

ÉVALUER L'INTÉRÊT ET LES CRAINTES DES PATIENTS

Avant-propos :

Ce questionnaire n'a pas pour vocation à faire partie d'une étude scientifique mais constitue une première approche pour identifier et avoir une compréhension des motifs de refus et de consentement de l'HAD. Ceci dans le but de développer des outils de communication et des solutions adaptées, à destination des patients et des soignants selon leur profil et leurs besoins.

Objectifs du questionnaire :

- Identifier les motifs et freins qui amènent certains patients à refuser la prise en charge en HAD.
- Définir un profil des patients plus enclins à refuser ou accepter la prise en charge en HAD de manière à cibler et adapter la communication. (Ex : Les patients pris en charge avec la CMU sont plus enclins à refuser la pris en charge en HAD comparativement à un patient non couvert par la CMU.)

QUESTIONNAIRE HAD

Vous recevez actuellement votre traitement d'immunothérapie en hôpital de jour (HDJ). Suivant certains critères et l'avis de votre médecin référent, votre établissement pourrait vous proposer de réaliser vos séances d'immunothérapie à domicile, c'est-à-dire d'être pris en charge en hospitalisation à domicile (HAD).

- Connaissez-vous l'HAD ? OUI/NON
- Accepteriez-vous l'HAD pour recevoir votre traitement d'immunothérapie que vous recevez actuellement en HDJ? OUI/NON
- Parmi les motifs listés ci-dessous, quels sont ceux pour lesquels vous vous sentez concerné ?

Dimensions pertinentes <i>(Picker/Commonwealth Patient-centred Care Program)</i>	Motifs de refus ou de consentement à l'HAD	<i>Non, pas du tout d'accord</i> <i>Non, plutôt pas d'accord</i> <i>Oui, plutôt d'accord</i> <i>Oui, tout à fait d'accord</i>			
① Respect des préférences	Je ne veux pas que l'HAD s'installe à mon domicile pour des raisons organisationnelles.				
	Je ne veux pas que l'HAD s'installe à mon domicile pour des raisons psychologiques.				
	Je souhaite intégrer/impliquer davantage mes proches dans mon parcours avec la maladie.				
	Je crains que l'HAD ne puisse pas intégrer les contraintes liées à ma vie personnelle (travail en horaires décalés, isolement, etc)				
	Je sais que je pourrais revenir sur ma décision de consentement à tout moment si l'HAD ne me convenait pas.				
② Confort physique et sécurité	Je me sentrais moins en sécurité à mon domicile qu'à l'hôpital (milieu non aseptisé, temps médical inférieur,...). Autres raison :				
	Je pense que je serais moins à l'aise et dans de moins bonnes conditions de vie à mon domicile qu'à l'hôpital.				
	Je pense que mes proches seraient partants pour l'HAD.				

QUESTIONNAIRE HAD

③ Soutien émotionnel et implication des proches	Je crains que la prise en charge à domicile ait un impact trop lourd sur ma famille.				
	Je crains que mon entourage puisse être susceptible de minimiser ma maladie du fait d'une prise en charge en HAD, et donc leur soutien.				
	J'ai peur de me sentir isolé.				
④ Information et communication	Je suis bien informé sur l'HAD ; et sur les différentes étapes de prise en charge et sur la façon dont se déroule une séance en HAD.				
	J'ai bien compris et intégré les modalités logistiques, administratives et financières de l'HAD.				
⑤ Coordination et continuité des soins	Je crains qu'il y ait des problèmes de communication et de coordination entre les professionnels qui interviendraient à mon domicile et les professionnels hospitaliers.				
	Je crains d'avoir moins accès/ de pouvoir moins communiquer avec mon oncologue référent à l'hôpital et les professionnels hospitaliers en général.				
⑥ Accessibilité	La distance entre mon domicile et l'hôpital est raisonnable				
	J'estime que mon nombre de séances/ de passage en établissement est raisonnable.				