mailto:l.lodico@student.uliege.be)** pour tout renseignement complémentaire à l'égard de mon mémoire.

Je vous remercie d'avance pour l'intérêt que vous pouvez porter à cette étude.

Lo Dico Lise

## Annexe 4 : Guide d'entretien



### Guide d'entretien

#### Introduction

Bonjour, je m'appelle Lo Dico Lise, étudiante en Master en sciences infirmières, à finalité pratique avancée à l'Université de Liège. Je tenais tout d'abord à vous remercier d'avoir accepté de participer à cette étude. Mon étude se porte sur la continuité des soins de l'hôpital vers les maisons médicales pour un patient vivant avec une insuffisance cardiaque.

Afin de récolter ces précieuses informations, nous allons réaliser un entretien semi-dirigé avec des questions ouvertes. Pour cet entretien, je me baserai sur une trame de questions préparées au préalable par rapport au trajet de soins que je vous ai transmis (1).

Je vous informe que cet entretien est enregistré et que votre anonymat sera strictement préservé : vos réponses seront exploitées uniquement dans le cadre de l'analyse et ne seront en aucun cas associées à votre identité.

Je tiens également à préciser qu'il n'existe pas de réponse correcte ou incorrecte. Vous êtes libre de ne pas répondre à une question et/ou de demander des précisions. Enfin, notre entretien se base sur des valeurs de respect et de confiance.

#### Données sociodémographiques

- Nom, prénom
- Age
- Profession
- Sexe
- Nombre d'années d'expérience

#### Points à considérer à la sortie de l'hôpital

Le premier aspect du trajet de soins que nous allons examiner concerne le suivi du patient :

Questions	Questions de relance
Quels éléments clés, selon vous, devraient figurer dans le rapport médical de la salle d'hospitalisation pour assurer un suivi optimal du patient ?	Quelles informations pourraient être ajoutées au rapport médical pour mieux répondre aux besoins des professionnels en aval ?  Quels sont, à votre avis, les documents essentiels à remettre lors de la décharge du patient (par exemple, aperçu des médicaments, rendez-vous chez le cardiologue, lettre de sortie pour les soins infirmiers...) ?

<p>Concernant la communication entre les différents intervenants, quels échanges d'informations vous semblent essentiels et incontournables pour garantir la continuité des soins ?</p>	<p>Quelles sont, selon vous, les principales difficultés rencontrées dans la communication entre l'hôpital et les professionnels de soins primaires ?</p> <p>Quels outils ou moyens de communication (ex. téléphone, plateforme numérique, réunions) seraient les plus efficaces pour améliorer ces échanges ?</p>
---	--

### Médecin généraliste

Le deuxième aspect que nous retrouvons dans le trajet de soins est la position du médecin généraliste :

Questions	Questions de relance
<p>Lors des consultations en maison médicale, quel est le rôle des médecins généralistes ?</p>	<p>Quels outils ou protocoles spécifiques utilisent-ils pour surveiller l'état clinique et adapter les traitements ?</p>

### Suivi d'un patient IC : phase de transition

Ensuite, le troisième point du trajet de soins est la phase de transition du patient IC :

Questions	Questions de relance
<p>Le trajet de soins propose un suivi personnalisé en fonction du risque de la maladie ; ce risque est déterminé en fonction de plusieurs paramètres tels que : pression artérielle, FC, récompensation, rétention d'eau permanente, conformité et connaissance de la maladie....</p> <p>Le profil de risque des patients peut être classé en 3 groupes, avec une phase de transition différente. Avez-vous connaissance de ces 3 groupes distincts ?</p>	<p>Comment, en pratique réelle, la phase de transition d'un patient IC se déroule ?</p> <p>Après combien de temps a-t-il un rdv chez le médecin traitant ? chez le cardiologue ?</p> <p>Si oui comment procédez-vous ?</p>
<p>L'infirmier spécialisé en IC agit-il dans le contexte réel ?</p>	<p>Si oui, de quelle manière ? Avec quels supports ? À quelle fréquence ? Et quels sont les moyens de communication avec l'équipe en interne et avec l'hôpital et éventuellement le pharmacien ?</p>

## Infirmier à domicile

Nous allons maintenant aborder le rôle de l'infirmier à domicile cité dans le trajet de soins :

Questions	Questions de relance
Selon vous, quel est le rôle de l'infirmier à domicile ? (surveillance,..)	Comment l'infirmier collabore-t-il avec les autres professionnels de santé, tels que le cardiologue et le médecin généraliste, dans le suivi du patient ?  Quels outils ou protocoles utilise l'infirmier pour suivre les signes vitaux et détecter d'éventuelles complications chez le patient à domicile ?  Quelles sont les principales difficultés rencontrées par l'infirmier lors du suivi à domicile des patients atteints d'insuffisance cardiaque ?

## Coordination

Un dernier point important à aborder est la coordination :

Questions	Questions de relance
Qui, selon vous, devrait être responsable de la coordination des soins dès la sortie du patient : un médecin généraliste, un infirmier de pratique avancée ou un autre intervenant ? Pour quelles raisons ?	Quels mécanismes ou processus pourraient être mis en place pour éviter les ruptures dans le suivi des soins ?

## Conclusion

Questions	Questions de relance
Quels aspects du trajet de soins actuel fonctionnent bien et devraient être maintenus ?	/
Quels sont, selon vous, les points faibles ou les manques dans ce trajet de soins ?	Avez-vous des suggestions concrètes pour adapter ce trajet de soins à votre pratique en maison médicale ?

Je vous remercie de votre participation à l'égard de mon mémoire.

Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Bibliographie :

(1) Medical Pathway - Multidisciplinary heart failure care path [Internet]. Available à l'adresse : <https://heartfailurepathway.com/fr/accueil/>

## Annexe 5 : Demande d'avis au comité d'éthique

### Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



#### Demande d'avis préalable sur l'application des lois dans le cadre des mémoires de fin d'études

(Version acceptée par le Comité d'Ethique en date du 23/09/2024)

Selon la loi belge du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, toute recherche sur la personne humaine visant à développer les connaissances propres à l'exercice des professions de soins de santé<sup>1</sup> est soumise à l'approbation d'un comité d'éthique détenteur d'un agrément complet dans le cadre de la loi du 7 mai 2004.

Le présent formulaire a pour objectif d'aider le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège à déterminer si votre étude entre dans le champ d'application de la loi du 7 mai 2004 ou non. C'est pourquoi il est important de décrire clairement et de manière exacte les objectifs et la méthodologie développée en lien avec ceux-ci.

#### Attention !

Les documents suivants doivent être joints au présent formulaire :

- l'instrument de récolte des données (questionnaire, guide d'entretien, etc.)
- les documents qui seront utilisés pour le recrutement des participants (courriels, dépliants, etc.)

Pour les études qui entreraient dans le champ d'application de la loi du 7 mai 2004, la loi impose que celle-ci soit menée par une personne détentrice d'un agrément dans une des professions de santé. Cela implique qu'un chercheur qui n'est pas détenteur d'un agrément dans une des professions de santé, et qui souhaite réaliser un travail de recherche dans ce domaine, doit mener cette recherche sous la supervision d'un investigateur principal détenteur d'un agrément dans la profession de santé visée par ladite recherche. Le chercheur fait bien entendu partie de l'équipe de recherche et peut évidemment être premier auteur dans l'éventualité d'une publication.

**L'avis donné par le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire est unique et contraignant. Il est un prérequis à toute initiation d'étude (Loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7/05/2004, Art 10).**

1. Etudiant (nom, prénom, adresse courriel) :

Lo Dico Lise

Adresse courriel : [l.lodico@student.uliege.be](mailto:l.lodico@student.uliege.be)

2. Filière : [Master en sciences infirmières, à finalité pratique avancée](#)

3. Année académique durant laquelle le mémoire sera réalisé : [2024-2025](#)

4. Titre du mémoire (en français) : [Rôle de l'infirmier en pratique avancée dans le processus de transition de patient insuffisant cardiaque : une approche innovante pour une meilleure continuité des soins](#)

5. Encadrant du mémoire :

*(L'encadrant du mémoire est la personne qui encadre l'étudiant)*

Titre : [Infirmière titulaire d'un master en santé publique, Maitre assistante à la Haute École Helmo et Maitre de conférence à l'Université de Liège et l'Université de Louvain.](#)

Nom, prénom : [Marie Porcu](#)

Ad courriel : [m.porcu@helmo.be](mailto:m.porcu@helmo.be)

Institution : [Université de Liège, Université de Louvain, Helmo Sainte-Julienne](#)

6. Promoteur :

*Le promoteur de l'étude est, selon la loi, une université, une haute école ou une institution dont l'étudiant dépend et est responsable de la gestion et du financement de l'étude.*

Nom (Institution, Université, Haute Ecole, etc.) : [Université de Liège](#)

7. Investigateur :

*Si l'expérimentation est réalisée par une équipe de recherche, l'investigateur est le responsable de la conduite de la recherche et est parfois désigné investigateur principal (aussi appelé PI). Il doit être un professionnel de la santé<sup>1</sup>. Dans le cas d'une étude soumise à la loi 2004, l'encadrant du mémoire peut être l'investigateur principal s'il est professionnel de la santé et membre de l'Université de Liège.*

L'encadrant, s'il est professionnel de la santé et qu'il est membre de l'Université de Liège

L'étudiant, s'il est professionnel de la santé

Autre, préciser :

Titre : [Infirmière responsable de soins généraux](#)

Nom, prénom : [Lo Dico Lise](#)

Ad courriel : [l.lodico@student.uliege.be](mailto:l.lodico@student.uliege.be)

Institution : [Université de Liège](#)

## 8. Résumé de l'étude

a. Votre étude est-elle un case report ?

*Un case report est une étude rétrospective sur un seul cas, sans recueil de nouvelles données ou quelconque information.*

Oui  
 Non

Si vous avez répondu oui à la question 8.a, merci de fournir un résumé de votre étude ci-dessous. La suite du document (points 8 b/c/d et 9) ne vous concerne pas.

---

---

---

---

---

Si vous avez répondu non à la question 8.a, merci de compléter la suite du document.

b. Objectifs et indicateurs (liste des variables et instrument(s) de collecte des données à joindre en annexes)

L'objectif principal de la recherche est de coordonner la continuité des soins de l'hôpital vers les maisons médicales pour un patient insuffisant cardiaque (IC).

Et plus spécifiquement, l'étude vise à :

- Mettre en place un trajet de soins existant pour un patient IC auprès du personnel de la maison médicale.
- Identifier les leviers et les freins dans l'organisation de la période de transition de l'hôpital vers les soins primaires pour les patients atteints d'IC.
- Permettre à l'infirmier de pratique avancée (IPA) de concevoir une structure de transition, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, au sein d'un trajet de soins d'un patient IC afin d'améliorer la continuité des soins.

c. Synopsis du protocole de recherche (design/conception, population, méthode de recrutement, méthode de collecte de données et analyse statistique) (+/- 500 mots)

**Contexte :**

Ce protocole vise, à partir d'un trajet de soins existant pour la transition des patients insuffisants cardiaques de l'hôpital vers les maisons médicales, à recueillir les leviers et freins identifiés par les professionnels de santé afin d'adapter ce trajet aux besoins réels. Cette transition étant un moment critique pour la continuité des soins, l'accompagnement pluridisciplinaire, incluant un IPA, pourrait jouer un rôle important pour améliorer la coordination des soins et réduire les taux de réhospitalisation.

**Design :**

Une recherche action participative des différentes équipes de chaque secteur (hôpital et maison médicale), visant à recueillir les perceptions et expériences des professionnels de santé dans leur contexte de travail réel.

La recherche action sera élaborée en plusieurs étapes :

- 1) identification du problème
- 2) établir un plan d'action
- 3) action sur le terrain avec collecte des données
- 4) analyser les données et évaluer les résultats
- 5) partager les conclusions de la recherche et formuler des recommandations

**Population :**

L'étude cible des professionnels de santé en hôpital et en maison médicale, incluant des médecins et des infirmiers impliqués dans la prise en charge des patients insuffisants cardiaques.

**Méthode de recrutement :**

Les participants seront recrutés par échantillonnage raisonné, en ciblant des professionnels ayant une expérience dans le suivi de patients insuffisants cardiaques. Une invitation écrite, présentant l'étude et ses objectifs, sera envoyée dans un hôpital et une maison médicale choisis au préalable.

**Méthode de collecte de données :**

Les données seront recueillies lors d'entretiens semi-dirigés de chaque secteur, organisés selon un ordre du jour établi à partir de la littérature. Cela permettra de comprendre le point de vue des personnes invitées et leur compréhension d'une expérience spécifique. Une dernière réunion regroupant les professionnels de l'hôpital et de la maison médicale permettra d'établir un consensus final.

**Analyse des données :**

À la suite des réunions effectuées à l'hôpital et en maison médicale, les données seront analysées afin de mettre en évidence les divergences ainsi que les similitudes entre les deux réunions de chaque secteur. Lors de chaque entretien semi-dirigé, la retranscription de ceux-ci se fera via le programme Sonix ®.

d. Liste des mesures techniques et/ou organisationnelles mises en place pour a) respecter les règles du RGPD (par ex. utilisation d'un formulaire en ligne respectueux du cahier des charges RGPD) et b) assurer la sécurité et la confidentialité des données récoltées (logiciel utilisé, limitation des accès, destruction des données au terme de l'étude).

*Pour plus d'informations sur les obligations RGPD, merci de consulter le site  
<https://my.student.uliege.be/rgpd-memoire-et-tfe>*

La collecte de données issues des réunions structurées sera réalisée dans l'anonymat, permettant de supprimer toutes informations pouvant identifier les participants de l'étude. Ces données seront utilisées exclusivement pour l'étude et seront supprimées à la fin de l'étude. L'accès aux collectes de données sera limité à l'équipe de recherche.

Les participants seront informés des objectifs, des méthodes, de l'enchaînement et des bénéfices de l'étude. Ils seront également informés de l'enregistrement des réunions.

Un document de consentement libre et éclairé rédigé par la chercheuse sera donné à chaque participant afin qu'ils puissent donner leur accord pour participer à l'étude.

9. Afin de justifier si l'avis du Comité d'Ethique est requis ou non, merci de répondre par oui ou par non aux questions suivantes, en lien avec les objectifs et la nature des données de l'étude :

1. L'étude est-elle destinée à être publiée ? **Oui**
2. L'étude est-elle interventionnelle chez des patients (va-t-on tester l'effet d'une modification de prise en charge ou de traitement dans le futur, doivent-ils remplir des questionnaires en dehors de leurs soins définis par les recommandations de bonnes pratiques) ? **Non**
3. Les données recueillies sont-elles directement liées à la santé physique ou mentale des participants (par ex. : la fréquence cardiaque, le temps de réaction, la saturation en oxygène, l'endurance physique, la qualité de vie, le stress dans la vie quotidienne, l'autonomie, ...) ? **Non**
4. L'étude comporte-t-elle une enquête sur des aspects intrusifs ou délicats de la vie privée, quelles que soient les personnes interviewées (la sexualité, l'origine ethnique, la santé physique ou mentale, la génétique ou biométrie, les convictions religieuses ou philosophiques, les opinions politiques) ? **Non**
5. S'agit-il d'un questionnaire portant sur des données à caractère non intrusif ou non délicat MAIS utilisé dans le cadre d'un suivi médical précis (par ex. : les habitudes alimentaires chez les patients atteints d'une maladie chronique, la fréquence d'activité physique chez les patients diabétiques) ? **Non**
6. L'étude comporte-t-elle des questionnaires ou entretiens qui sont potentiellement perturbants ? **Non**

7. Y a-t-il enquête sur la qualité de vie ou l'adhésion thérapeutique de patients traités pour une pathologie spécifique ? **Non**
8. Y a-t-il enquête auprès de personnes vulnérables (mineurs, femmes enceintes, malades ayant des troubles cognitifs, malades en phase terminale, patients déficients mentaux, ...) ?  
**Non**
9. S'agit-il exclusivement d'une étude rétrospective ? **Non**
10. S'agit-il uniquement de questionnaires adressés à des professionnels de santé sur leur pratique professionnelle, sans caractère délicat (exemples de caractère délicat : antécédents de burn-out, conflits professionnels graves, assuétudes, etc.) ? **Oui**
11. S'agit-il exclusivement d'une enquête sur l'organisation matérielle des soins (organisation d'hôpitaux ou de maisons de repos, trajets de soins, gestion de stocks, gestion des flux de patients, comptabilisation de journées d'hospitalisation, coût des soins, ...) ? **Oui**
12. S'agit-il exclusivement d'enquêtes auprès de personnes non sélectionnées sans caractère intrusif, enquêtes de rue, sur les réseaux sociaux... (par exemple sur des habitudes sportives, alimentaires) ? **Non**
13. S'agit-il exclusivement d'une validation de questionnaire existant dans une autre langue (où l'objet de l'étude est le questionnaire) ? **Non**
14. S'agit-il exclusivement d'une revue bibliographique ? **Non**

Si les réponses aux questions 1 à 8 comportent au minimum un « oui », il apparait probablement que votre étude devra être soumise pour avis au Comité d’Ethique.

Si les réponses aux questions 9 à 14 comportent au minimum un « oui », il apparait probablement que votre étude ne devra pas être soumise pour avis au Comité d’Ethique.

**En fonction de l'analyse du présent document, le comité d'éthique vous informera de la nécessité ou non de déposer le protocole complet de l'étude. La liste des documents à déposer se trouvent dans la demande d'avis pour étude soumise à la loi de 2004, sur le site internet du comité d'éthique.**

**L'encadrant du mémoire** sollicite l'avis du Comité d'Ethique car :

- cette étude est susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine. Le promoteur attend dès lors l'avis du CE sur l'applicabilité ou non de la loi.
- cette étude n'est pas susceptible de rentrer dans le cadre de la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine, mais un avis du CE est nécessaire en vue d'une publication.

Date : 03/01/2025

Nom et signature de l'encadrant : Porcu 

Date : 03/01/2025

Nom et signature de l'investigateur principal : Lo Dico 

Date : 03/01/2025

Nom et signature de l'étudiant : Lo Dico 

#### Attention !

Que votre étude entre ou non dans le champ d'application de la loi du 7 mai 2004, la collecte et le traitement des données doivent être effectués en parfaite conformité avec le règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

Deux scénarios sont actuellement possibles :

- 1) Le Comité d'Ethique vous informe que l'étude proposée entre dans le champ d'application de la loi du 7 mai 2004

L'étudiant sera alors tenu d'utiliser, lors du dépôt du protocole complet de l'étude, le modèle de document d'information et de consentement du Comité d'Ethique, lesquels contiennent des clauses RGPD.

- 2) Le Comité d'Ethique vous informe que l'étude proposée n'entre pas dans le champ d'application de la loi du 7 mai 2004

L'étudiant sera alors tenu d'utiliser le document RGPD proposé par l'Université (plus d'informations via le lien : <https://my.student.uliege.be/rgpd-memoire-et-tfe>). Ce document ne sera pas soumis au Comité d'Ethique.

**Ce formulaire de demande d'avis doit être complété et envoyé par courriel à [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be). Il est recommandé de joindre votre ou vos encadrant(s) en copie(s) du courriel.**

## Annexe 6 : Avis favorable du comité d'éthique de l'Université de Liège

### Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 28 janvier 2025

Madame le Prof. A-F. DONNEAU  
Madame Lise LO DICO  
Service de SCIENCES INFIRMIERES  
CHU

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique  
Notre réf: 2025/15

"Rôle de l'infirmier en pratique avancée dans le processus de transition de patient insuffisant cardiaque : une approche innovante pour une meilleure continuité des soins."  
Protocole : v1

Cher Collègue,

Le Comité d'Ethique constate que votre étude n'entre pas dans le cadre de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agrérer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Prof. D. LEDOUX  
Président du Comité d'Ethique

Note: l'original de la réponse est envoyé au Chef de Service, une copie à l'Expérimentateur principal.

---

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE  
Président : Professeur D. LEDOUX  
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET  
Secrétariat administratif : 04/323.21.58  
Coordination scientifique: 04/323.22.65  
Mail : [ethique@chuliege.be](mailto:ethique@chuliege.be)  
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>



MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE  
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur **Didier LEDOUX**  
Intensiviste, CHU

Président

Monsieur le Docteur **Etienne BAUDOUX**  
Expert en Thérapie Cellulaire, CHU

Vice-Président

Monsieur le Docteur **Guy DAENEN**  
Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU

Vice-Président

Monsieur le Professeur **Pierre FIRKET**  
Généraliste, membre extérieur au CHU

Vice-Président

Monsieur **Resmi AGIRMAN**  
Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU

Madame **Viviane DESSOUROUX** / Monsieur **Pascal GRILLI** (suppléant)  
Représentant (e) des patients, membres extérieurs au CHU

Madame **Régine HARDY** / Madame la Professeure **Adélaïde BLAVIER** (suppléante)  
Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU

Madame **Isabelle HERMANS**  
Assistante sociale, CHU

Monsieur le Professeur **Maurice LAMY**  
Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU

Madame la Docteure **Marie-Paule LECART**  
Rhumato-gériatre, CHU

Madame **Marie LIEBEN**  
Philosophe, membre extérieure au CHU

Madame **Patricia MODANESE**  
Infirmière cheffe d'unité, CHU

Madame la Professeure **Anne-Simone PARENT**  
Pédiatre, CHU

Monsieur le Professeur **Marc RADERMECKER**  
Chirurgien, CHU

Monsieur **Stéphane ROBIDA**  
Juriste, membre extérieur au CHU

Madame **Isabelle ROLAND** / Monsieur le Professeur **Vincent SEUTIN** (suppléant)  
Pharmacien, CHU Pharmacologue, ULiège

Madame la Docteure **Liliya ROSTOMYAN**  
Endocrinologue, membre extérieure au CHU

Madame la Docteure **Isabelle RUTTEN**  
Radiothérapeute, membre extérieure au CHU

Madame **Cécile THIRION**  
Infirmière cheffe d'unité, CHU

## Annexe 7 : Formulaire de consentement libre et éclairé



### Formulaire d'information et de consentement pour l'utilisation des données à caractères personnel dans le cadre d'un mémoire

**Titre de l'étude : Rôle de l'infirmier en pratique avancée dans le processus de transition de patient insuffisant cardiaque : une approche innovante pour une meilleure continuité des soins**

Les responsables du projet de recherche sont :

- Promoteurs de l'étude : Madame Porcu Marie et Docteur Belche Jean-Luc
- L'étudiante chercheuse réalisant ce mémoire est Lo Dico Lise, étudiante en Master en Sciences Infirmières, à finalité pratique avancée à l'Université de Liège

Vous êtes invité à participer à une étude qualitative portant sur la transition des patients insuffisants cardiaques (IC) de l'hôpital vers les maisons médicales.

Ce document a pour objectif de vous fournir toutes les informations utiles concernant l'organisation du mémoire ainsi que les objectifs de cette étude. Il vous permettra de comprendre en détail le cadre de cette recherche et ce que votre participation implique.

Pour pouvoir participer à cette étude, il est essentiel de donner votre consentement éclairé. Cela signifie que vous devez prendre connaissance de toutes les informations présentées dans ce document avant de prendre votre décision.

Nous vous invitons à lire attentivement les informations contenues dans ce document et n'hésitez pas à poser d'éventuelles questions.

#### **1. Information essentielle à votre décision de participer**

##### **Si vous participez à cette étude, vous devez savoir que :**

- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite votre consentement.
- Cette étude est soumise à la demande d'avis du Comité d'Éthique hospitalo-facultaire de Liège.
- Les données recueillies seront exploitées uniquement dans le cadre de l'analyse et ne seront en aucun cas associées à votre identité
- Votre anonymat sera strictement préservé
- La chercheuse reste disponible si vous avez besoin d'informations complémentaires.

### **Objectifs de l'étude :**

L'objectif principal de la recherche est de coordonner la continuité des soins de l'hôpital vers les maisons médicales pour un patient IC.

Et plus spécifiquement, l'étude vise à :

- Mettre en place un trajet de soins existant pour un patient IC auprès du personnel de la maison médicale.
- Identifier les leviers et les freins dans l'organisation de la période de transition de l'hôpital vers les soins primaires pour les patients atteints d'IC.
- Permettre à l'infirmier de pratique avancée (IPA) de concevoir une structure de transition, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire, au sein d'un trajet de soins d'un patient IC afin d'améliorer la continuité des soins.

### **Déroulement de l'étude :**

Le recrutement des participants se fera sur l'envoie par mail d'une lettre d'invitation à participer au mémoire. Les participants sont des médecins et infirmiers d'une maison médicale sélectionnée.

L'étude sera réalisée à travers un entretien semi-dirigé unique avec l'ensemble des participants. Cet entretien sera structuré autour de questions préalablement élaborée par rapport à un trajet de soins existant que la chercheuse a demandé à tous les participants de consulter avant l'entretien.

L'entretien semi-dirigé se déroulera en présentiel durant 1h/1h15.

### **Description des risques et bénéfices :**

La participation à cette étude ne comporte aucun risque pour votre santé.

La participation à cette étude pourrait offrir comme bénéfice la mise en lumière d'un trajet de soins existant, adapté aux besoins réels des professionnels, et permettre ainsi sa mise en pratique

### **Si vous participez à cette recherche, nous vous demandons :**

- Contribuer au bon déroulement de cette recherche
- Fournir des réponses aussi honnêtes que possible aux questions qui vous seront posées

### **Contact**

Pour toute demande d'information complémentaire, ou en cas de difficulté ou de préoccupation, la chercheuse (Lo Dico Lise) se tient à votre disposition par mail : [l.lodico@student.uliege.be](mailto:l.lodico@student.uliege.be) ou par téléphone au 0498106856.

## **2. Informations complémentaires sur la protection et les droits du participant**

### **Comité d'Éthique**

Cette étude a été examinée par le Comité d'Éthique hospitalo-facultaire de l'Université de Liège, qui a rendu un avis favorable le 23/01/2025 en n'émettant pas d'objection à la conduite de cette étude.

Le Comité d'Éthique veille à garantir le respect de vos droits en tant que participant à cette étude. Cet avis favorable ne constitue en aucun cas une incitation à participer à l'étude.

En aucun cas vous ne devez prendre l'avis du Comité d'Éthique comme une incitation à participer à cette étude.

### **Participation volontaire**

La participation à cette étude est entièrement volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Cela signifie que vous n'êtes en aucun cas contraint à participer, et si vous choisissez de ne pas y prendre part, cela ne comportera aucune conséquence. De plus, vous avez la possibilité de retirer votre participation à tout moment, sans avoir à fournir de justification.

Vous êtes libre de poser toutes les questions que vous jugerez nécessaires afin de bien comprendre les modalités de l'étude, et il est également possible d'en discuter avec une personne de confiance si cela vous semble pertinent.

Si vous décidez de participer, il vous sera demandé de signer un formulaire de consentement éclairé, afin de confirmer que vous avez bien compris les conditions de l'étude et que vous y consentez librement.

### **Protection de votre identité**

En donnant votre consentement à participer à cette étude, vous autorisez la chercheuse à collecter des données vous concernant, exclusivement dans le cadre de cette recherche et de ses éventuelles publications scientifiques.

La chercheuse s'engage à respecter strictement la confidentialité de toutes les données collectées. Cela signifie qu'elle ne divulguera jamais votre nom dans le cadre de publications, ou de conférences.

De plus, afin de préserver votre anonymat, toutes les données seront codées. Ainsi, les informations personnelles seront utilisées uniquement dans le cadre de cette étude et ne seront en aucun cas exploitées à d'autres fins.

### **3. Consentement éclairé**

#### ***Chercheuse :***

Lo Dico Lise, chercheuse de l'étude, confirme :

- Être responsable du déroulement du présent projet de recherche.
- Avoir communiqué, à la fois oralement et par écrit, toutes les informations nécessaires relatives à l'étude.
- Respecter les obligations énoncées dans ce document et également à vous informer de tout élément qui serait susceptibles de modifier la nature de votre consentement.

Nom et prénom de la chercheuse : Lo Dico Lise

Date :



Signature :

---

Nom et prénom du promoteur interne : Porcu Marie

Date :



Signature :

---

Nom et prénom du promoteur externe : Belche Jean-Luc

Date :



Signature :

#### ***Participant :***

Je déclare avoir pris connaissance du présent formulaire et l'avoir compris. J'ai reçu des informations claires et complètes concernant la nature de l'étude, ses objectifs, la durée et les attentes me concernant.

Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet et ai eu l'occasion de poser des questions auxquelles j'ai reçu une réponse satisfaisante.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Nom et prénom du participant :

Date :

Signature :