



**HAL**  
open science

**Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile : étude descriptive et comparative auprès de deux groupes de médecins généralistes du secteur de l'HAD de Grenoble : un premier groupe de médecins ayant au moins un patient par an en HAD : un deuxième groupe regroupant les médecins n'ayant jamais eu de patient en HAD et ceux ayant moins d'un patient par an**

Romain Crotet, Baptiste Jehenne

► **To cite this version:**

Romain Crotet, Baptiste Jehenne. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile : étude descriptive et comparative auprès de deux groupes de médecins généralistes du secteur de l'HAD de Grenoble : un premier groupe de médecins ayant au moins un patient par an en HAD : un deuxième groupe regroupant les médecins n'ayant jamais eu de patient en HAD et ceux ayant moins d'un patient par an. Médecine humaine et pathologie. 2011. dumas-00645047

**HAL Id: dumas-00645047**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00645047>**

Submitted on 25 Nov 2011

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## **Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile.**

---

Etude descriptive et comparative auprès de deux groupes de médecins généralistes du secteur de l'HAD du CHU de Grenoble :

- Un premier groupe de médecins ayant au moins un patient par an en HAD
  - Un deuxième groupe regroupant les médecins n'ayant jamais eu de patient en HAD et ceux ayant moins d'un patient par an.
- 

THESE  
PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE  
DIPLOME D'ETAT  
MEDECINE GENERALE

CROTET Romain né le 02/12/1981 à Saint Rémy (71)

JEHENNE Baptiste né le 04/12/1981 à Lannion (22)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE\*

LE 23/11/2011

DEVANT LE JURY COMPOSE DE :

Président de jury : Monsieur le Professeur BRAMBILLA Christian

Membres :

Monsieur le Professeur BOLLA Michel

Madame le Professeur MOUSSEAU Mireille

Monsieur le Professeur PERENNOU Dominique

Madame le docteur NICOLAS Lydie

\* La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

## RESUME :

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, en permettant de l'éviter, de la retarder ou d'en raccourcir sa durée. Elle permet en outre une meilleure maîtrise des dépenses de santé ainsi qu'une réponse aux données sociodémographiques. Le médecin généraliste occupe un rôle central au cours d'une prise en charge en HAD. Cependant, il n'est à l'origine que de 5% des demandes d'HAD et plus de la moitié des médecins interrogés ne connaissent pas cette possibilité d'admission directe.

L'objectif de notre étude est d'apporter des pistes de réflexion afin d'optimiser et d'accroître l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes.

Pour se faire, nous nous sommes attachés à déterminer les freins à l'utilisation de l'HAD et les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de cette structure par l'envoi d'un questionnaire à 284 médecins généralistes dépendants de l'HAD du CHU de Grenoble.

Les taux de réponse (186 questionnaires reçus sur 284 envoyés, soit 65% environ) et de remplissage (1,7% de questions non répondues) nous ont permis d'identifier un intérêt important porté à l'HAD par les médecins généralistes malgré un manque de connaissance de la structure. En effet, les généralistes semblent plébisciter la notion de travail en équipe et ses corollaires (collaboration, partage des connaissances et des responsabilités, rupture de l'isolement du médecin) ainsi que son apport à la réalisation de certaines démarches (sociale, psychologique et relation avec les services hospitaliers spécialisés). Cependant, il semble que le médecin traitant ait des difficultés à trouver sa place au cours d'une telle prise en charge et ressent alors parfois cet exercice comme chronophage. Il persiste de plus une certaine confusion entre le service d'HAD et les autres structures de maintien à domicile.

L'analyse comparative de deux groupes de médecins en fonction de leur expérience de l'HAD montre des attentes comparables. Les plus importantes sont le travail en équipe et le partage des connaissances, mais aussi le respect de la volonté du patient d'être soigné au domicile et l'amélioration de la fin de vie.

En ce qui concerne les freins, les médecins ayant le moins d'expérience expriment plus volontiers la crainte de l'aspect chronophage et d'une limite de compétences technique.

Une meilleure information semble être le principal moyen d'accroître la collaboration entre HAD et médecins généralistes. 89% des médecins (157 sur 177) souhaitent d'ailleurs recevoir une information pratique notamment sous forme de plaquette explicative.

Enfin, l'amélioration de la communication entre les médecins généralistes et le service de l'HAD paraît être également importante, avec notamment la création d'un dossier informatisé, ainsi que l'organisation de visites à domicile communes permettant une rencontre entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur.

Mots clefs :

Médecins généralistes, hospitalisation à domicile, freins, attentes, information, Grenoble.

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier  
2011-2012

Nom	Prénom	Intitulé de la discipline universitaire
ALBALADEJO	Pierre	Anesthésiologie-réanimation
ARVIEUX-BARTHELEMY	Catherine	Chirurgie générale
BACONNIER	Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BAGUET	Jean-Philippe	Cardiologie
BALOSSO	Jacques	Radiothérapie
BARRET	Luc	Médecine légale et droit de la santé
BAUDAIN	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
BEANI	Jean-Claude	Dermato-vénéréologie
BENHAMOU	Pierre Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
BERGER	François	Biologie cellulaire
BLIN	Dominique	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BOLLA	Michel	Cancérologie; radiothérapie
BONAZ	Bruno	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOSSON	Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
BOUGEROL	Thierry	Psychiatrie d'adultes
BRAMBILLA	Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
BRAMBILLA	Christian	Pneumologie
BRICAULT	Ivan	Radiologie et imagerie médicale
BRICHON	Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BRIX	Muriel	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
CAHN	Jean-Yves	Hématologie
CARPENTIER	Françoise	Thérapeutique; médecine d'urgence
CARPENTIER	Patrick	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
CESBRON	Jean-Yves	Immunologie
CHABARDES	Stephan	Neurochirurgie
CHABRE	Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
CHAFFANJON	Philippe	Anatomie
CHAVANON	Olivier	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
CHIQUET	Christophe	Ophthalmologie
CHIROSEL	Jean-Paul	Anatomie
CINQUIN	Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COHEN	Olivier	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
COUTURIER	Pascal	Gériatrie et biologie du vieillissement
CRACOWSKI	Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique



DE GAUDEMARIS	Régis	Médecine et santé au travail
DEBILLON	Thierry	Pédiatrie
DEMATTEIS	Maurice	Addictologie
DEMONGEOT	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DESCOTES	Jean-Luc	Urologie
ESTEVE	François	Biophysique et médecine nucléaire
FAGRET	Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
FAUCHERON	Jean-Luc	Chirurgie générale
FERRETTI	Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
FEUERSTEIN	Claude	Physiologie
FONTAINE	Eric	Nutrition
FRANCOIS	Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GARBAN	Frédéric	Hématologie; transfusion
GAUDIN	Philippe	Rhumatologie
GAVAZZI	Gaetan	Gériatrie et biologie du vieillissement
GAY	Emmanuel	Neurochirurgie
GRIFFET	Jacques	Chirurgie infantile
HALIMI	Serge	Nutrition
HOMMEL	Marc	Neurologie
JOUK	Pierre-Simon	Génétique
JUVIN	Robert	Rhumatologie
KAHANE	Philippe	Physiologie
KRACK	Paul	Neurologie
KRAINIK	Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
LANTUEJOUL	Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
LEBAS	Jean-François	Biophysique et médecine nucléaire
LEBEAU	Jacques	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECCIA	Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
LEROUX	Dominique	Génétique
LEROY	Vincent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
LETOUBLON	Christian	Chirurgie générale
LEVY	Patrick	Physiologie
LUNARDI	Joël	Biochimie et biologie moléculaire
MACHECOURT	Jacques	Cardiologie
MAGNE	Jean-Luc	Chirurgie vasculaire
MAITRE	Anne	Médecine et santé au travail
MAURIN	Max	Bactériologie-virologie
MERLOZ	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORAND	Patrice	Bactériologie-virologie
MORO-SIBILOT	Denis	Pneumologie
MOUSSEAU	Mireille	Cancérologie
MOUTET	François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlogie
PALOMBI	Olivier	Anatomie
PASSAGIA	Jean-Guy	Anatomie
PAYEN DE LA GARANDERIE	Jean-François	Anesthésiologie-réanimation
PELLOUX	Hervé	Parasitologie et mycologie
PEPIN	Jean-Louis	Physiologie
PERENNOU	Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PERNOD	Gilles	Médecine vasculaire
PIOLAT	Christian	Chirurgie infantile
PISON	Christophe	Pneumologie
PLANTAZ	Dominique	Pédiatrie
POLACK	Benoît	Hématologie
PONS	Jean-Claude	Gynécologie-obstétrique
RAMBEAUD	Jean-Jacques	Urologie
REYT	Emile	Oto-rhino-laryngologie
RIGHINI	Christian	Oto-rhino-laryngologie
ROMANET	Jean-Paul	Ophtalmologie
SARAGAGLIA	Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SCHMERBER	Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
SELE	Bernard	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SERGENT	Fabrice	Gynécologie-obstétrique
SESSA	Carmine	Chirurgie vasculaire
STAHL	Jean-Paul	Maladies infectueuses; maladies tropicales
STANKE	Françoise	Pharmacologie fondamentale
TIMSIT	Jean-François	Réanimation
TONETTI	Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TOUSSAINT	Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
VANZETTO	Gérald	Cardiologie
VUILLEZ	Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
WEIL	Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
ZAOUI	Philippe	Néphrologie
ZARSKI	Jean-Pierre	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

## **REMERCIEMENTS :**

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Christian BRAMBILLA

Professeur de Pneumologie

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de cette thèse.

A NOS MAITRES ET JUGES

Monsieur le Professeur Michel BOLLA

Professeur de Cancérologie et Radiothérapie

Madame le Professeur Mireille MOUSSEAU

Professeur de Cancérologie

Monsieur le Professeur Dominique PERENNOU

Professeur de Médecine physique et réadaptation

Pour l'honneur que vous nous faites en siégeant dans le jury de cette thèse, recevez l'expression de notre sincère gratitude.

A NOTRE JUGE ET DIRECTRICE DE THESE

Madame le Docteur Lydie NICOLAS

Gériatre et médecin de médecine palliative

Médecin responsable et coordonnateur de l'HAD du CHU de Grenoble

Merci pour ton accueil, ta gentillesse et ta confiance, tu as su nous guider tout en nous accordant une grande liberté d'expression.



A Aurélien Vesin

Biostatisticien à l'institut Albert Bonniot

Merci pour ton aide précieuse dans la réalisation de l'analyse statistique, ta disponibilité et ta gentillesse.

A Carine Sebi

Merci de nous avoir consacré du temps, grâce à toi, Excel n'a plus de mystère pour nous.

A Vivian Fayard

Ton esprit critique exacerbé nous a été d'une grande aide notamment pour le questionnaire.

A Ophélie Passemard

Grâce à toi, il y aura un peu moins de fautes d'orthographe.

Baptiste remercie :

Ses parents, Nicolas et Marie-Françoise, pour leur amour et leur confiance et de m'avoir soutenu au cours de ces longues études. Encore mille fois merci. Je vous aime fort.

Maud, la femme de ma vie qui m'a accompagné et surtout supporté durant la préparation de l'internat et la rédaction de cette thèse. Le meilleur reste à venir, j'en suis convaincu. L'avenir nous appartient. Je t'aime.

Jean-Claude qui m'a dit un jour : « Et pourquoi tu ne ferais pas médecine ? », tu ne t'étais pas trompé. Ton soutien est sans faille.

Ma sœur, Mélanie et sa petite famille, et mes deux frères, Pierre et Arthur pour tous les bons moments partagés et à venir. Je suis fier de vous avoir à mes côtés.

Mes deux grands-mères, Chantal et Marguerite. Ou que vous soyez, je suis sûr que vous êtes fier de moi. Vous serez toujours dans mon cœur.

Romain, pour toutes ces années passées et pour la réalisation de ce travail. Il nous reste tant de voyages et de choses à découvrir ensemble. Nos passions communes nous rapprocherons toujours.

Ses ami(e)s : Fouine, Nalex, Guigui, Erwan D et M, Dam's, Seb P, Bubu, Tintin, Yohann, Fred, Sylvain, Repo, Greg et Zanz, Sabine et Chris, Prisca, Ophélie, Charlotte et nous, Yannick, Cloclo, Romain et Anne Christine, David et Juliette, cousin Hub et Michelle, pour tous les moments mémorables que j'ai vécu en votre compagnie. Que notre amitié persiste encore de longues années.

Romain dédie cette thèse :

A ma mère, Mireille, ta présence et ton amour inconditionnel m'ont permis d'avancer et d'être qui je suis aujourd'hui. Je t'aime.

A ma chère et tendre épouse, Prisca, merci de vivre à mes côtés et de me soutenir depuis bientôt 8 ans. L'avenir nous sourit, bientôt à trois...je t'aime.

A mon père, Maurice, loin des yeux, mais tellement proche de mon cœur.

A Marc, mon parrain, et Jocelyne, pour m'épauler dans mes choix depuis de si longues années.

A ma grande famille, oncles, tantes, cousins et cousines, j'aime tellement partager du temps avec vous.

Aux familles Crotet, Oddos, Gstalder, Augris, Bouty, Curinier, Bureau.

A Baptiste, pour ton amitié sans faille, notre collaboration pour cette thèse a été un plaisir.

Au noyau dur des « Gstalder », Armand, Etienne et Hélène.

A Florian, mon frère de cœur.

A mes amis de fac : Chloé, Fanny, Frédéric, Martin, Sylvie, Yohann, mais aussi Sylvain D., Greg H. et Marie F.

A tous mes autres amis, vous vous reconnaitrez, votre amitié cimente ma vie.



## SERMENT D'HIPPOCRATE

Qui diasmemorem laudes, repetimque fideles  
Ingenij dotes, Hippocratisque docus.  
Democriti auditor Phœbea, ô, Coëpropago,  
Certius an quis te tradidit artis opes?

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,*

*je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.*

*Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

*Je garderai le respect absolu de la vie humaine.*

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.*

*Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

## Table des matières

1. Introduction .....	21
2. Etat des lieux .....	23
2.1. L’HAD en France .....	23
2.1.1. Historique de l’HAD .....	23
2.1.1.1. Les prémisses de l’hospitalisation à domicile : .....	23
2.1.1.2. Le développement de l’HAD dans un cadre réglementaire : .....	24
2.1.1.3. Les années 2000 marquent une redéfinition de l’organisation de l’HAD : .....	26
2.1.2. Objectifs et mission .....	27
2.1.2.1. Objectifs .....	27
2.1.2.2. Missions .....	29
2.1.3. Les différents acteurs .....	32
2.1.3.1. Les acteurs internes de l’HAD : .....	32
2.1.3.2. Les médecins hospitaliers : (1) (17) (3) .....	34
2.1.3.3. Le médecin traitant : (1) (16) (17) (20) (21) .....	35
2.1.3.4. Les autres acteurs libéraux : (1) (16) (17) .....	36
2.2. L’HAD de Grenoble (22) .....	36
2.2.1. Historique de l’HAD de Grenoble .....	36
2.2.2. Secteurs géographiques et médecins concernés .....	37
2.2.3. Fonctionnement .....	38
3. Matériel et méthode .....	41
3.1. Choix de la méthode .....	41
3.2. L’élaboration du questionnaire .....	42
3.2.1. Renseignements généraux .....	42
3.2.2. Expérience de l’HAD .....	43
3.2.3. Les freins à l’utilisation de l’HAD .....	43



3.2.4.	Les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la structure HAD.....	44
3.2.5.	Support d'information et évaluation de l'intérêt de l'HAD .....	45
3.3.	L'échantillon de médecins interrogés.....	45
3.4.	Protocole d'envois des questionnaires et de recueil des données.....	46
3.4.1.	Prise de contact.....	46
3.4.2.	Envoi du questionnaire et relance .....	46
3.4.3.	Recueil des données .....	47
3.5.	La méthode statistique .....	47
4.	Résultats .....	49
4.1.	Les réponses au questionnaire .....	49
4.2.	Description de l'échantillon global.....	50
4.2.1.	Caractéristique de la population étudiée .....	50
4.2.1.1.	Répartition hommes/femmes .....	50
4.2.1.2.	Année d'installation .....	51
4.2.1.3.	Secteur d'activité.....	52
4.2.1.4.	Mode d'exercice.....	53
4.2.1.5.	Nombre moyen de visites à domicile par jour .....	54
4.2.1.6.	Diplôme(s) associé(s).....	55
4.2.2.	Expérience de l'HAD .....	56
4.2.2.1.	Proposition de l' HAD de prendre en charge un patient.....	56
4.2.2.2.	Si réponse précédente affirmative : Nombre de patient en HAD par an en moyenne	57
4.2.2.3.	Connaissance des secteurs de l'HAD.....	59
4.2.2.4.	Connaissance de la possibilité d'admission directe .....	60
4.2.3.	Freins à l'utilisation de l'HAD.....	61
4.2.3.1.	Manque de connaissance du fonctionnement de l'HAD.....	61

4.2.3.2.	Exercice chronophage .....	62
4.2.3.3.	Perte du rôle décisionnel du médecin généraliste .....	63
4.2.3.4.	Compétences techniques trop spécifiques.....	64
4.2.3.5.	Sensation que l'hôpital se décharge sur le médecin généraliste .....	65
4.2.3.6.	Préexistence d'un réseau de soins à domicile .....	66
4.2.3.7.	Rôle du médecin généraliste mal défini .....	67
4.2.4.	Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD concernant leur activité. 68	
4.2.4.1.	Collaboration et partage des connaissances .....	68
4.2.4.2.	Partages des responsabilités .....	69
4.2.4.3.	Travail en équipe pluridisciplinaire .....	70
4.2.4.4.	Acquisition de thérapeutiques ou de techniques de soins hospitalières.....	71
4.2.4.5.	Rupture de l'isolement du médecin généraliste .....	72
4.2.4.6.	Amélioration de la relation médecin-patient-famille .....	73
4.2.4.7.	Avis spécialisé facilité .....	74
4.2.4.8.	Faciliter les démarches sociales .....	75
4.2.4.9.	Faciliter la prise en charge psychologique lors de pathologies complexes.	76
4.2.4.10.	Diversification de l'activité du médecin généraliste .....	77
4.2.5.	Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD concernant leurs patients 78	
4.2.5.1.	Respect du désir du patient d'être soigné au domicile.....	78
4.2.5.2.	Amélioration de la fin de vie des patients.....	79
4.2.5.3.	Permanence des soins assurées 24H/24 .....	80
4.2.5.4.	Engagement du service hospitalier à reprendre le patient en cas d'aggravation.....	81
4.2.5.5.	Accompagnement de la famille.....	82
4.2.6.	Quelles améliorations à faire lors d'une prise en charge en HAD .....	83

4.2.7.	Souhaits concernant une éventuelle information sur l'HAD .....	84
4.2.8.	Intérêt global de l'HAD pour la médecine générale.....	85
4.3.	Comparaisons des deux groupes : HAD + et HAD -.....	86
4.3.1.	Caractéristiques de la population étudiée.....	86
4.3.1.1.	Répartition hommes/femmes .....	86
4.3.1.2.	Année d'installation .....	87
4.3.1.3.	Secteur d'activité.....	88
4.3.1.4.	Mode d'exercice.....	89
4.3.1.5.	Nombre moyen de visites à domicile par jour .....	90
4.3.1.6.	Diplôme(s) associé(s).....	91
4.3.2.	Expérience de l'HAD .....	92
4.3.2.1.	Proposition de l'HAD de prendre en charge un patient.....	92
4.3.2.2.	Connaissance des secteurs de l'HAD.....	93
4.3.2.3.	Connaissance de la possibilité d'admission directe .....	94
4.3.3.	Freins à l'utilisation de l'HAD.....	95
4.3.3.1.	Manque de connaissance du fonctionnement de l'HAD.....	95
4.3.3.2.	Exercice chronophage.....	96
4.3.3.3.	Perte du rôle décisionnel du médecin généraliste .....	97
4.3.3.4.	Compétences techniques trop spécifiques.....	98
4.3.3.5.	Sensation que l'hôpital se décharge sur le médecin généraliste .....	99
4.3.3.6.	Préexistence d'un réseau de soins à domicile .....	100
4.3.3.7.	Rôle du médecin généraliste mal défini.....	101
4.3.4.	Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD concernant leur activité	
	102	
4.3.4.1.	Collaboration et partage des connaissances .....	102
4.3.4.2.	Partage des responsabilités.....	103

4.3.4.3.	Travail en équipe pluridisciplinaire .....	104
4.3.4.4.	Acquisition de thérapeutiques ou de techniques de soins hospitalières....	105
4.3.4.5.	Rupture de l'isolement du médecin généraliste .....	106
4.3.4.6.	Amélioration de la relation médecin-patient-famille .....	107
4.3.4.7.	Avis spécialisé facilité .....	108
4.3.4.8.	Faciliter les démarches sociales .....	109
4.3.4.9.	Faciliter la prise en charge psychologique lors de pathologies complexes 110	
4.3.4.10.	Diversification de l'activité du médecin généraliste .....	111
4.3.5.	Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD concernant leurs patients 112	
4.3.5.1.	Respect du désir d'être soigné au domicile.....	112
4.3.5.2.	Amélioration de la fin de vie des patients.....	113
4.3.5.3.	Permanences des soins assurées 24H/ 24.....	114
4.3.5.4.	Engagement du service hospitalier à reprendre le patient en cas d'aggravation.....	115
4.3.5.5.	Accompagnement de la famille.....	116
4.3.6.	Souhaits concernant une éventuelle information sur l'HAD .....	117
4.3.7.	Intérêt global de l'HAD pour la médecine générale.....	118
4.4.	Les commentaires .....	119
5.	Discussion .....	121
5.1.	Méthodologie .....	121
5.1.1.	Aspects positifs .....	121
5.1.2.	Aspects négatifs.....	121
5.2.	Caractéristiques de la population étudiée .....	122
5.2.1.	Proportions hommes/femmes .....	122
5.2.2.	Année d'installation .....	123

5.2.3.	Secteur d'activité .....	123
5.2.4.	Mode d'exercice .....	124
5.2.5.	Nombre de visites quotidiennes .....	124
5.2.6.	Le profil du médecin type ayant une expérience de l'HAD.....	125
5.3.	Expérience de l'HAD .....	125
5.3.1.	Proposition de l'HAD de prendre en charge un patient et nombre de patient par an en moyenne.....	125
5.3.2.	Connaissance du médecin généraliste sur l'HAD du CHU de Grenoble (secteur géographique et possibilité d'admission directe) .....	126
5.4.	Les freins à l'utilisation de l'HAD .....	127
5.4.1.	Le rôle du médecin traitant mal défini au cours d'une prise en charge en HAD 127	
5.4.2.	La peur d'un exercice chronophage .....	128
5.4.3.	La préexistence de réseau de maintien à domicile .....	129
5.4.4.	Sensation que l'hôpital se décharge sur le médecin traitant.....	130
5.4.5.	Des compétences techniques trop spécifiques pour la médecine générale .....	130
5.4.6.	Manque de connaissance du fonctionnement de l'HAD .....	131
5.4.7.	Perte du rôle décisionnel du médecin généraliste .....	132
5.5.	Les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD en ce qui concerne leur activité. ....	133
5.5.1.	Le travail en équipe pluridisciplinaire et ses corollaires .....	133
5.5.2.	Facilitation de certaines démarches : obtention d'avis spécialisés, prise en charge sociale, prise en charge psychologique.....	135
5.5.3.	Amélioration de la relation médecin-patient-famille .....	136
5.5.4.	Diversification de l'activité du médecin généraliste.....	136
5.6.	Les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD en ce qui concerne leur patient .....	137
5.6.1.	Respect du désir d'être soigné à domicile et amélioration de la fin de vie .....	137



5.6.2.	Engagement du service hospitalier à reprendre le patient en cas d'aggravation	138
5.6.3.	Permanence des soins .....	138
5.6.4.	Accompagnement de la famille.....	139
5.7.	Items dont l'attente n'est globalement pas satisfaite .....	139
5.8.	Propositions pour l'optimisation du recours des médecins généralistes au service d'HAD.....	141
6.	Conclusion.....	145
7.	Bibliographie .....	147
	ANNEXES .....	151

## Liste des abréviations :

**ADMR** : anciennement aide à domicile en milieu rural (dénomination abandonnée au profit du seul sigle ADMR pour permettre son développement en milieu urbain)

**AP-HP** : assistance publique des hôpitaux de Paris

**ARS** : agence régionale de santé

**AS** : aide soignante

**ATIH** : agence technique de l'information sur l'hospitalisation

**CHU** : centre hospitalier universitaire

**CNAM** : caisse nationale d'assurance maladie

**DHOS**: direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

**DREES** : Direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**EHPAD**: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

**ETP** : équivalent temps plein

**FIHU** : Formation intégrée hospitalo-universitaire

**FMC** : formation médicale continue

**HAD** : hospitalisation à domicile

**IDE** : infirmière diplômée d'état

**IDEL** : infirmière diplômée d'état libérale

**IRDES**: institut de recherche et documentation en économie de la santé

**MCO** : médecine-chirurgie-obstétrique

**PMSI** : programme de médicalisation des systèmes d'information

**SSIAD** : service de soins infirmiers à domicile

**SSR**: soins de suite et de réadaptation

**T2A**: tarification à l'activité

**UJF** : Université Joseph Fourier

# 1. Introduction

L'hospitalisation à domicile (HAD), alternative à l'hospitalisation conventionnelle, permet de prendre en charge des patients souffrant de pathologies évolutives, aiguës ou chroniques, sur leur lieu de vie, pour une durée limitée dans le temps mais révisable en fonction de l'évolution de leur état de santé. L'HAD délivre des soins coordonnés de nature hospitalière, en associant le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux.

Depuis 1957, date de la création du premier établissement d'HAD en France, divers textes de loi ont permis de structurer et de développer ces services, notamment depuis le début des années 2000.

Perçu comme un élément de réponse aux problèmes économique et démographique dans le domaine de la santé, le nombre de place d'HAD est en plein essor depuis 10 ans. Il a presque doublé entre 2003 et 2006 (passant de 3900 à 6700 places), et dans la circulaire du ministère de la santé et des solidarités n°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile (1) l'objectif de 15000 places pour 2010 est clairement affiché.

Malgré le décret de 1992 (2) définissant le médecin traitant comme étant un acteur central dans l'organisation d'une HAD en lui permettant de la prescrire directement, une étude du PMSI (3) datant de 2006 démontre que neuf hospitalisations à domicile sur dix sont instituées par un médecin hospitalier. Cela semble traduire une faible implication des médecins libéraux, et notamment des médecins généralistes.

L'objectif principal de notre étude est d'apporter des éléments de réponse pour optimiser l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes.

Ainsi, nous avons interrogé près de 50% des médecins généralistes du secteur de l'HAD du CHU de Grenoble (soit 284 médecins) afin de déterminer leurs attentes lors de la prise en charge en HAD d'un de leur patient.

Enfin, notre travail propose une étude descriptive et comparative auprès de deux groupes de médecins généralistes du secteur de l'HAD du CHU de Grenoble :

- Un premier groupe de médecins ayant au moins un patient par an en HAD.
  
- Un deuxième groupe regroupant les médecins n'ayant jamais eu de patient en HAD et ceux ayant moins d'un patient par an.



## **2. Etat des lieux.**

Dans une première partie, nous détaillerons l'HAD d'une manière globale depuis sa création jusqu'à aujourd'hui en explicitant ses rôles et missions ainsi que les différents acteurs qui interviennent au cours d'une prise en charge en HAD. La seconde partie relatera de l'HAD du CHU de Grenoble.

### **2.1. L'HAD en France.**

#### **2.1.1. Historique de l'HAD**

##### **2.1.1.1. Les prémisses de l'hospitalisation à domicile :**

L'idée d'un retour à domicile des malades date de l'époque de la révolution française. En 1790, le président du comité de mendicité de l'assemblée constituante, Mr La Rochefoucauld Liancourt, pose le concept de retour à domicile des mendiants et indigents qui étaient placés dans les hôpitaux généraux (4).

Il faut ensuite attendre 1945 pour voir se mettre en place la première expérience effective d'hospitalisation à domicile. Le Dr Bluestone, directeur de l'hôpital Montefiore de New York, crée le « Home Care » dans le but de désengorger l'hôpital. Il imagine donc un système de prise en charge des patients alternant séjour hospitalier pour les traitements lourds et maintien à domicile pour les phases de soins de suite. Ceci a également pour objectif de favoriser le maintien à domicile en s'appuyant sur les bénéfices que les contributions affectives et matérielles de l'entourage et du domicile apportent aux patients. (4) (5)

En France, le Pr Siguier de l'hôpital Tenon, s'inspire de l'idée américaine en 1951 et crée une organisation similaire à partir de son service de médecine générale. En 1957, le premier service d'HAD voit le jour au sein de l'assistance publique des hôpitaux de Paris. Sa création est favorisée d'une part en raison de l'évolution des techniques de soins qui imposent de moins en moins le recours à l'hospitalisation traditionnelle et d'autre part en raison de l'évolution des besoins des malades qui préfèrent être soignés à domicile (4). Enfin, en 1958, le Pr Denoix de l'hôpital Gustave Roussy de Villejuif met en place « santé service », une structure associative destinée aux patients cancéreux. Ces deux expériences sont un succès et en 1960, la caisse régionale de l'assurance maladie de Paris signe une convention avec l'AP-HP et inscrit les différents intervenants : médecins hospitaliers et médecins traitants, infirmières, aides soignants, assistantes sociales et aides ménagères. (6)

#### **2.1.1.2. Le développement de l'HAD dans un cadre réglementaire :**

La loi hospitalière de décembre 1970 officialise l'existence de l'HAD : « Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant ». Ainsi, seuls des malades préalablement hospitalisés peuvent bénéficier de l'HAD. Cette loi est complétée par une circulaire de la CNAM en 1974 fixant les règles de créations et de fonctionnement de l'HAD. Au premier janvier 1973, l'HAD comptait dix structures et vingt-cinq en 1982 (7).

La circulaire du 12 mars 1986 du ministère des affaires sanitaires et sociales, publiée au journal officiel du 19 mars 1986, permet l'extension de la prise en charge à tous les malades excepté les patients psychiatriques. Cette circulaire permet également l'entrée du patient en HAD à partir d'une consultation externe et non plus uniquement au décours d'une hospitalisation conventionnelle (7). Cependant, l'instauration d'un taux de change obligeant la fermeture d'un voire deux lits d'hospitalisation en MCO pour la création d'une place d'HAD constitue un frein à son essor (5).

Deux nouveaux textes au début des années 1990 complètent le cadre de l'HAD :

- La réforme hospitalière du 31 juillet 1991 reconnaissant l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle (8).

- Les décrets d'application d'octobre 1992 rendent obligatoires (2):

- Un médecin coordonnateur, chargé du bon fonctionnement médical de la structure,
- La permanence et la continuité des soins 24H/24,
- Et surtout rendent possibles la prescription d'une HAD par les médecins libéraux.

Cependant la notion de taux de change persiste. Malgré cela, le nombre de structures passe de 40 en 1992 à 78 en 2000 implantées quasi exclusivement dans des centres urbains de grande et moyenne importance.

### **2.1.1.3. Les années 2000 marquent une redéfinition de l'organisation de l'HAD :**

La circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 (9) a permis de décliner de manière pratique le champ d'action de l'HAD en précisant les types de soins délivrés et les critères d'admission en HAD.

Elle définit 17 modes de prises en charge principaux répartis en trois catégories de soins : des **soins ponctuels, continus** ou de **réadaptation au domicile**. Enfin, cette circulaire insiste sur l'importance d'un projet thérapeutique clinique et psycho-social lors de chaque admission d'un patient en HAD et clarifie le rôle des différents intervenants.

En 2003, l'ordonnance de simplification administrative supprime le taux de change (8).

La circulaire DHOS/O/n°44 du 4 février 2004 (10) réaffirme le caractère généraliste et polyvalent de l'HAD. Elle définit le cadre de l'HAD obstétricale, périnatale et pédiatrique portant à 24 le nombre de modes de prises en charge principaux.

La circulaire DHOS/O3/2006/506 du 1<sup>er</sup> décembre 2006 (1) précise les modalités des autorisations, les obligations et le rôle des acteurs de l'HAD ainsi que sa place parmi les autres structures de soins et de santé à domicile. L'apport de l'HAD en matière d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients est décrit ainsi que le nécessaire développement de cette offre de soins qui en découle. Les modalités de financement des services d'HAD avec le passage à la tarification à l'activité (T2A) sont expliquées. Les structures HAD sont assimilées à des établissements d'hospitalisation sans hébergements qui sont donc soumises

aux mêmes obligations que les autres établissements de santé : accréditation, sécurité et qualité des soins...

La circulaire du 5 octobre 2007 autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en EHPA(D). Enfin, la loi « Hôpital Patients Santé Territoire » de juillet 2009 garantit la protection de l'appellation « hospitalisation à domicile ». (8)

En 2005, il existait 125 structures d'HAD et 298 en 2009, ainsi le nombre de place est passé de 4500 à 9030 et le nombre de journée de prise en charge de 1,5 millions à environ 3,3 millions (11). Cependant, nous sommes encore très loin de la volonté des 15000 places attendues pour 2010.

## **2.1.2. Objectifs et mission**

### **2.1.2.1. Objectifs**

#### Une réponse à la demande croissante de prise en charge à domicile

L'HAD est considérée par le code de santé publique comme étant une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, en permettant de l'éviter, de la retarder ou d'en raccourcir sa durée. Elle répond à une demande sociale croissante de prise en charge à domicile.

Cette demande est très forte en ce qui concerne les soins palliatifs. En effet, une majorité de patients désirent mourir à domicile, alors qu'actuellement moins d'un tiers y décède (11).

Avec le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de pathologies chroniques et de dépendances, cette tendance est amenée à se développer.

La prise en charge à domicile est garante d'un confort matériel et moral pour le patient, lui permettant également de garder certains repères comme son environnement familial et son médecin traitant. Le patient conserve ainsi une certaine socialisation, et peut éviter par exemple le « syndrome de glissement », risque fréquent chez les personnes âgées.

Les aidants évitent également certains inconvénients de l'hospitalisation classique (trajet domicile-hôpital, promiscuité,...), mais peuvent être confrontés à de la fatigue et de l'angoisse, voire parfois un épuisement, notamment dans des prises en charges longues et complexes.

#### Une meilleure maîtrise des coûts de santé

Depuis 2006, l'ensemble des établissements d'HAD sont soumis à la tarification à l'activité, quelque soit leur statut, dans le but d'être en adéquation avec leurs dépenses réelles.

La tarification journalière est déterminée par la combinaison de 3 facteurs :

- le mode de prise en charge principal dans la liste des modes autorisés,
- le mode associé,
- le niveau de dépendance mesuré par l'indice de Karnofsky.

A cela s'ajoute un quatrième facteur : la durée d'hospitalisation, la tarification étant dégressive à partir du 5eme jour.

De plus, du fait que les ménages prennent en charge les dépenses non directement liées aux actes médicaux (et non l'assurance maladie), le coût de financement est moins élevé qu'en

hospitalisation traditionnelle, quels que soient la pathologie et le mode de prise en charge. Cela est également vrai par rapport à l'hôpital de jour (12).

Le coût moyen journalier en HAD en 2008 est de 180 euros (5).

Selon une étude de l'IRDES de 2007, l'HAD est une alternative économique au SSR. En effet, pour des soins superposables, le coût de fonctionnement de l'HAD est 40% moins élevé qu'en SSR.

Selon une étude de l'ATIH publiée en 2009 (11), le coût de fonctionnement de l'HAD est 48% moins élevé pour une prise en charge en soins palliatifs.

Enfin une analyse économique de l'administration d'une chimiothérapie en HAD comparée à l'hospitalisation de jour dans les cancers broncho-pulmonaires non à petites cellules de stade IV a montré une économie de 16% en faveur de l'HAD, sans majoration d'effets secondaires (13).

### **2.1.2.2. Missions**

#### Des soins complexes formalisés dans un protocole de soins

L'article R.6121-4 du code de santé publique précise que « les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes ».

L'HAD concerne donc les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, pour lesquelles, en l'absence de tels soins, une hospitalisation en établissement de santé serait nécessaire. Ces soins complexes, médicaux et paramédicaux, s'inscrivent dans un projet thérapeutique, psychologique et social, préalablement établi.

La circulaire du 30 mai 2000 (9) relative à l'hospitalisation à domicile a défini les types de soins qui peuvent y être délivrés :

-soins ponctuels techniques et complexes pour une pathologie non stabilisée et pour une durée déterminée (ex. chimiothérapie, antibiothérapie intraveineuse...).

-soins continus techniques, plus ou moins complexes, associant soins de nursing lourds et entretien de la vie pour une pathologie évolutive et une durée non déterminée (ex. soins palliatifs).

-soins de réadaptation au domicile après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique complexe, cardiologique ou d'une polypathologie gériatrique pour une durée déterminée.

Pour chaque patient relevant de l'HAD, le choix du soin adapté à son cas se fait en fonction de l'indice de Karnofsky, ainsi que du ou des modes de prise en charge, prescrits préalablement à son admission.

Il existe au total 24 modes de prises en charge différents définis par cette même circulaire et complétée par la circulaire du 4 février 2004 (10) (14).



Les modes suivants représentent 80% des journées réalisées (15):

Soins palliatifs	Post traitement chirurgical
Pansements complexes (escarres, ulcères, brulures...)	Soins de périnatalité
Soins de nursing lourds	Assistance respiratoire
Nutrition entérale	Nutrition parentérale
Chimiothérapie et surveillance post-chimiothérapie	Traitement par voie intraveineuse

La globalité de ces modes de prises en charges reposent sur la coordination entre les différents acteurs médicaux, paramédicaux et sociaux, que ceux-ci soient internes à l'établissement ou libéraux.

Au final, l'HAD est une hospitalisation alternative, prenant en charge des malades nécessitant des soins complexes et/ou importants, obligatoirement déterminés par un protocole. La prise en charge est complète et souvent longue. L'ensemble des soins nécessite l'intervention coordonnée d'une équipe pluridisciplinaire.

### **2.1.3. Les différents acteurs**

Comme nous l'avons souligné précédemment, l'HAD permet de faire le lien entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire de ville. Ainsi, nous retrouvons des intervenants aussi bien hospitaliers que libéraux dont nous allons décrire les fonctions.

#### **2.1.3.1. Les acteurs internes de l'HAD :**

- Le médecin coordonnateur : (1) (16) (17) (18)

Fonction créée par la circulaire d'octobre 1992, le médecin coordonnateur est le référent médical de l'établissement d'HAD. Salarié du service, il remplit un certain nombre de missions aussi bien médicales qu'administratives.

Il émet un avis médical pour chaque demande d'admission et de sortie de l'HAD en s'appuyant sur des protocoles établis en concertation avec le médecin prescripteur et le médecin traitant en prenant en compte également l'enquête médico-sociale.

Par la mise en place de procédures formalisées, il contribue à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient et assure les contacts avec les médecins libéraux et hospitaliers.

D'un point de vue médical, il ne prescrit pas, ne soigne pas et ne se substitue pas au médecin traitant sauf en cas d'urgence. Cependant, il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins. L'HAD étant un service hospitalier, le médecin coordonnateur participe à la continuité et la permanence des soins. Cela nécessite de pouvoir être joint 24h/24 ; il existe donc des astreintes que se partagent les médecins coordonnateurs et des médecins

correspondants. La prise en charge étant globale, il coopère aussi avec les services sociaux rattachés ou non à la structure afin de ne pas négliger les aspects familiaux, professionnels, financiers et sociaux d'un accompagnement personnalisé.

Le médecin coordonnateur occupe également un rôle de formateur de l'équipe soignante et participe à l'évaluation de la qualité du service.

Enfin, il assure la qualité de la saisie de l'information médicalisée.

- Les intervenants paramédicaux et sociaux : (1) (16) (19)

Le cadre infirmier : salarié de la structure HAD, il assure des fonctions de coordination des soins auprès des paramédicaux employés ou rétribués. Il a la responsabilité de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que l'organisation de la prise en charge. Enfin, il évalue les besoins matériels nécessaires dès l'admission d'un patient et pendant toute la durée de la prise en charge.

Les infirmier(e)s: mettent en œuvre le protocole de soins au chevet du patient sur prescription du médecin traitant en organisant la planification des soins dont ils assurent l'exécution.

Les acteurs sociaux : leur rôle est essentiel pour une prise en charge globale. Ils évaluent le réseau familial et social dans le but de garantir des conditions adéquates au bon déroulement des soins au domicile. Ils permettent également l'évaluation des besoins en aide supplémentaire que sont les aides ménagères, le portage des repas...

Les psychologues : les 24 modes de prise en charge concernant pour la plupart des pathologies lourdes évolutives et des soins palliatifs, la prise en charge psychologique est

donc indispensable. L'accompagnement psychologique concerne aussi bien le malade, sa famille que les aidants afin notamment d'éviter l'épuisement et la ré-hospitalisation du patient.

Enfin, de nombreux autres acteurs interviennent : aides soignantes, sages-femmes, puéricultrices, kinésithérapeutes voire ergothérapeutes, diététiciens, podologues-pédicures, secrétaires.

### **2.1.3.2. Les médecins hospitaliers : (1) (17) (3)**

Par leur rôle d'expert pour certaines pathologies fréquemment traitées en HAD, particulièrement en oncologie, cardiologie et neurologie, ils mettent à disposition du service d'HAD des procédures et des protocoles thérapeutique et participent également à la formation des médecins traitants.

D'autre part, selon l'évolution de l'état de santé du patient, le médecin hospitalier s'engage à réadmettre sans délai un patient transféré en HAD.

Enfin, selon une étude publiée par l'IRDES en mars 2009 sur l'exploitation des données du PMSI HAD de 2006, c'est le médecin hospitalier qui est le prescripteur de l'HAD dans neuf cas sur dix suite à une hospitalisation, une consultation externe ou un passage aux urgences.

### **2.1.3.3. Le médecin traitant : (1) (16) (17) (20) (21)**

Souvent perçu comme le pivot dans cette organisation, le médecin traitant est librement choisi par le patient. Ainsi, l'HAD ne peut se réaliser sans son accord. Sollicité par le médecin coordonnateur de l'HAD, il donne ou non son aval par la signature d'un accord de prise en charge. Il participe alors à l'élaboration du protocole de soins qui définit entre autre le nombre et la fréquence des visites et doit se rendre disponible en cas d'urgence survenant aux heures ouvrables. Il est responsable de son diagnostic et de ses prescriptions et assure le suivi médical ainsi que la surveillance des soins lors de ses visites périodiques. Le médecin traitant consigne ses actions dans le dossier médical du patient à son chevet et peut solliciter l'avis du médecin coordonnateur et des médecins spécialistes afin d'adapter les soins. D'autre part, la rencontre du médecin traitant avec l'équipe soignante de l'HAD au lit du patient est encouragée dans le but de faciliter la prise en charge et le suivi du malade.

Avec le médecin coordonnateur, il est le garant de la qualité de l'information concernant le malade, de son état de santé et de son traitement.

Pour la décision de sortie, il est sollicité par le médecin coordonnateur. Il peut cependant demander à ce dernier de mettre fin à l'hospitalisation avant son terme s'il considère que l'état de santé du patient ne justifie plus une HAD.

Enfin, étant médecin libéral, la rémunération est effectuée directement par l'HAD selon la convention établie et non par le malade ou l'assurance maladie.

#### **2.1.3.4. Les autres acteurs libéraux : (1) (16) (17)**

En dehors des professionnels salariés de l'HAD, cette dernière peut recourir à certains paramédicaux comme les infirmiers, psychologues, kinésithérapeutes... qui sont rémunérés ponctuellement à la prestation.

Ceci est le cas surtout pour les petites HAD ou lorsque les patients sont en milieu souvent rural trop éloigné de la structure pour qu'intervienne le personnel salarié. Cette collaboration est formalisée dans un contrat définissant le cadre juridique. Le professionnel s'engage ainsi à respecter les pratiques de la structure en ce qui concerne la continuité des soins, les modalités de transmission des informations et la tenue du dossier de soins. Ils participent donc à l'élaboration du protocole de soins et à sa réévaluation.

## **2.2. L'HAD de Grenoble (22)**

### **2.2.1. Historique de l'HAD de Grenoble**

Créée en 1969 par le Pr Hugonot, gériatre, et Mme Guyot, cadre socioéducatif, l'HAD du CHU de Grenoble fut la première HAD de province. Son mode de fonctionnement est calqué sur celui de l'HAD de l'AP-HP.

En 1972, les pédiatres du CHU initient l'HAD pédiatrique.

En 1983, l'HAD maternité est créée par les gynéco-obstétriciens du CHU et de la clinique mutualiste.

En 1989, deux postes d'internes sont ouverts sous l'impulsion du Pr Franco, souvent occupés par des résidents puis des internes de médecine générale.

Le premier médecin coordonnateur est embauché en 1993.

L'HAD du CHU de Grenoble est à l'initiative de plusieurs travaux de recherche :

-Qalidovie, sur la qualité de vie des patients en fin de vie. (23)

-ViSaDom, sur la téléassistance à domicile. (24)

-Karma2, sur la télémédecine auprès de jeunes patients polyhandicapés.

Initialement limitée à l'agglomération grenobloise, l'HAD du CHU de Grenoble couvre actuellement l'ensemble du Sud Isère (en dehors du pays Voironnais, secteur de l'HAD Agir à Dom ) depuis le printemps 2009.

L'HAD du CHU de Grenoble est actuellement la plus importante HAD de CHU après celle de l'AP-HP. Elle a représenté en 2008 environ 2,8% du nombre de journées réalisées par le CHU de Grenoble. Son activité semble être en pleine expansion, avec un total de 17 374 journées en 2009, soit 10% de plus qu'en 2007. Son développement découle d'une volonté d'ouverture du CHU sur le secteur ambulatoire et s'inscrit dans une optimisation des dépenses de santé.

### **2.2.2. Secteurs géographiques et médecins concernés**

L'HAD de Grenoble intervient sur neuf territoires du Conseil Général de l'Isère. Les communes de ces territoires sont classées selon trois secteurs.

Secteur I : la Metro en dehors de Le Gua, St Paul de Varces, Varces, Venon et Vif

Secteur II : zone urbaine et semi-rurale de la vallée du Grésivaudan au début du Vercors, de l'Oisans et de Belledonne en fonction des grands axes routiers.

Secteur III : Les zones de montagnes.

Les neuf territoires concernés sont : l'agglomération grenobloise, le Trièves, le Vercors, la Matheysine, le Grésivaudan, l'Oisans, le sud Grésivaudan, la Bièvre Valloire et le Voironnais Chartreuse.

Au sein de ces territoires, on dénombre 206 communes dont 27 dans le secteur un, 34 dans le secteur deux et 145 pour le secteur trois.

Cela représente une population de 586620 habitants, répartis comme tel (source: INSEE recensement 2008) :

-Secteur I : 397 314 habitants

-Secteur II : 88 930 habitants

-Secteur III : 100 376 habitants

L'ensemble de ces secteurs concerne 583 médecins généralistes sans distinction de spécialité annexe de type homéopathe, acupuncteur.... Cependant, ce recensement ne tient pas compte des médecins de SOS médecin qui ne prennent pas en charge les patients de façon régulière. Les médecins généralistes se répartissent au sein des trois secteurs de la façon suivante : 405 dans le secteur I, 88 dans le secteur II et 90 dans le secteur III.

### **2.2.3. Fonctionnement**

Les trois secteurs de l'HAD (adulte, maternité et enfant) dépendent du pôle « Médecine Aigüe et Communautaire », mais fonctionnent de manière autonome.

Le pôle « Couple-Enfant » est le premier prescripteur. La durée moyenne de séjour est de 18,49 jours en 2011 (1j-5 mois) pour l'ensemble de l'HAD (Adulte, Maternité, Pédiatrie).



Concernant le secteur « Adultes », les modes de prise en charge dominants sont : « soins palliatifs », « pansements complexes » et « traitements intraveineux ». Sa durée moyenne de séjour est de 15 jours (1j-3 mois).

L'équipe salariée est composée de :

- Médecin coordonnateur : 1.5 équivalent temps plein (ETP)
- Interne en médecine : 1 ETP
- Cadre de santé : 2 ETP
- Infirmière diplômée d'état : 13 ETP
- Aide soignante : 9.8 ETP
- Puéricultrice : 3.5 ETP
- Sage-femme : 2.8 ETP
- Assistante sociale : 2.9 ETP
- Secrétaire : 2.8 ETP
- Régisseur : 0.5 ETP
- Préparateur en pharmacie : 0.25 ETP
- Externe en pharmacie : 0.5 ETP

Pour les soins paramédicaux, l'HAD fonctionne majoritairement avec des soignants salariés. Mais depuis l'extension géographique de 2009, elle fait appel de plus en plus aux professionnels libéraux, notamment pour les secteurs géographiques les plus éloignés.

Concernant les interventions IDE salariées ou /et libérales, tous les schémas sont possibles :

- IDEL + IDE salariée + AS salariée
- IDEL + AS salariée
- IDE salariée + AS salariée
- IDEL seule (fait tous les soins techniques infirmiers et hygiène)
- IDE salariée seule

Les IDE salariées et les AS salariées n'interviennent que sur le secteur I.

Les IDEL interviennent sur les 3 secteurs géographiques mais surtout sur les secteurs II et III.

En ce qui concerne les médecins libéraux, et particulièrement les médecins traitants, leur collaboration et implication semblent limitées.

En effet, avec 83% des admissions en 2008, le CHU est le principal prescripteur. Les médecins libéraux représentent moins de 5% des admissions. De plus, la permanence des soins leur pose problème, en raison principalement de son aspect chronophage. Cela dit, en six ans, le service de l'HAD a eu un seul refus de la part d'un médecin généraliste.

Enfin, le médecin traitant est rarement associé à l'élaboration du projet thérapeutique, démarche clef dans la prise en charge d'un patient en HAD.

Pourtant l'HAD du CHU de Grenoble souhaite s'ouvrir davantage aux médecins libéraux, avec pour objectif d'augmenter sensiblement la prescription d'HAD par les médecins généralistes, via une communication et des formations à leur intention.

## **3. Matériel et méthode**

### **3.1. Choix de la méthode**

Dans le but d'optimiser la prescription de l'HAD par les médecins généralistes, nous nous attachons principalement à évaluer leurs attentes vis-à-vis d'une telle structure.

L'étude mise en place a également deux objectifs secondaires :

- déterminer les freins à l'utilisation de l'HAD par les médecins traitants,
- comparer les résultats obtenus en fonction de l'expérience des médecins généralistes sur la prise en charge des patients en HAD.

Le choix du questionnaire comme support s'est donc imposé. En effet, cette méthode présente l'avantage de pouvoir interroger un panel de médecins important afin d'être représentatif de la population de médecins généralistes.

Par ailleurs, l'utilisation de questions à réponses fermées facilite l'analyse et l'interprétation des résultats.

Enfin, la facilité et le peu de temps nécessaire pour répondre au questionnaire ont permis un taux de retour correct, garant d'une pertinence et d'une bonne puissance des résultats de l'étude.

En revanche, en évaluant le ressenti des médecins, il existe une notion de subjectivité. Il est donc difficile d'être exhaustif dans nos questions.

## **3.2. L'élaboration du questionnaire**

Nous avons élaboré ce questionnaire en collaboration avec le Dr. Lydie Nicolas.

Afin d'optimiser le taux de réponses, nous avons créé un questionnaire pouvant se remplir sur internet évitant ainsi aux médecins de renvoyer le questionnaire.

Après plusieurs essais, nous avons abouti à un questionnaire comportant 36 questions dont une seule en réponse ouverte.

Nous avons divisé le questionnaire en 5 sous-parties.

### **3.2.1. Renseignements généraux**

Cette première partie permet de caractériser le profil du médecin interrogé.

Nous avons défini les qualités suivantes :

- le sexe,
- l'année d'installation,
- le secteur d'activité,
- le mode d'exercice, seul ou en groupe,
- le nombre de visite à domicile quotidienne,
- l'éventuel(s) diplôme(s) associé(s).

### **3.2.2. Expérience de l'HAD**

Les questions de cette partie permettent de classer les médecins interrogés en deux groupes en fonction de leur expérience de l'HAD.

Initialement, nous voulions comparer les médecins n'ayant jamais eu l'expérience de l'HAD avec ceux qui avaient déjà eu au moins un patient en HAD.

Mais nous nous sommes rapidement rendu compte que ces deux groupes étaient disproportionnés, le groupe de médecin ayant déjà eu un patient en HAD étant sept fois plus important que le premier.

Nous avons alors créé un premier groupe représentant les médecins ayant en moyenne un patient en HAD par an (groupe HAD +) et un second groupe associant les médecins ayant en moyenne moins d'un patient en HAD par an avec ceux n'en ayant jamais eu (groupe HAD -).

Un des objectifs de l'HAD du CHU de Grenoble est d'arriver à 30% d'admission (22) faite directement par les médecins libéraux. Nous avons voulu évaluer avec la dernière question de cette partie les connaissances des médecins généralistes sur les possibilités d'admission directe de leur patient en HAD.

### **3.2.3. Les freins à l'utilisation de l'HAD**

Différentes thèses recensent les freins à la collaboration entre le médecin traitant et les structures d'HAD.

Les principaux sont les suivants :

- une mauvaise connaissance du mode de fonctionnement de l'HAD (25)
- une activité chronophage pour le médecin traitant (25) (26) (27)
- la perte du rôle décisionnel du médecin généraliste (26)

-le rôle mal défini du médecin traitant dans la prise en charge d'un patient en HAD  
(27)

-la peur de ne pas être au niveau des compétences requises (28)

-le manque d'intérêt de l'HAD, le médecin ayant déjà son propre réseau paramédical local

-la sensation que l'hôpital se décharge de ses responsabilités sur le médecin généraliste

Nous avons demandé aux médecins de coter chaque items de un à quatre en fonction de l'intensité du frein qu'il représente. Ainsi, la cotation « un » correspond au fait que l'item ne constitue pas un frein et la cotation « quatre » correspond à un frein très important. Nous avons volontairement choisi un chiffre pair pour la cotation afin d'inciter les médecins à prendre position.

### **3.2.4. Les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de la structure HAD**

Cette quatrième partie nous a permis d'évaluer les attentes du médecin généraliste pour son activité d'une part et pour son patient d'autre part, lors d'une prise en charge d'un patient en HAD.

Nous avons établi une liste d'items également à coter entre un et quatre en fonction de l'importance qu'ils y attachent. Ainsi la cotation « un » signifie que l'item proposé ne constitue pas une attente pour le médecin alors que la cotation « quatre » constitue une attente très importante de leur part.

Enfin, les médecins ayant déjà eu une expérience de l'HAD ont pu lister les items dont l'attente n'était actuellement pas satisfaite.

### **3.2.5. Support d'information et évaluation de l'intérêt de l'HAD**

Plusieurs travaux de thèse ont montré qu'un des principaux freins à l'utilisation de l'HAD est un manque de connaissance de son fonctionnement. Nous avons soumis ainsi différentes propositions de support d'information afin de déterminer le meilleur moyen de communication.

Afin d'évaluer l'intérêt de l'HAD pour la médecine générale, nous avons proposé aux médecins une échelle numérique cotée de un à dix.

Enfin, notre questionnaire étant uniquement avec des réponses fermées, nous avons voulu laisser un espace de commentaire libre.

### **3.3. L'échantillon de médecins interrogés**

Le docteur Lydie NICOLAS nous a initialement fourni une liste de 168 médecins ayant déjà eu un patient en HAD en 2010.

Parmi ces médecins, seize ont refusé de répondre au questionnaire et dix n'exerçaient plus (congé maternité, arrêt permanent d'activité...).

Dans le but de constituer un groupe n'ayant aucune expérience de l'HAD, nous avons tiré au sort 142 médecins généralistes.

Le seul critère d'inclusion était d'exercer sur un des secteurs géographiques de l'HAD du CHU de Grenoble.

Le seul critère d'exclusion était le fait de ne pas avoir le statut de médecin traitant (SOS médecin, médecins remplaçants...)

Le tirage au sort a été réalisé par une randomisation informatique sur l'ensemble des médecins généralistes exerçant sur le secteur de l'HAD du CHU (415 médecins), en respectant le sex-ratio et la répartition par secteur.

La liste de 168 médecins n'étant pas exhaustive, nous nous sommes rapidement rendu compte qu'un bon nombre de médecins du second groupe avaient déjà eu au moins un patient en HAD. C'est pourquoi nous avons redéfini les groupes à comparer en :

-groupe HAD + : ensemble des médecins ayant au moins un patient en HAD par an en moyenne.

-groupe HAD - : ensemble des médecins ayant moins d'un patient en HAD par an en moyenne associé à l'ensemble des médecins n'ayant jamais eu de patients en HAD.

Au total nous avons envoyé 284 questionnaires.

### **3.4. Protocole d'envois des questionnaires et de recueil des données.**

#### **3.4.1. Prise de contact**

Chaque médecin a été contacté par téléphone afin de présenter le sujet de notre thèse, d'obtenir son accord et son adresse (courriel ou postale).

Nous avons contacté l'ensemble des 168 médecins de la liste fournie par le docteur Lydie NICOLAS, et 170 autres afin de constituer le second groupe.

#### **3.4.2. Envoi du questionnaire et relance**

Nous avons envoyé les questionnaires entre avril et mai 2011.

La plupart des questionnaires ont été envoyés par internet. Le praticien recevait alors un lien par courriel lui permettant de répondre puis de renvoyer directement le questionnaire.



Certains médecins ont préféré l'envoi du questionnaire par courrier. Dans ce cas, nous leurs avons adressé le questionnaire avec une enveloppe timbrée pour le renvoi. Cette catégorie de médecins représente 60 questionnaires sur 284.

En l'absence de retour du questionnaire au bout de 15 jours, nous avons choisi de solliciter une seconde fois uniquement les médecins ayant accepté le support internet.

### **3.4.3. Recueil des données**

L'ensemble des réponses ont été classées dans un tableau Excel®.

Nous les avons intégrées directement pour celles provenant d'un questionnaire électronique, et manuellement pour les autres.

## **3.5. La méthode statistique**

Pour l'analyse descriptive, les données issues des questionnaires ont été ordonnées dans trois tableaux Excel® : un premier regroupant les réponses de l'ensemble de l'échantillon interrogé et les deux autres intégrant respectivement les réponses des groupes HAD + et HAD- .

Ceci a permis de réaliser des graphiques de types secteurs et histogrammes afin de présenter de manière visuelle les différentes réponses des médecins.

Nous avons également utilisé le calcul de la médiane, plus fiable que la moyenne, qui permet de séparer une population en deux parties égales. La médiane a été utilisée pour caractériser l'année d'installation des médecins généralistes ainsi que la note qu'ils accordent à l'intérêt de l'HAD pour la médecine générale.

L'analyse univariée des facteurs associés à la prise en charge des patients en HAD a été permise grâce à la participation d'Aurélien Vesin, biostatisticien à l'institut Albert Bonniot de La Tronche. Le recours au test du chi deux avec le logiciel SAS 9.13 a permis de comparer les deux groupes HAD + et HAD- dans le but de déterminer les facteurs influençant les médecins

généralistes au cours d'une prise en charge en HAD. Ainsi, toutes les p values inférieure à 5% sont considérées comme significatives.

## 4. Résultats

### 4.1. Les réponses au questionnaire

Taux de renvoi des questionnaires :

186 sur 284 soit 65.4%

Taux de remplissage des questionnaires :

50 questionnaires incomplets sur 186 soit 26.8%

HAD -: 28 sur 106 soit 26.4%

HAD +: 22 sur 80 soit 27.5%

Taux de questions non répondues :

100 questions sur 5766 soit 1.7%

HAD - : 43 sur 3286 soit 1.3%

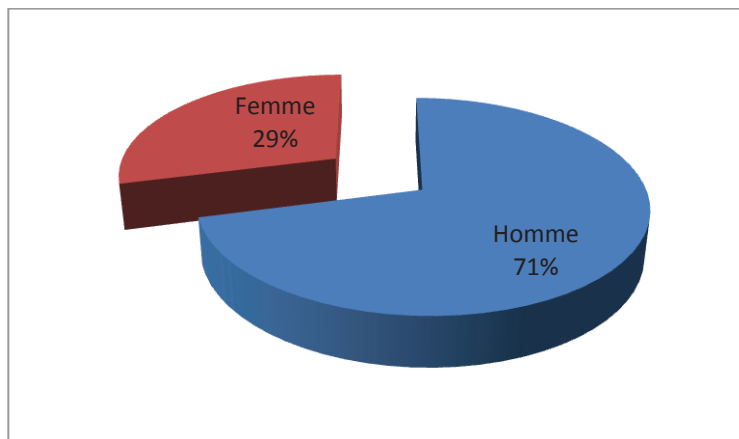
HAD + : 57 sur 2480 soit 2.2%

Ainsi, même si le nombre de questionnaire incomplètement rempli peut paraître important, cela concerne une part minime de l'ensemble des questions.

## 4.2. Description de l'échantillon global

### 4.2.1. Caractéristique de la population étudiée

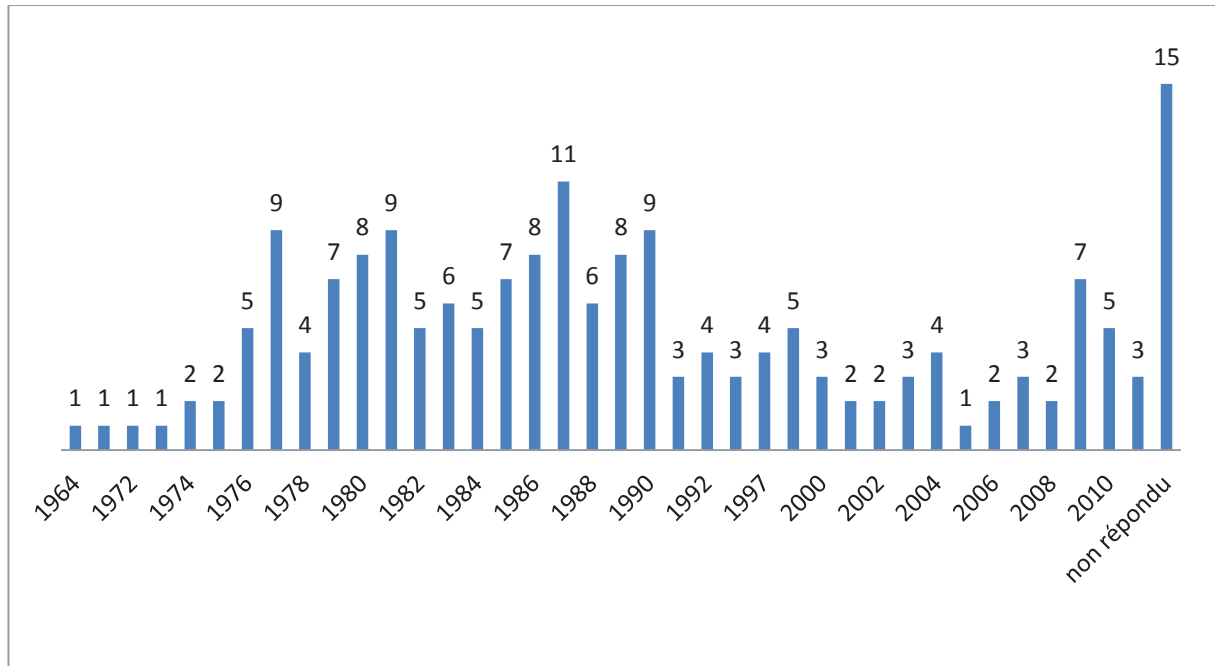
#### 4.2.1.1. Répartition hommes/femmes



Sexe	Nombre de médecins
Femme	<b>54</b> (29%)
Homme	<b>132</b> (71%)

71% des médecins interrogés sont des hommes.

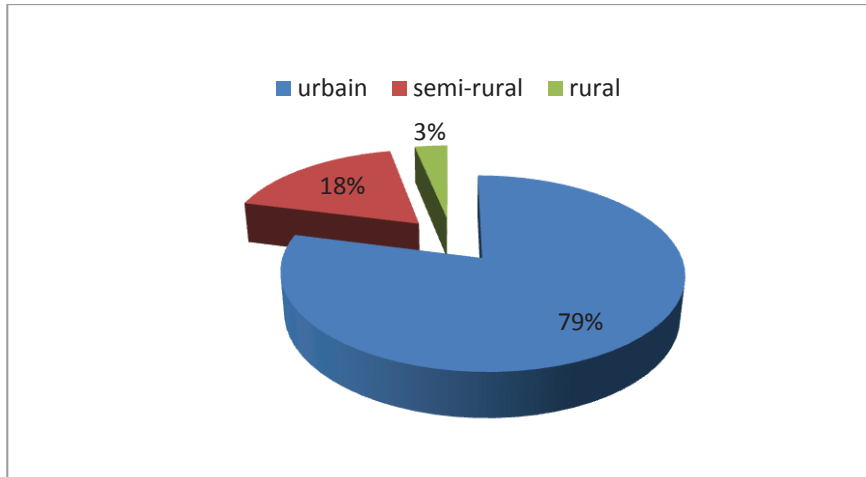
#### 4.2.1.2. Année d'installation



L'année d'installation moyenne est **1989,1** (extrêmes : 1964-2011).

La médiane est **1987**.

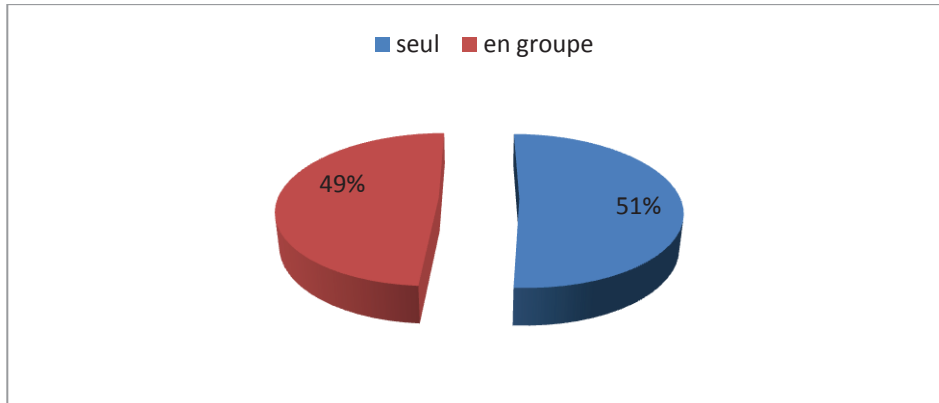
#### 4.2.1.3. Secteur d'activité



Secteur d'activité	Nombre de médecins
Urbain	<b>147</b> (79%)
Semi-rural	<b>33</b> (18%)
Rural	<b>6</b> (3%)

Une large majorité de médecins exerce en secteur urbain : 79%.

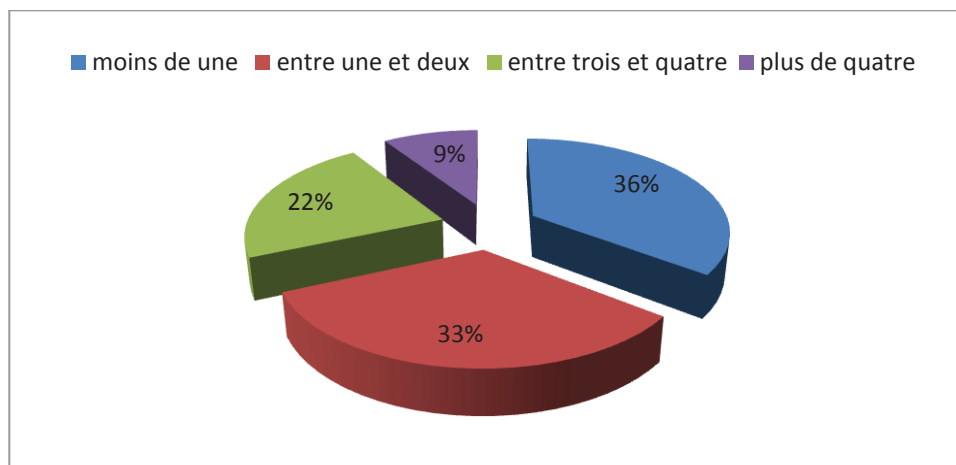
#### 4.2.1.4. Mode d'exercice



Mode d'exercice	Nombre de médecins
Seul	<b>93</b> (51%)
En groupe	<b>89</b> (49%)

La proportion de médecins exerçant seul est quasiment équivalente à celle de médecins exerçant en groupe.

#### 4.2.1.5. Nombre moyen de visites à domicile par jour



Nombre de visites quotidiennes	Nombre de médecins
Moins de une	<b>65 (36%)</b>
De une à deux	<b>61 (33%)</b>
De trois à quatre	<b>41 (22%)</b>
Plus de quatre	<b>17 (9%)</b>
Non répondu	<b>2</b>

36% des médecins interrogés font moins d'une visite à domicile par jour, et 69% en font deux ou moins.



#### 4.2.1.6. Diplôme(s) associé(s)

Dans ce tableau, sont répertoriés les différents diplômes associés des médecins généralistes dès lors qu'il y a plus de trois médecins détenteurs de ce diplôme.

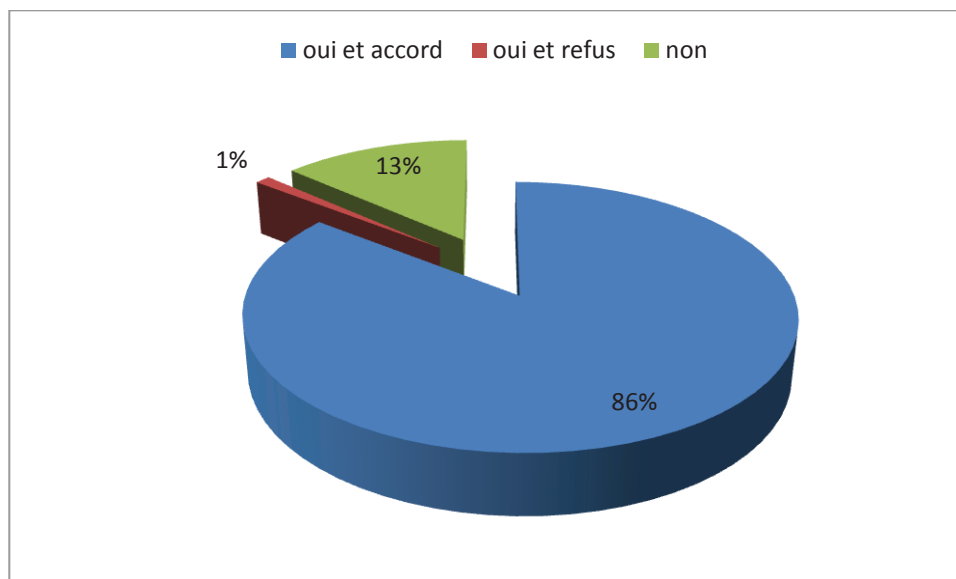
<b>Médecin ayant au moins un diplôme</b>	77 (41.3%)
<b>Médecine du sport</b>	38 (20%)
<b>Homéopathie</b>	7 (3.7%)
<b>Expertise</b>	6 (3.2%)
<b>Gériatrie</b>	6 (3.2%)
<b>Soins palliatifs</b>	4 (2.1%)
<b>CAMU</b>	4 (2.1%)
<b>Coordonnateur EHPAD</b>	3 (1.6%)
<b>Nutrition</b>	3 (1.6%)
<b>Ostéopathie</b>	3 (1.6%)
<b>Sans diplôme sup.</b>	109 (58.6%)

Diplômes concernant deux médecins : vertébrothérapie, sommeil, gynécologie médicale, addictologie, acupuncture, psychologie et pédiatrie

Diplômes concernant un seul médecin : épidémiologie, rhumatologie, médecine thermale, INPG, pédagogie, douleur, médecine aéronautique, podologie, médecine des arts, infectiologie et allergologie.

## 4.2.2. Expérience de l'HAD

### 4.2.2.1. Proposition de l' HAD de prendre en charge un patient

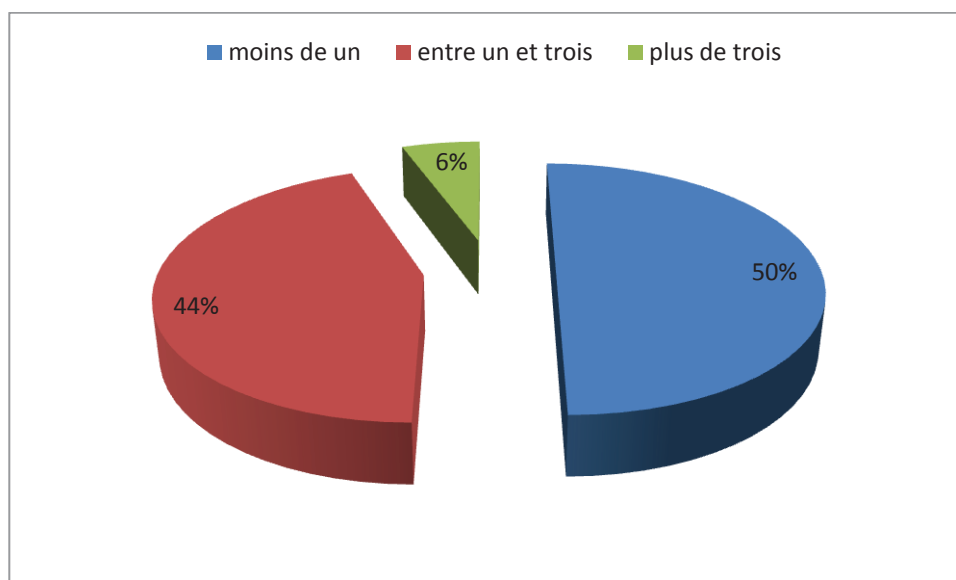


Proposition de prise en charge	Nombre de médecins
Oui et accord	159 (86%)
Oui et refus	2 (1%)
Non	25 (13%)

86% des médecins interrogés ont déjà eu au moins un patient en HAD.

1% des médecins a refusé de prendre en charge un patient en HAD.

#### 4.2.2.2. Si réponse précédente affirmative : Nombre de patient en HAD par an en moyenne



Nombre de patient en HAD par an	Nombre de médecins
Moins de un	<b>80 (50%)</b>
Entre un et trois	<b>71 (44%)</b>
Plus de trois	<b>9 (6%)</b>

Ainsi, ces deux derniers items permettent de définir le groupe HAD + (un patient ou plus par an en moyenne) ayant donc une certaine expérience de l'HAD et le groupe HAD- (aucun patient ou moins d'un patient par an en moyenne).

Notons qu'un médecin ayant répondu à la question précédente « oui et refus », a déjà eu un patient en HAD.

L'HAD – comprend 106 médecins.

L'HAD + en comprend 80.

### 4.2.2.3. Connaissance des secteurs de l'HAD

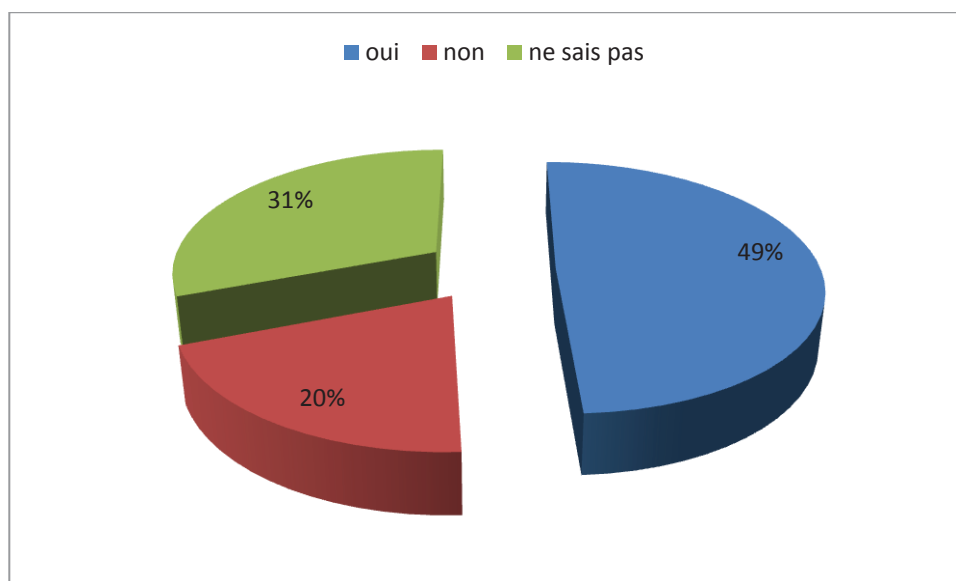
L'ensemble des médecins interrogés exercent dans une zone où intervient l'HAD. Nous avons voulu savoir s'ils en avaient connaissance.



Intervention de l'HAD sur secteur d'exercice	Nombre de médecins
Oui, elle intervient	<b>166 (90%)</b>
Non, elle n'intervient pas	<b>10 (5%)</b>
Je ne sais pas	<b>10 (5%)</b>

10% des médecins ne sont pas au courant de l'intervention de l'HAD sur leur secteur.

#### 4.2.2.4. Connaissance de la possibilité d'admission directe



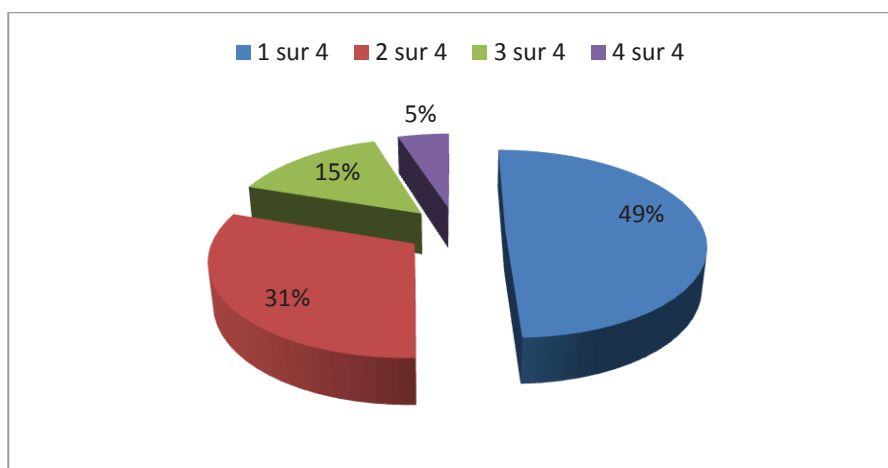
Possibilité d'admission directe en HAD	Nombre de médecins
Oui	<b>91 (49%)</b>
Non	<b>37 (20%)</b>
Je ne sais pas	<b>57 (31%)</b>
Non répondu	1

51% des médecins ne savent pas qu'ils peuvent faire admettre un patient en HAD directement.

### 4.2.3. Freins à l'utilisation de l'HAD

Pour ces différents items, plus la cotation est élevée, plus cela représente un frein.

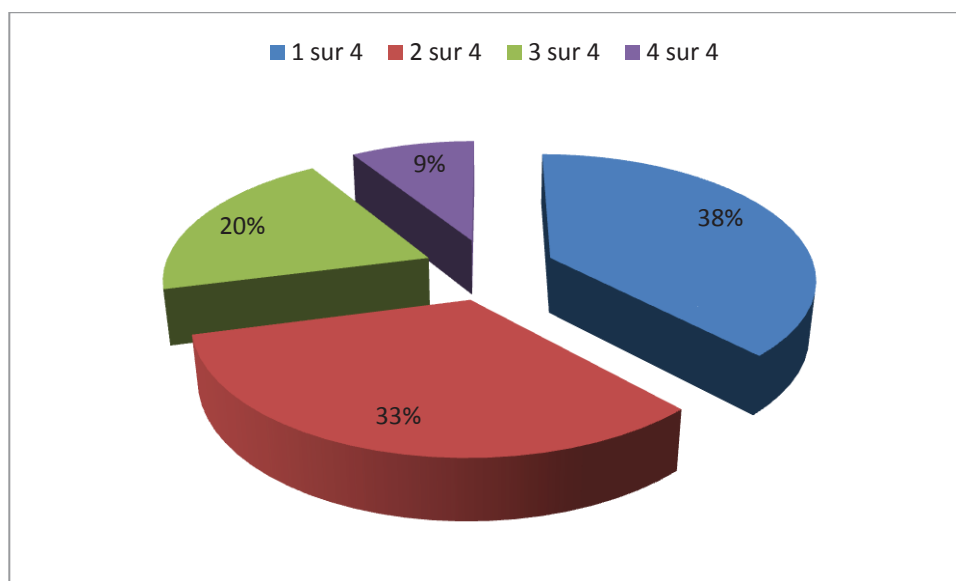
#### 4.2.3.1. Manque de connaissance du fonctionnement de l'HAD



Manque de connaissance	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>90 (49%)</b>
Deux sur quatre	<b>56 (31%)</b>
Trois sur quatre	<b>27 (15%)</b>
Quatre sur quatre	<b>9 (5%)</b>
Non répondu	4

20% des médecins considèrent qu'un manque de connaissance du fonctionnement de la structure HAD génère un frein globalement fort.

### 4.2.3.2. Exercice chronophage

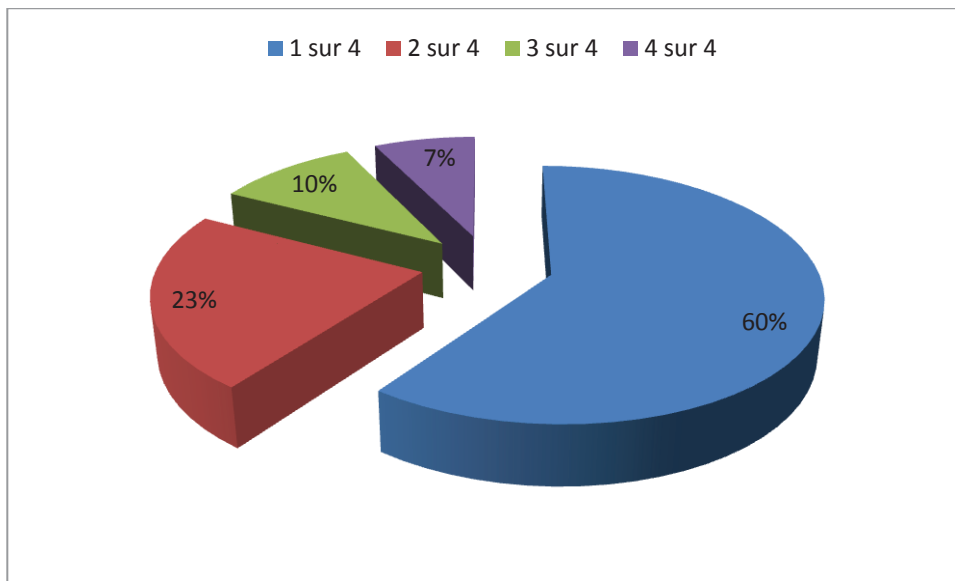


Exercice chronophage	Nombre de médecins
Un sur quatre	68 (38%)
Deux sur quatre	59 (33%)
Trois sur quatre	36 (20%)
Quatre sur quatre	16 (9%)
Non répondu	7

L'aspect chronophage d'une prise en charge d'un patient en HAD génère un frein plutôt important chez 29% des médecins.



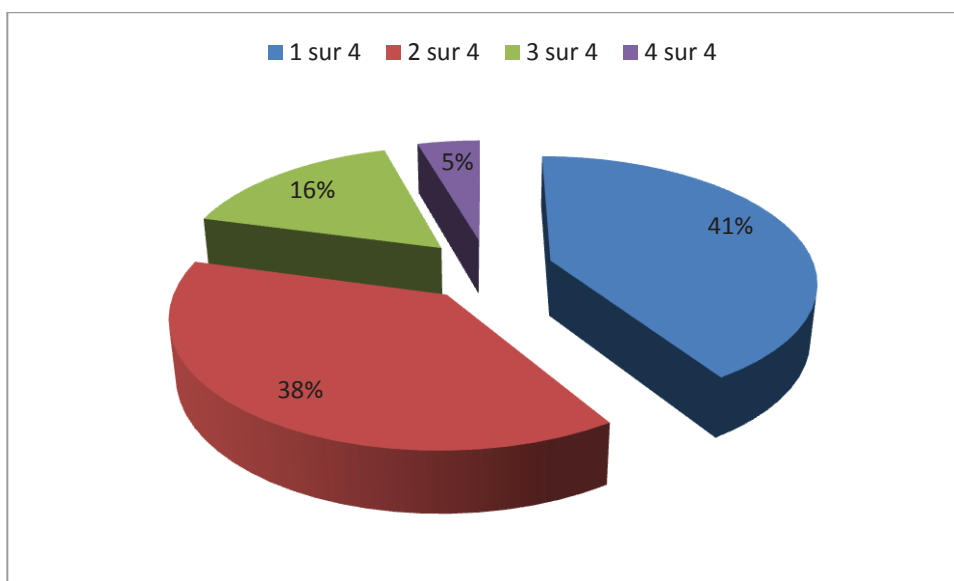
#### 4.2.3.3. Perte du rôle décisionnel du médecin généraliste



Perte du rôle décisionnel	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>107 (60%)</b>
Deux sur quatre	<b>40 (23%)</b>
Trois sur quatre	<b>18 (10%)</b>
Quatre sur quatre	<b>13 (7%)</b>
Non répondu	8

83% des médecins ne ressentent pas la perte de leur rôle de médecin traitant comme un frein important.

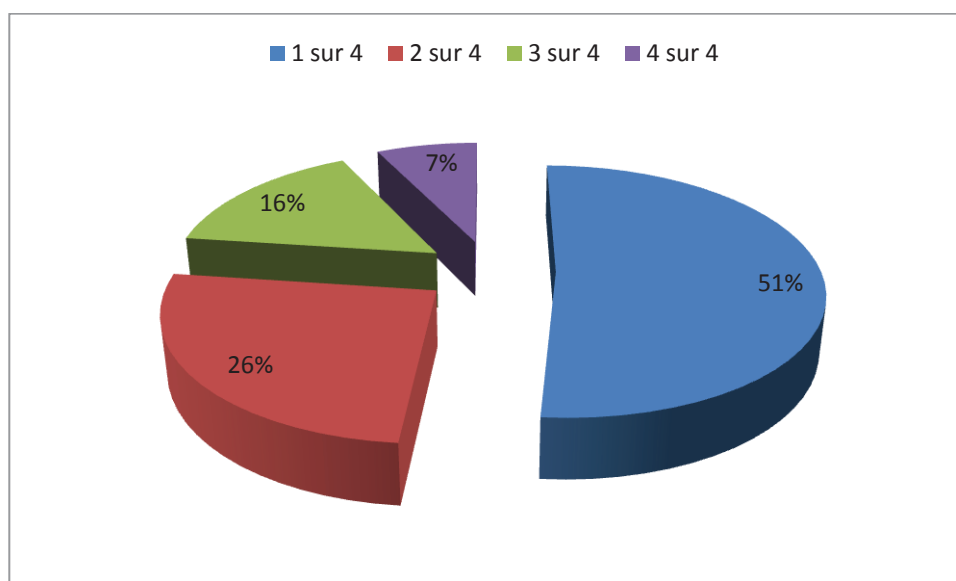
#### 4.2.3.4. Compétences techniques trop spécifiques



Compétences trop spécifiques	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>73</b> (41%)
Deux sur quatre	<b>68</b> (38%)
Trois sur quatre	<b>29</b> (16%)
Quatre sur quatre	<b>8</b> (5%)
Non répondu	8

79% des médecins ne considèrent pas le niveau de compétence requis comme un frein important.

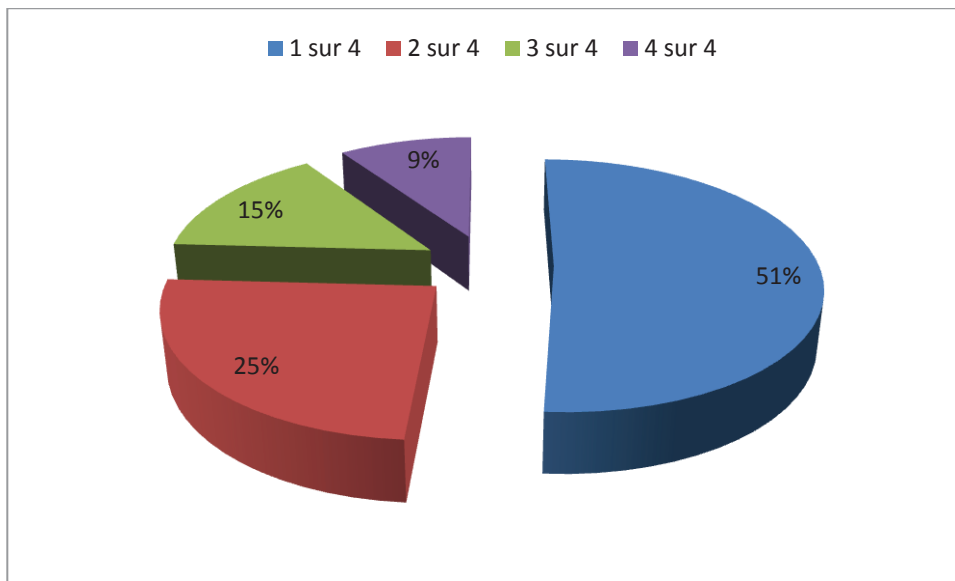
#### 4.2.3.5. Sensation que l'hôpital se décharge sur le médecin généraliste



L'hôpital se décharge sur le médecin généraliste	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>92 (51%)</b>
Deux sur quatre	<b>46 (26%)</b>
Trois sur quatre	<b>28 (16%)</b>
Quatre sur quatre	<b>13 (7%)</b>
Non répondu	7

Pour 77% des médecins, la délégation des missions de l'hôpital aux médecins libéraux n'est pas un frein important à l'utilisation de l'HAD.

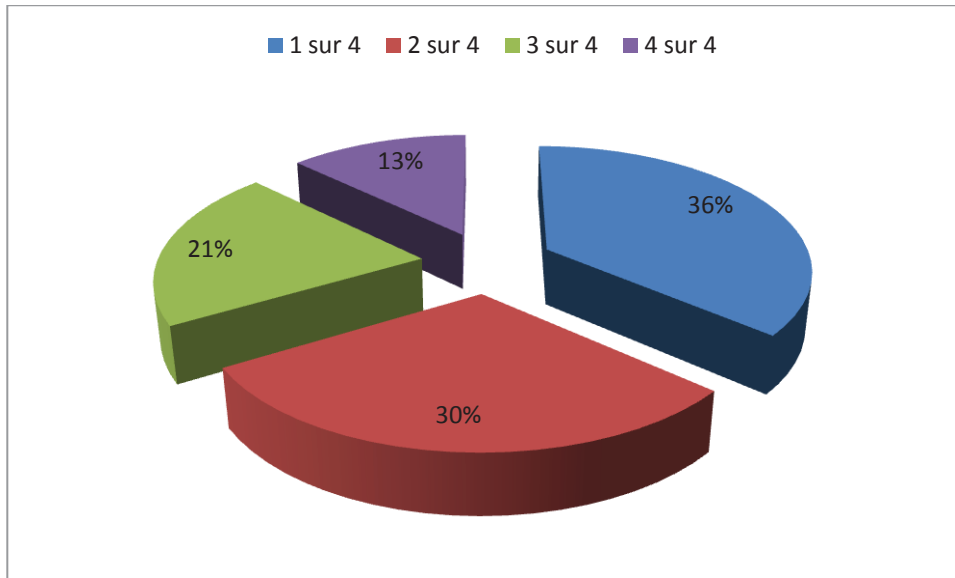
#### 4.2.3.6. Préexistence d'un réseau de soins à domicile



Préexistence d'un réseau de soins à domicile	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>91 (51%)</b>
Deux sur quatre	<b>44 (25%)</b>
Trois sur quatre	<b>26 (15%)</b>
Quatre sur quatre	<b>17 (9%)</b>
Non répondu	8

Le fait d'avoir déjà développé un réseau de soins à domicile ne représente pas de frein important pour 76% des médecins.

#### 4.2.3.7. Rôle du médecin généraliste mal défini



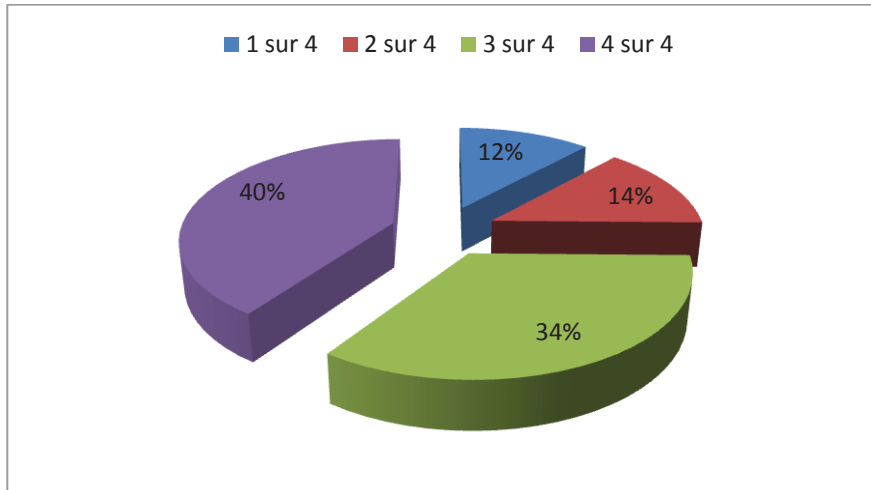
Rôle mal défini	Nombre de médecins
Un sur quatre	65 (36%)
Deux sur quatre	54 (30%)
Trois sur quatre	37 (21%)
Quatre sur quatre	23 (13%)
Non répondu	7

Le rôle parfois mal défini du médecin généraliste n'est pas ressenti comme un frein important pour 66% des médecins.

#### 4.2.4. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD concernant leur activité.

Pour chaque item, plus la cotation est élevée, plus l'attente est forte.

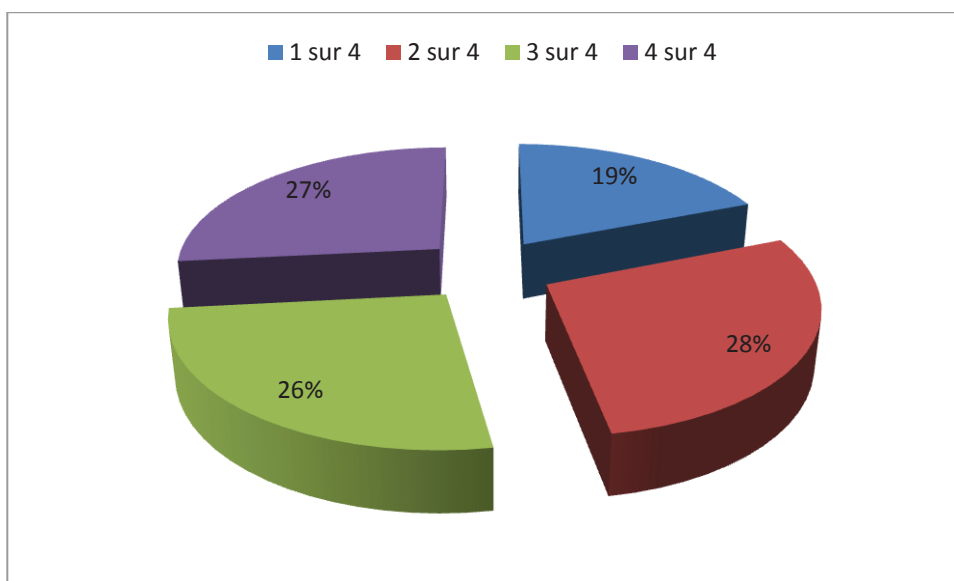
##### 4.2.4.1. Collaboration et partage des connaissances



Collaboration et partage des connaissances	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>22 (12%)</b>
Deux sur quatre	<b>25 (14%)</b>
Trois sur quatre	<b>64 (34%)</b>
Quatre sur quatre	<b>75 (40%)</b>

Une forte majorité de médecins (74%) attendent une collaboration et un partage des connaissances avec l'équipe de l'HAD.

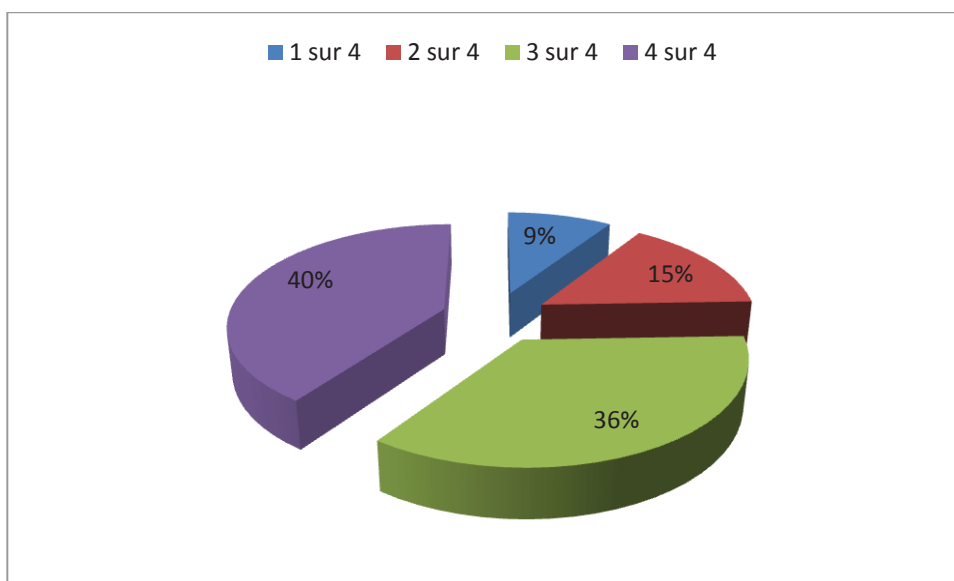
#### 4.2.4.2. Partages des responsabilités



Partage des responsabilités	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>35 (19%)</b>
Deux sur quatre	<b>52 (28%)</b>
Trois sur quatre	<b>48 (26%)</b>
Quatre sur quatre	<b>49 (27%)</b>
Non répondus	2

Pour 53% des médecins, le partage des responsabilités est un élément important lors de la collaboration avec l'HAD.

#### 4.2.4.3. Travail en équipe pluridisciplinaire

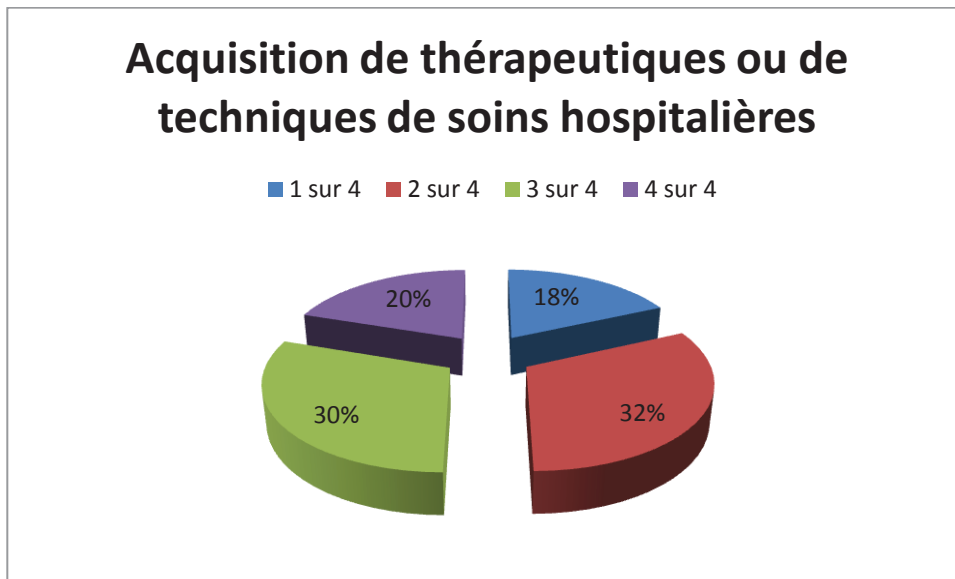


Travail en équipe pluridisciplinaire	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>17 (9%)</b>
Deux sur quatre	<b>28 (15%)</b>
Trois sur quatre	<b>65 (36%)</b>
Quatre sur quatre	<b>74 (40%)</b>
Non répondu	2

L'approche pluridisciplinaire de l'HAD est importante pour 76% des médecins.



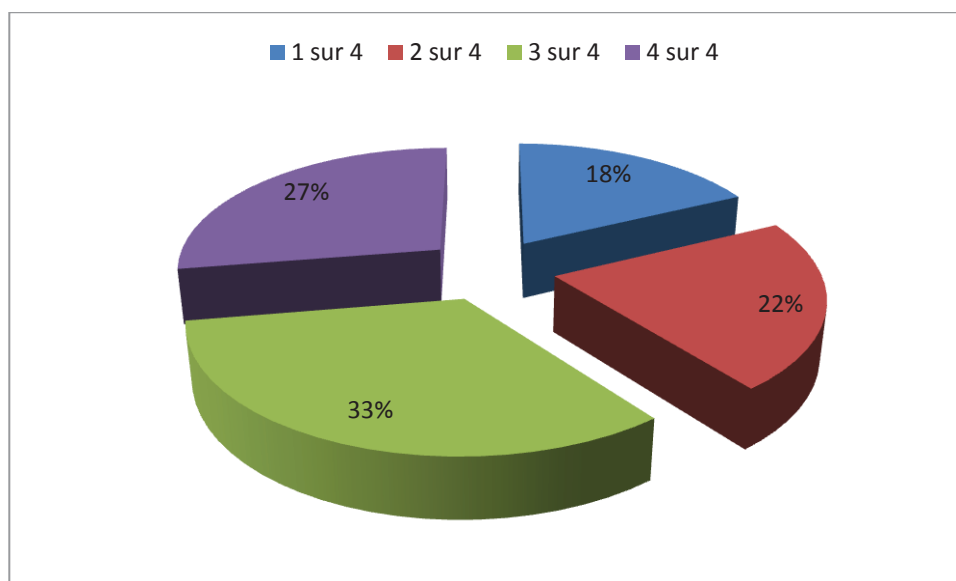
#### 4.2.4.4. Acquisition de thérapeutiques ou de techniques de soins hospitalières



Acquisition de thérapeutiques ou de techniques de soins hospitalières	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>34 (18%)</b>
Deux sur quatre	<b>59 (32%)</b>
Trois sur quatre	<b>56 (30%)</b>
Quatre sur quatre	<b>37 (20%)</b>

L'apprentissage de thérapeutiques ou de techniques de soins hospitalières est important pour 50% des médecins.

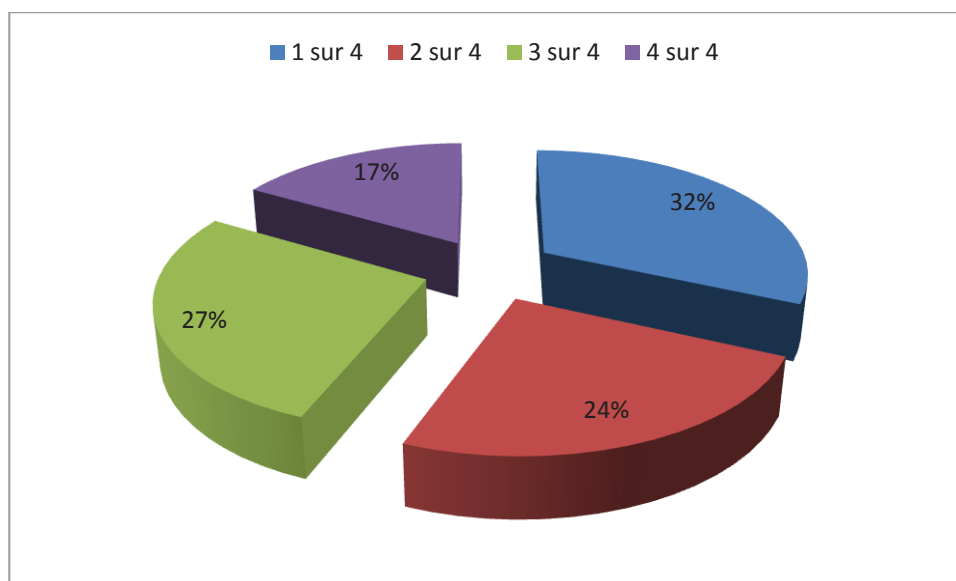
#### 4.2.4.5. Rupture de l'isolement du médecin généraliste



Rupture de l'isolement du médecin généraliste	Nombre de médecins
Un sur quatre	33 (18%)
Deux sur quatre	40 (22%)
Trois sur quatre	61 (33%)
Quatre sur quatre	51 (27%)
Non répondu	1

Le travail en équipe lors d'une HAD, rompant l'isolement du médecin généraliste, est une attente globalement forte pour 60% des médecins interrogés.

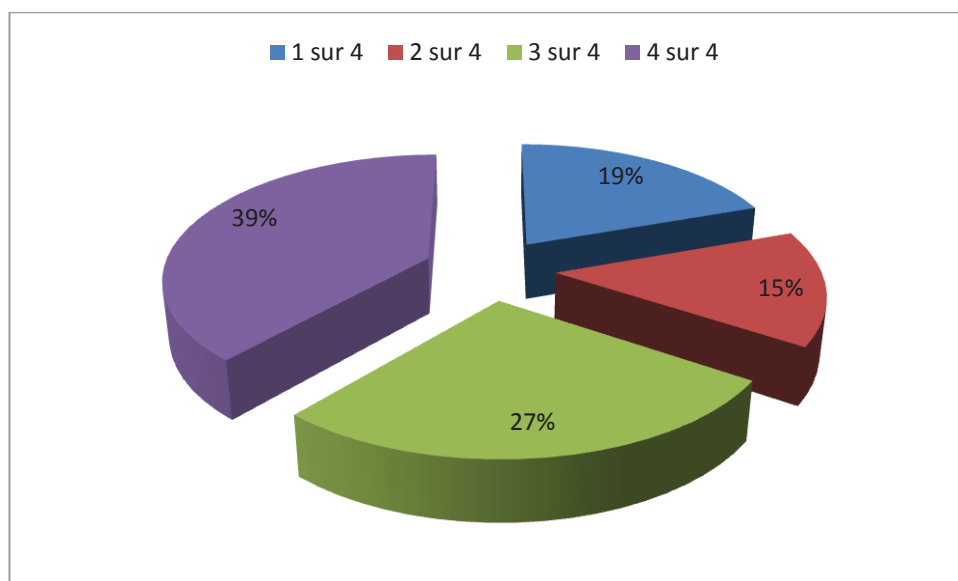
#### 4.2.4.6. Amélioration de la relation médecin-patient-famille



Amélioration de la relation médecin-patient-famille	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>59 (32%)</b>
Deux sur quatre	<b>45 (24%)</b>
Trois sur quatre	<b>51 (27%)</b>
Quatre sur quatre	<b>31 (17%)</b>

56% des médecins n'attendent pas de l'HAD une amélioration de leur relation avec le patient ou son entourage.

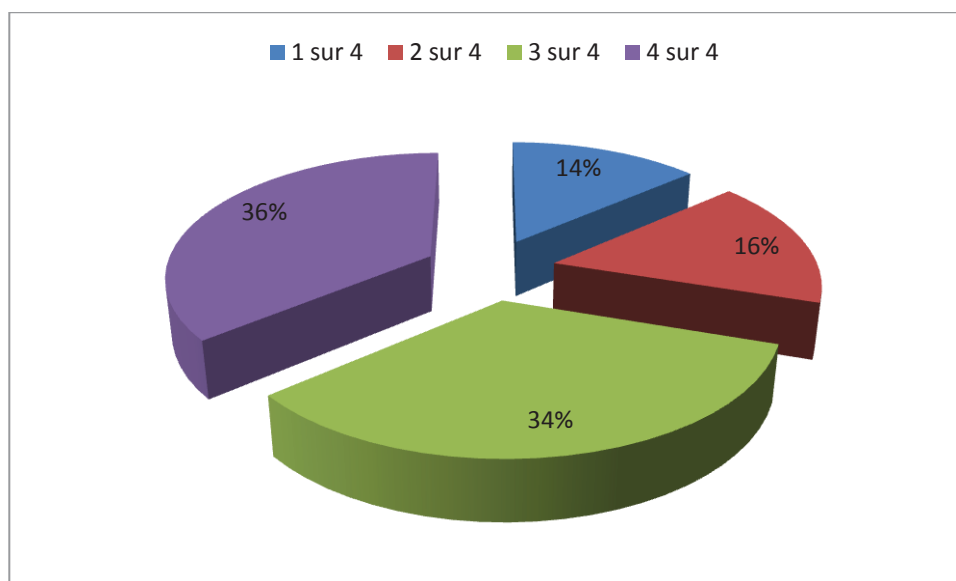
#### 4.2.4.7. Avis spécialisé facilité



Avis spécialisé facilité	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>36 (19%)</b>
Deux sur quatre	<b>27 (15%)</b>
Trois sur quatre	<b>50 (27%)</b>
Quatre sur quatre	<b>71 (39%)</b>
Non répondus	2

L'obtention facilitée d'un avis spécialisé via l'HAD est une attente globalement forte pour 66% des médecins.

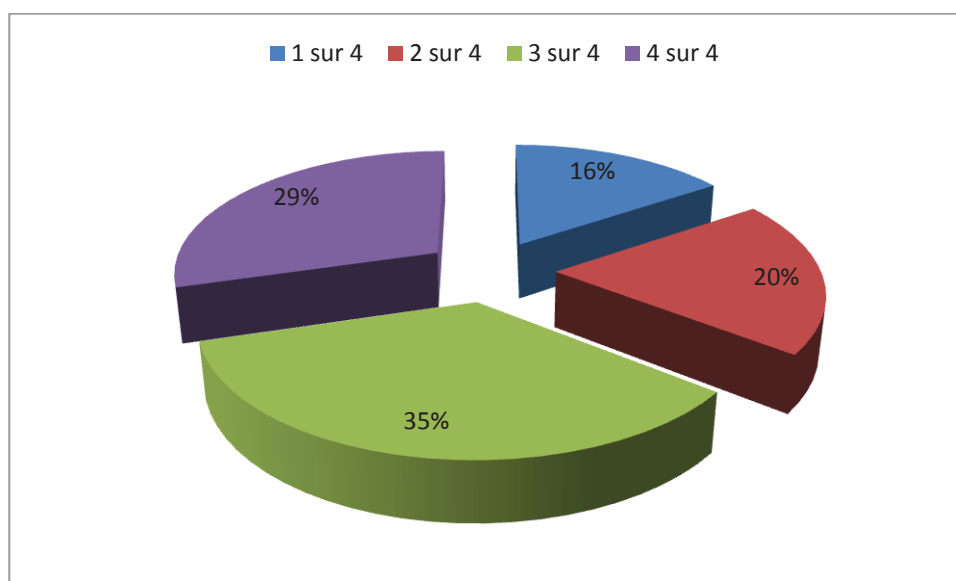
#### 4.2.4.8. Faciliter les démarches sociales



Faciliter les démarches sociales	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>25</b> (14%)
Deux sur quatre	<b>30</b> (16%)
Trois sur quatre	<b>62</b> (34%)
Quatre sur quatre	<b>66</b> (36%)
Non répondus	3

70% des médecins attendent de l'HAD de faciliter les démarches sociales.

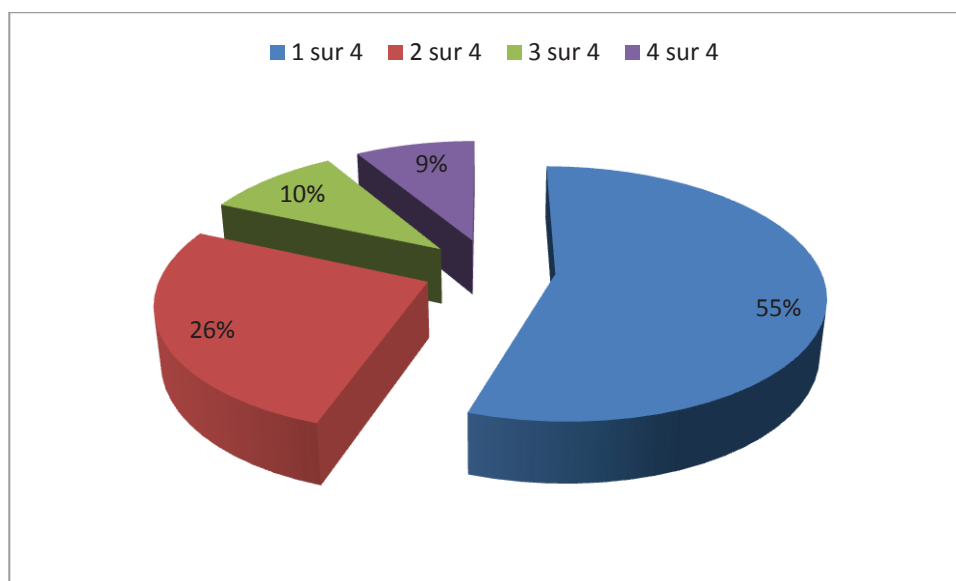
#### 4.2.4.9. Faciliter la prise en charge psychologique lors de pathologies complexes



Faciliter la prise en charge psychologique	Nombre de médecins
Un sur quatre	29 (16%)
Deux sur quatre	37 (20%)
Trois sur quatre	65 (35%)
Quatre sur quatre	55 (29%)

64% des médecins attendent de façon globalement importante que l'HAD les aide dans la prise en charge psychologique de leur patient.

#### 4.2.4.10. Diversification de l'activité du médecin généraliste

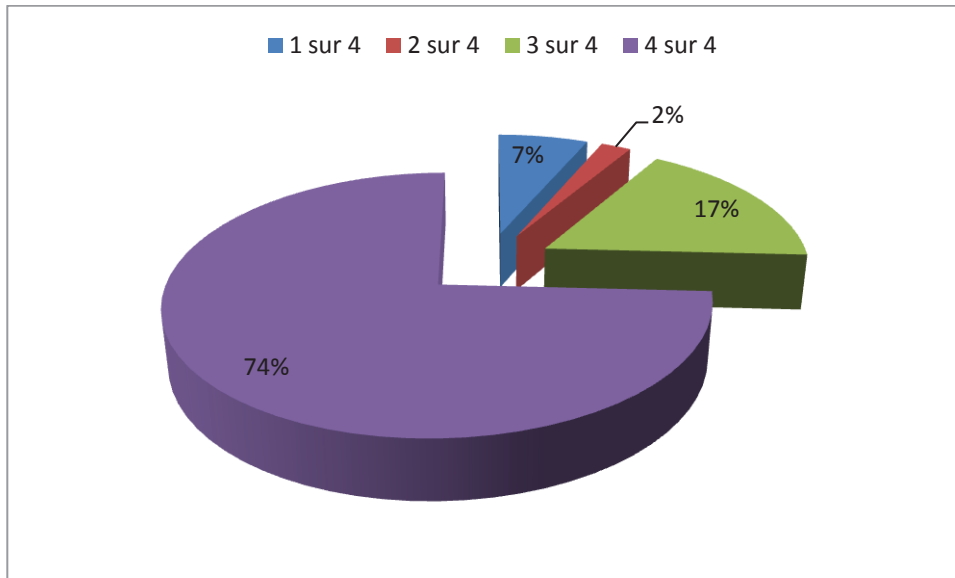


Diversification de l'activité	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>102</b> (55%)
Deux sur quatre	<b>49</b> (26%)
Trois sur quatre	<b>18</b> (10%)
Quatre sur quatre	<b>16</b> (9%)
Non répondu	1

81% des médecins ne comptent pas sur l'HAD pour diversifier leur activité.

#### 4.2.5. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD concernant leurs patients

##### 4.2.5.1. Respect du désir du patient d'être soigné au domicile

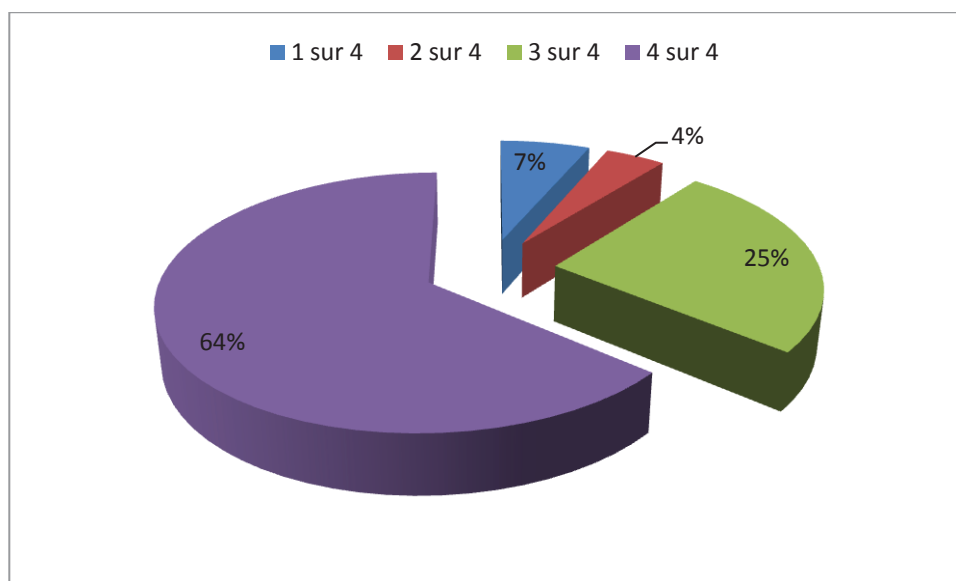


Respect du désir d'être soigné au domicile	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>12 (7%)</b>
Deux sur quatre	<b>4 (2%)</b>
Trois sur quatre	<b>32 (17%)</b>
Quatre sur quatre	<b>138 (74%)</b>

Pour 91% des médecins généralistes, le respect du désir d'être soigné à domicile est une attente forte.



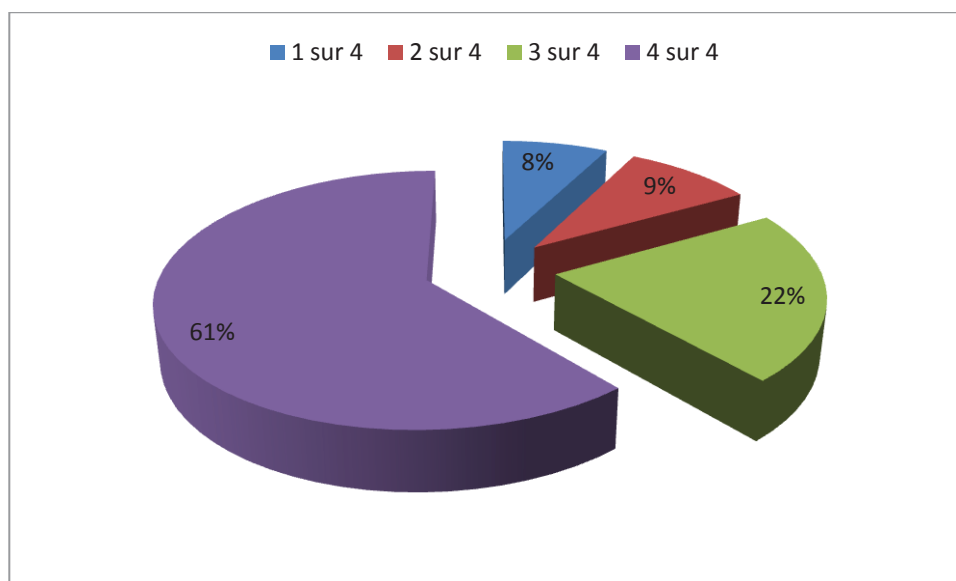
#### 4.2.5.2. Amélioration de la fin de vie des patients



Amélioration de la fin de vie des patients	Nombre de médecins
Un sur quatre	12 (7%)
Deux sur quatre	8 (4%)
Trois sur quatre	47 (25%)
Quatre sur quatre	119 (64%)

89% des médecins attendent globalement fortement de l'HAD une amélioration de la prise en charge des patients en fin de vie.

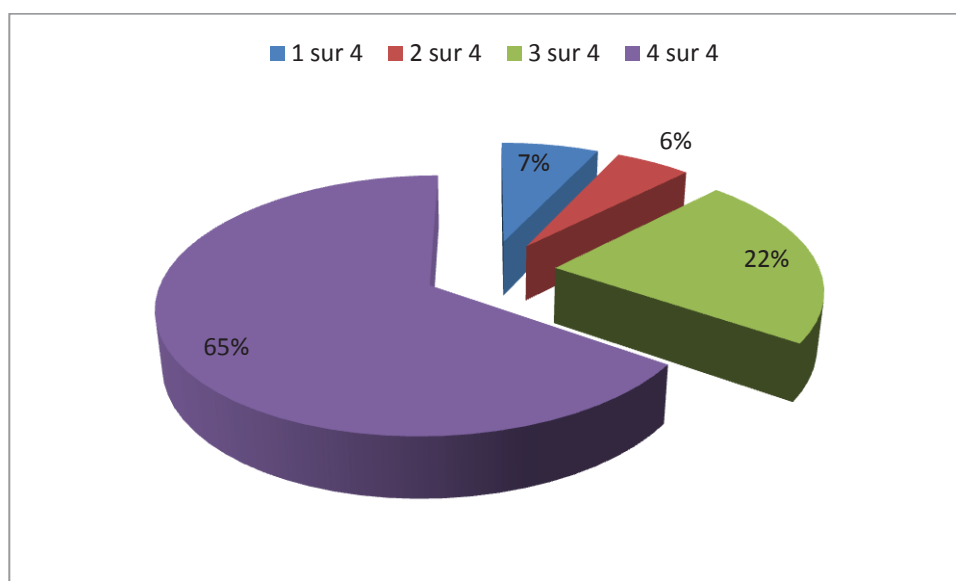
### 4.2.5.3. Permanence des soins assurées 24H/24



Permanence des soins	Nombre de médecins
Un sur quatre	<b>14</b> (8%)
Deux sur quatre	<b>17</b> (9%)
Trois sur quatre	<b>40</b> (22%)
Quatre sur quatre	<b>113</b> (61%)
Non répondus	2

83% des médecins attendent globalement fortement une permanence des soins assurée 24h sur 24 par l'équipe de l'HAD.

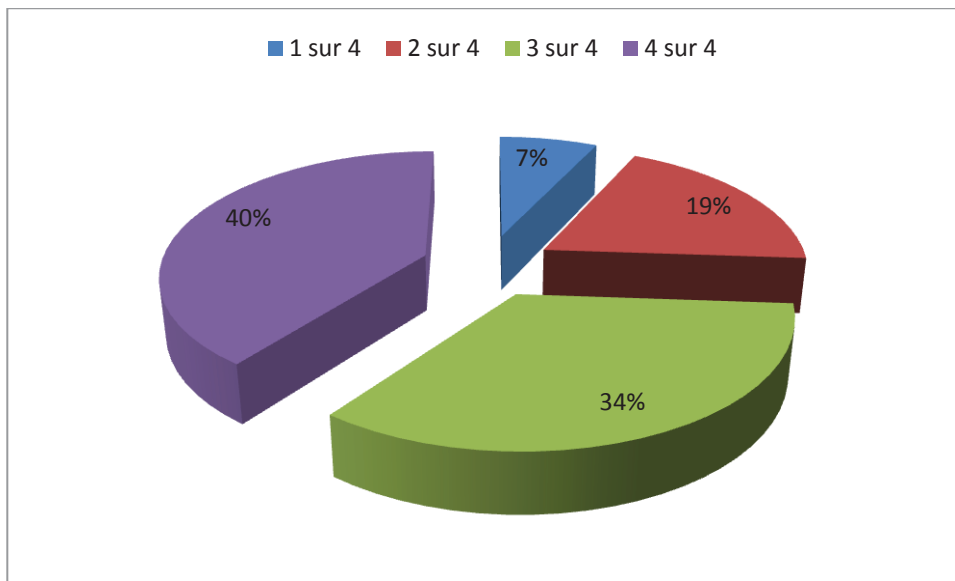
#### 4.2.5.4. Engagement du service hospitalier à reprendre le patient en cas d'aggravation



Engagement du service hospitalier	Nombre de médecins
Un sur quatre	13 (7%)
Deux sur quatre	10 (6%)
Trois sur quatre	41 (22%)
Quatre sur quatre	121 (65%)
Non répondu	1

L'engagement du service hospitalier à reprendre le patient en cas d'aggravation est une attente globalement forte de la part des médecins (87%).

#### 4.2.5.5. Accompagnement de la famille



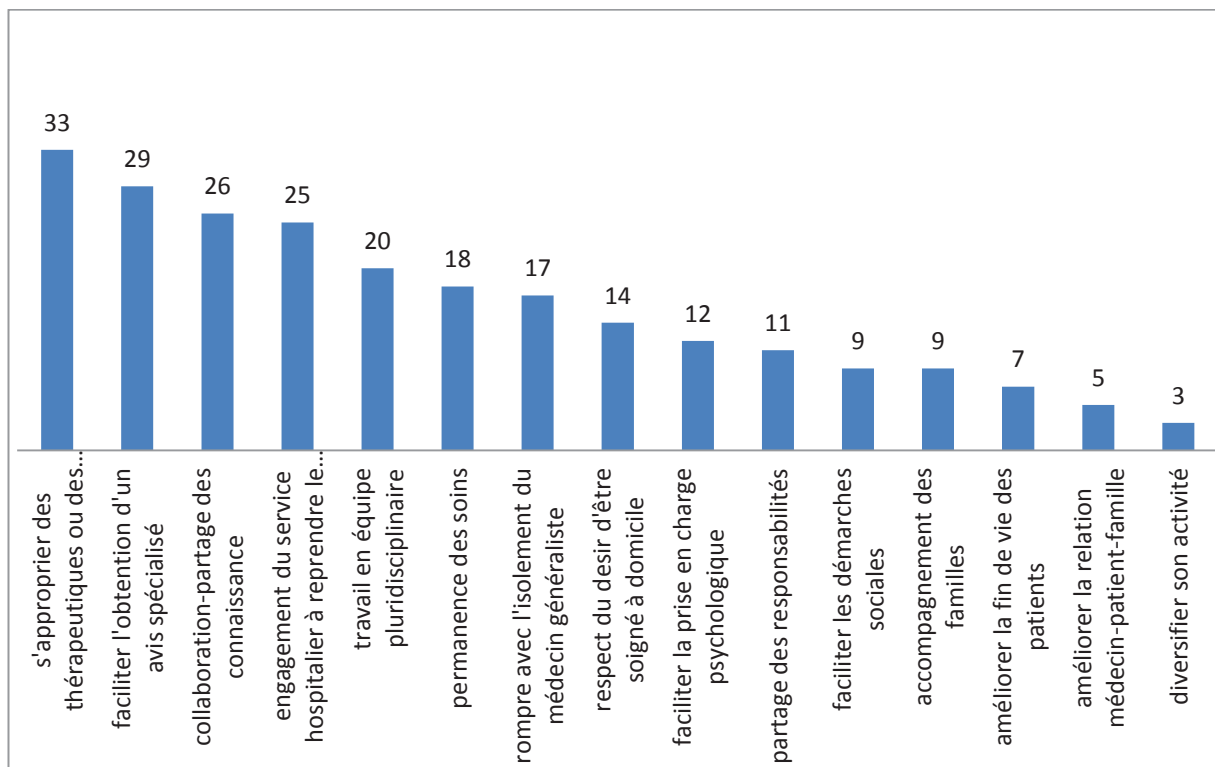
Accompagnement de la famille	Nombre de médecins
Un sur deux	<b>13</b> (7%)
Deux sur deux	<b>35</b> (19%)
Trois sur trois	<b>63</b> (34%)
Quatre sur quatre	<b>73</b> (40%)
Non répondus	2

74% des médecins comptent globalement fortement sur l'HAD pour améliorer l'accompagnement de la famille.

#### 4.2.6. Quelles améliorations à faire lors d'une prise en charge en HAD

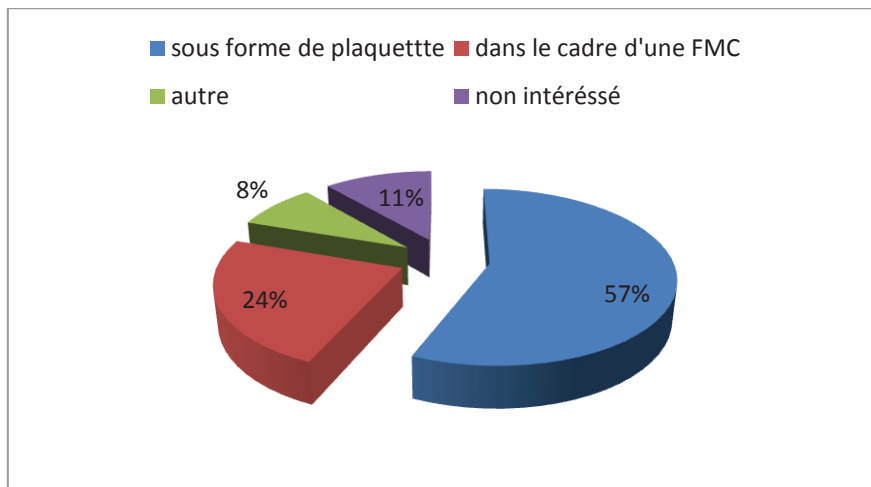
Nous avons demandé aux médecins ayant une expérience de l'HAD de renseigner parmi la liste des attentes possibles celles qui nécessiteraient une amélioration. (Chaque médecin pouvait inscrire plusieurs réponses)

Sur les 160 médecins interrogés ayant eu une expérience de l'HAD, 98 ont répondu soit plus de 61%.



Nous pouvons supposer que les médecins généralistes déplorent un certain défaut de communication entre les différents acteurs au cours d'une prise en charge en HAD. En effet, on retrouve parmi les attentes nécessitant une amélioration les plus souvent citées : l'obtention d'avis spécialisé, la collaboration et le partage des connaissances ainsi que le travail en équipe pluridisciplinaire.

#### 4.2.7. Souhaits concernant une éventuelle information sur l'HAD

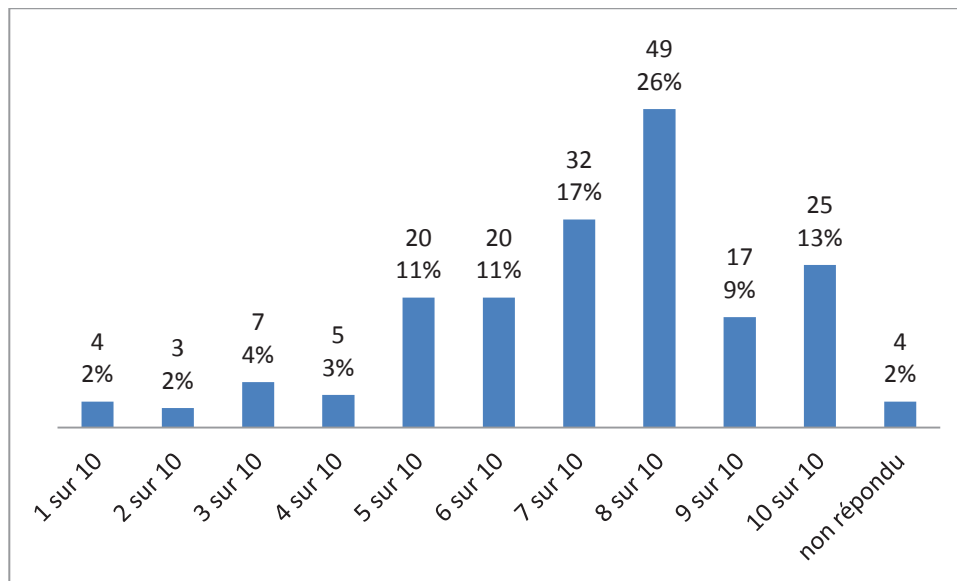


Souhait concernant une information sur l'HAD	Nombre de médecins
Sous forme de plaquette	<b>100</b> (57%)
Dans le cadre d'une FMC	<b>42</b> (24%)
Autre	<b>15</b> (8%)
Non intéressés	<b>20</b> (11%)
Non répondus	9

11% des médecins ne désirent pas de complément d'information sur le fonctionnement de l'HAD.

57% seraient intéressés par une plaquette explicative, 24% par une formation médicale continue adaptée.

#### 4.2.8. Intérêt global de l'HAD pour la médecine générale



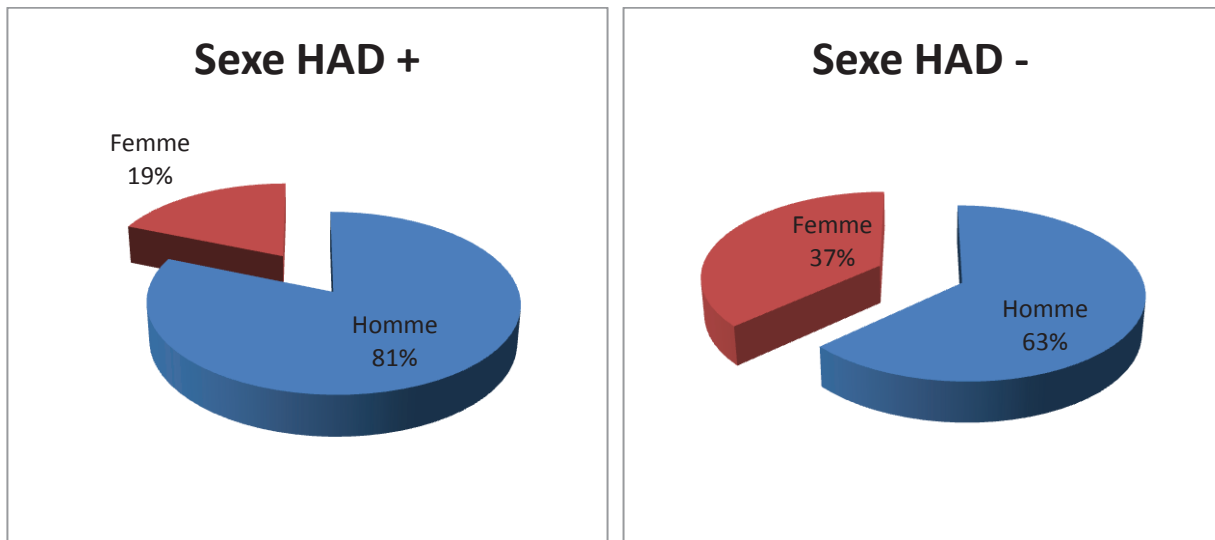
La moyenne est de 7,1.

La médiane est de 7,5.

### 4.3. Comparaisons des deux groupes : HAD + et HAD -

#### 4.3.1. Caractéristiques de la population étudiée

##### 4.3.1.1. Répartition hommes/femmes



Sexe	HAD +	HAD -
Femme	15 (19%)	39 (37%)
Homme	65 (81%)	67 (63%)

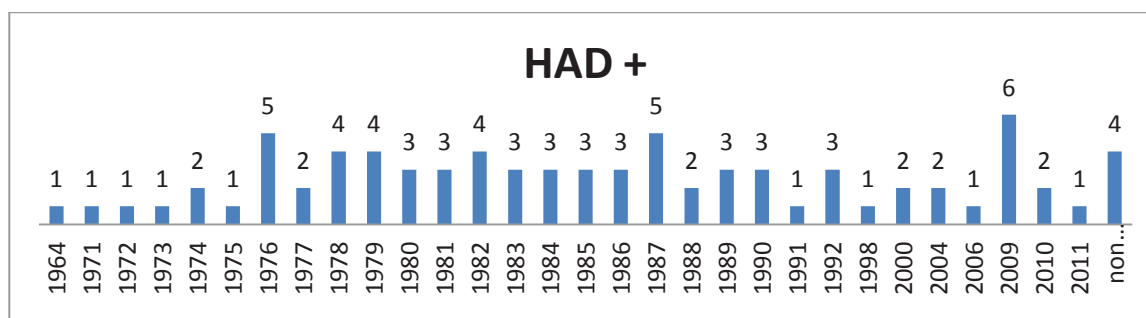
**p value = 0.009**

La proportion d'homme est nettement plus importante dans le groupe HAD +.

La p value de 0.009 nous indique que les médecins hommes travaillent significativement plus facilement que les femmes avec l'HAD.

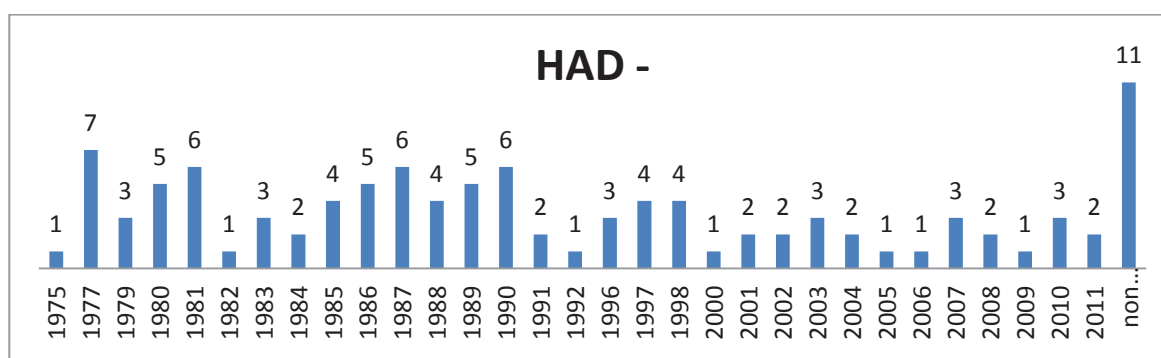


### 4.3.1.2. Année d'installation



Moyenne HAD +: 1986,9

Médiane HAD + : 1984.5



Moyenne HAD - : 1990,9

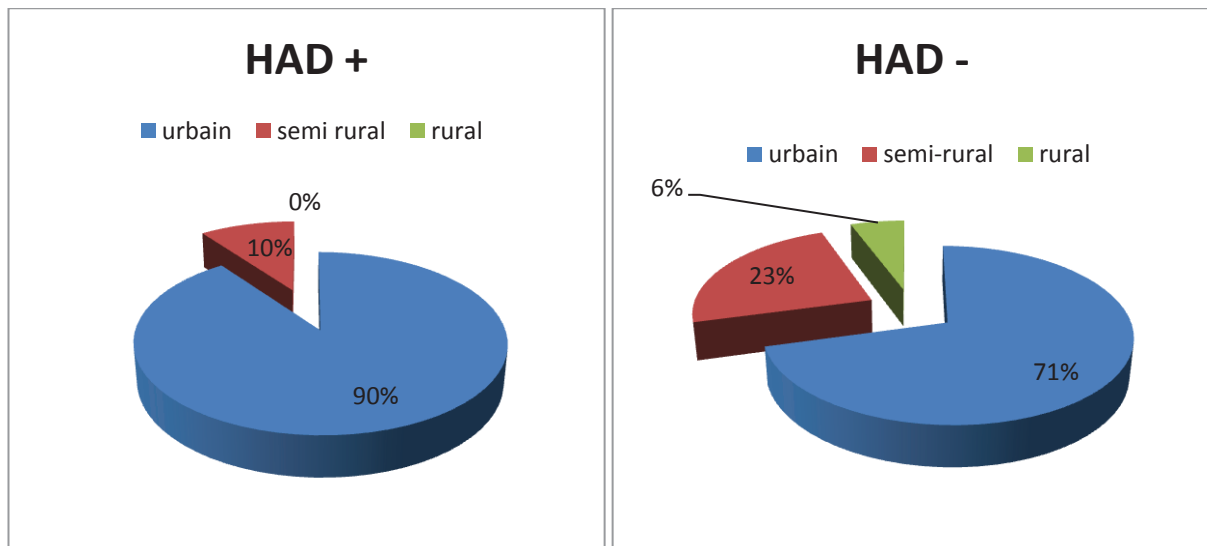
Médiane HAD - : 1989

Variable (manquants)	items	Moins de 1 patient		Au moins 1 patient		P value
		n	%	n	%	
<b>Ancienneté &gt; 15 ans (15)</b>	Non	34	35.8	15	19.7	<b>0.02</b>
	Oui	61	64.2	61	80.3	
<b>Ancienneté &gt; 25 ans (15)</b>	Non	63	66.3	35	46.1	<b>0.009</b>
	Oui	32	33.7	41	53.9	
<b>Ancienneté &gt; 30 ans (15)</b>	Non	79	83.2	51	67.1	<b>0.02</b>
	Oui	16	16.8	25	32.9	

Les médecins composant le groupe HAD + sont installés depuis plus longtemps que ceux du groupe HAD -.

Les médecins installés depuis plus de 25 ans sont les médecins qui collaborent significativement plus facilement avec l'HAD (p value = 0.009)

### 4.3.1.3. Secteur d'activité

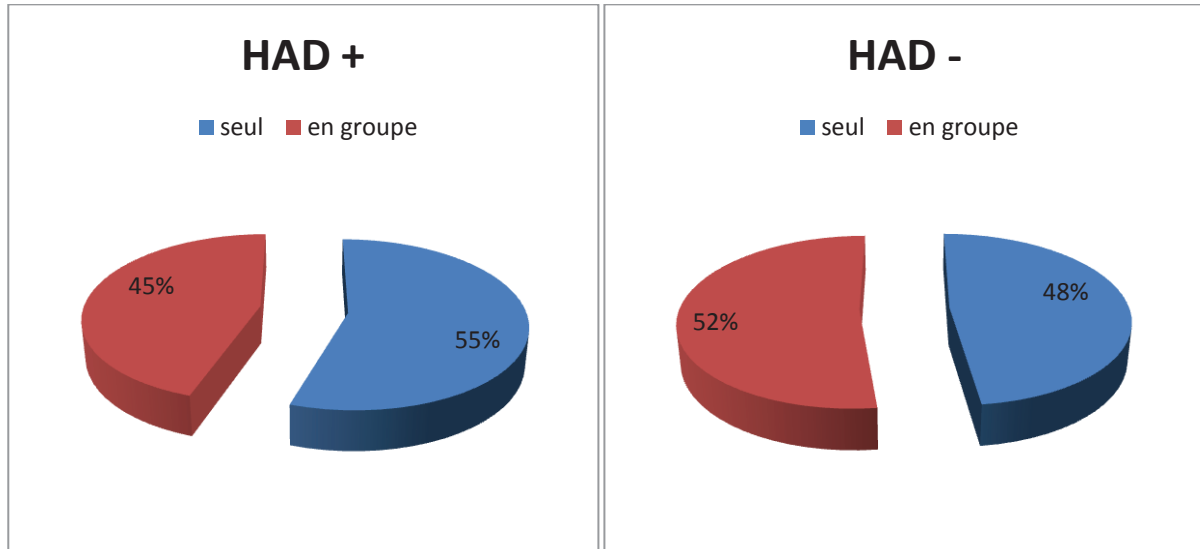


Secteur d'activité	HAD +	HAD -
Urbain	72 (90%)	75 (71%)
Semi-rural	8 (10%)	25 (23%)
Rural	0 (0%)	6 (6%)

**p value = 0.003**

La totalité des médecins exerçant en milieu rural, ainsi qu'une majorité de ceux exerçant en semi-rural font parties du groupe HAD -. Dans le groupe HAD+, 90% des médecins exercent en zone urbaine contre 71% de l'autre groupe. Le fait d'être installé en zone urbaine facilite de manière significative la collaboration avec l'HAD.

#### 4.3.1.4. Mode d'exercice

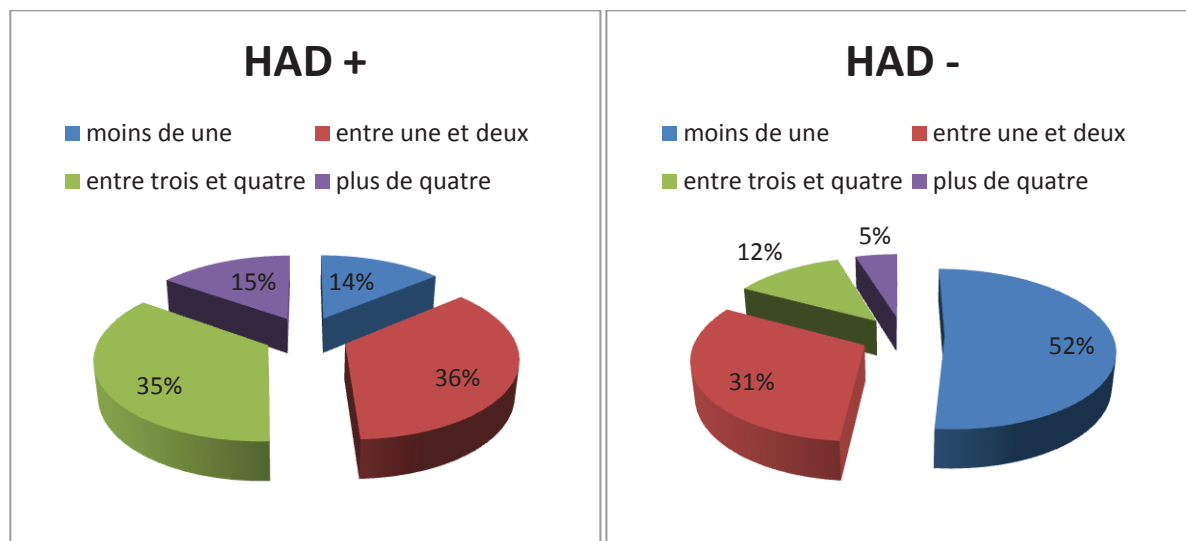


Mode d'exercice	HAD +	HAD -
Seul	43 (55%)	50 (48%)
En groupe	35 (45%)	54 (52%)
Non répondu	2	2

**p value = 0.4**

Le groupe HAD + est composé d'une majorité de médecins exerçant seuls, ce qui n'est pas le cas pour le groupe HAD -. Cependant, cette tendance n'est pas significative (p value = 0.4).

### 4.3.1.5. Nombre moyen de visites à domicile par jour



Nombre de visite quotidienne	HAD +	HAD -
Moins de une	11 (14%)	54 (52%)
De une à deux	28 (36%)	33 (31%)
De trois à quatre	28 (35%)	13 (12%)
Plus de Quatre	12 (15%)	5 (5%)
Non répondu	1	1

**p value < 0.0001** en comparant d'un côté deux visites quotidiennes maximales et de l'autre côté plus de deux visites quotidiennes.

Plus de 50% des médecins du groupe HAD – font moins d'une visite par jour. Les médecins qui font plus de visites à domicile travaillent significativement plus facilement avec l'HAD.

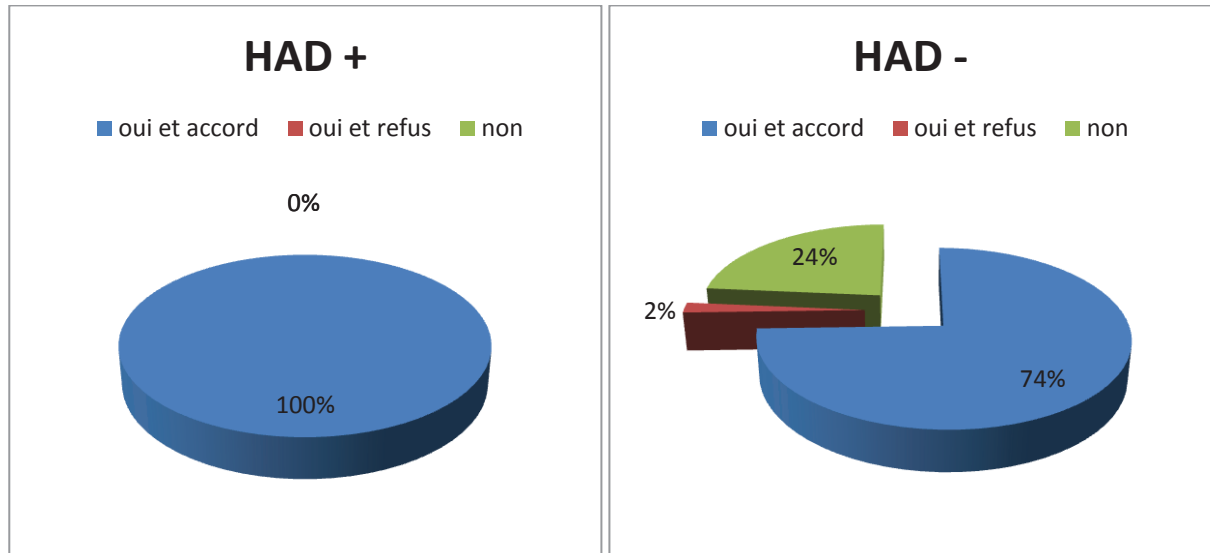
#### 4.3.1.6. Diplôme(s) associé(s)

	<b>HAD +</b>	<b>HAD -</b>
<b>Médecin ayant au moins un diplôme</b>	35 (43.7%)	42 (39.6%)
<b>Médecine du sport</b>	17 (21%)	21 (19.8%)
<b>Homéopathie</b>	2 (2.5%)	5 (4.7%)
<b>Expertise</b>	3 (3.7%)	3 (2.8%)
<b>Gériatrie</b>	5 (6.2%)	1 (0.9%)
<b>Soins palliatifs</b>	1 (1.2%)	3 (2.8%)
<b>CAMU</b>	3 (3.7%)	1 (0.9%)
<b>Coordonnateur EHPAD</b>	1 (1.2%)	2 (1.8%)
<b>Nutrition</b>	0	3 (2.8%)
<b>Ostéopathie</b>	1 (1.2%)	2 (1.8%)
<b>Sans diplôme sup.</b>	45 (56.2%)	64 (60.3%)

Les médecins ayant des compétences en gériatrie sont plus enclins à travailler avec l'HAD.

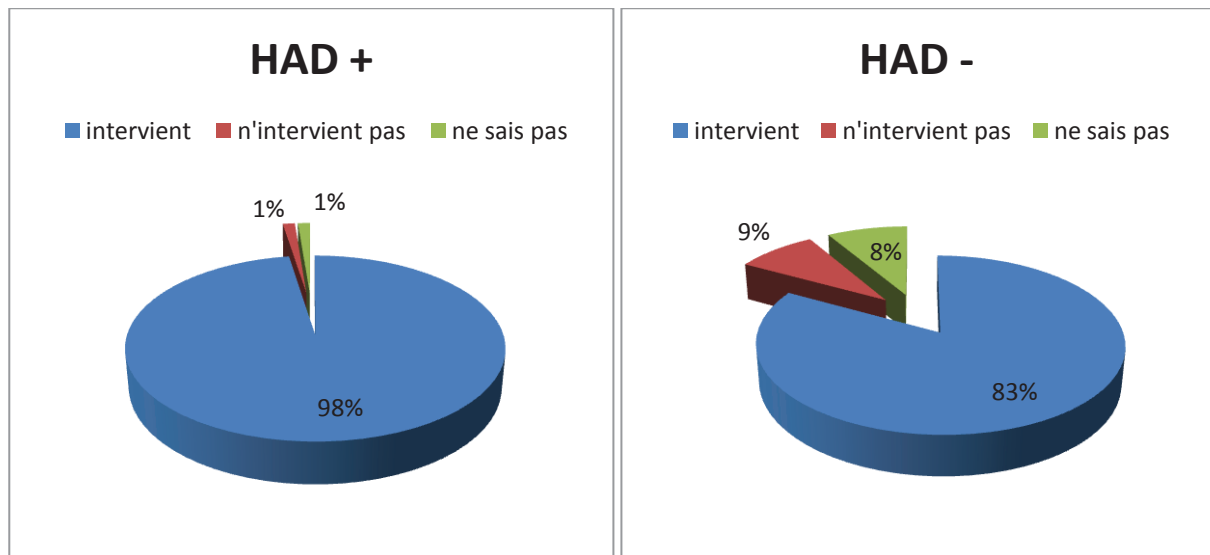
### 4.3.2. Expérience de l'HAD

#### 4.3.2.1. Proposition de l'HAD de prendre en charge un patient



Proposition de prise en charge	HAD +	HAD -
Oui et accord	80 (100%)	79 (74%)
Oui et refus	0	2 (2%)
Non	0	25 (24%)

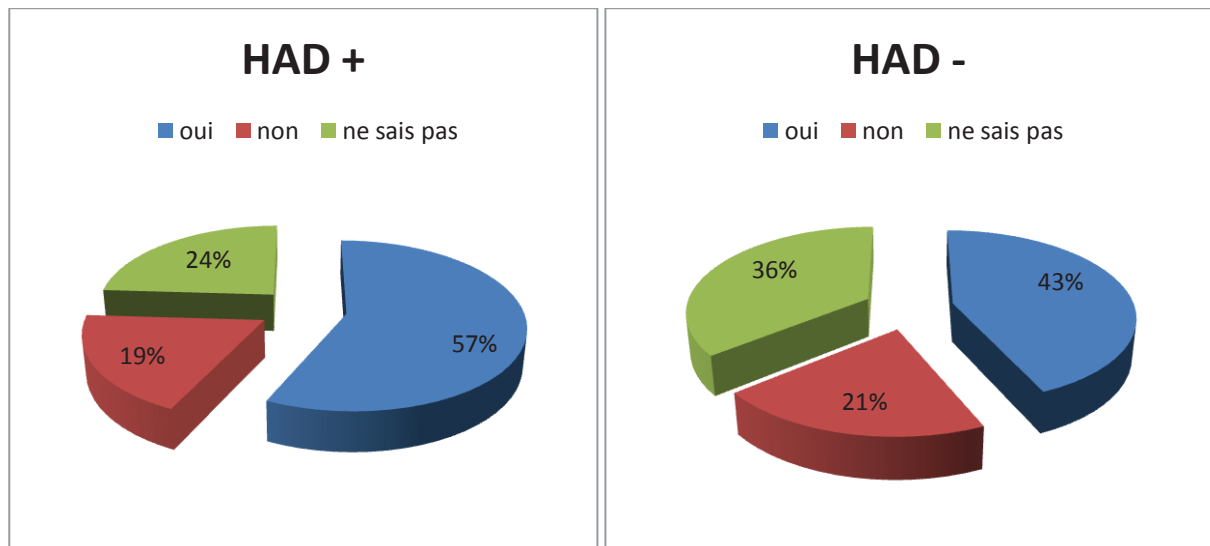
#### 4.3.2.2. Connaissance des secteurs de l'HAD



Connaissance des secteurs de l'HAD	HAD +	HAD -
<b>Intervient</b>	78 (98%)	88 (82%)
<b>N'intervient pas</b>	1 (1%)	9 (9%)
<b>Ne sais pas</b>	1 (1%)	9 (9%)

Le médecin du groupe HAD+ ayant répondu que l'HAD n'intervient pas sur son secteur est un médecin qui a récemment déménagé son cabinet. Ceci est également le cas pour le médecin du groupe HAD+ déclarant ne pas savoir si l'HAD intervient sur son secteur.

### 4.3.2.3. Connaissance de la possibilité d'admission directe



Possibilité d'admission directe	HAD +	HAD-
Oui	45 (57%)	46 (43%)
Non	15 (19%)	22 (21%)
Ne sais pas	19 (24%)	38 (36%)
Non répondu	1	0

**p value = 0.2**

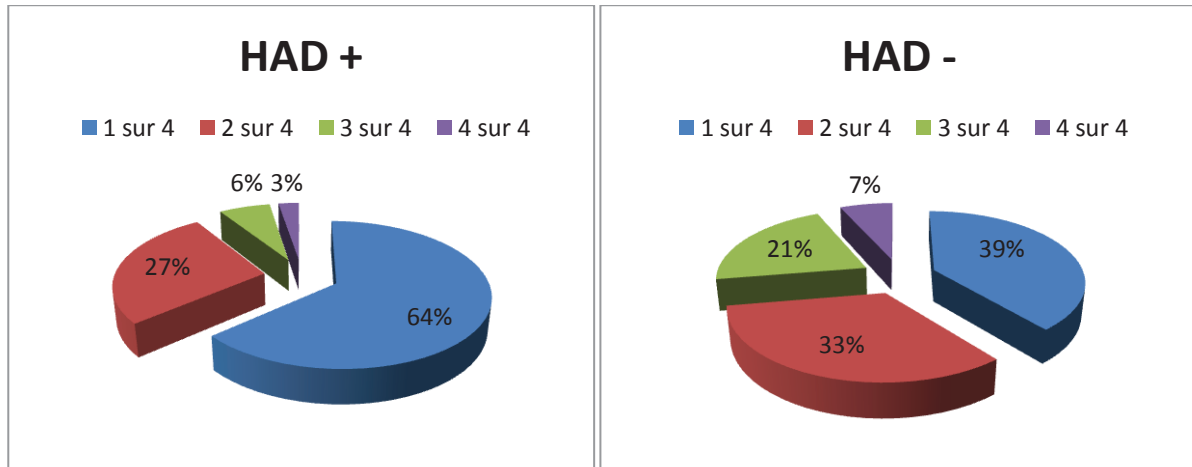
Le groupe HAD + est plus au courant de la possibilité d'une prescription de l'HAD par le médecin généraliste. Cependant la différence entre les deux groupes n'est pas significative (p value= 0.2). D'ailleurs, il y a tout de même 43% des médecins du groupe HAD+ qui ne connaissent pas cette possibilité dont 19% pour qui la prescription d'une HAD par le médecin traitant est impossible.



### 4.3.3. Freins à l'utilisation de l'HAD

Pour ces différents items, plus la cotation est élevée, plus cela représente un frein.

#### 4.3.3.1. Manque de connaissance du fonctionnement de l'HAD

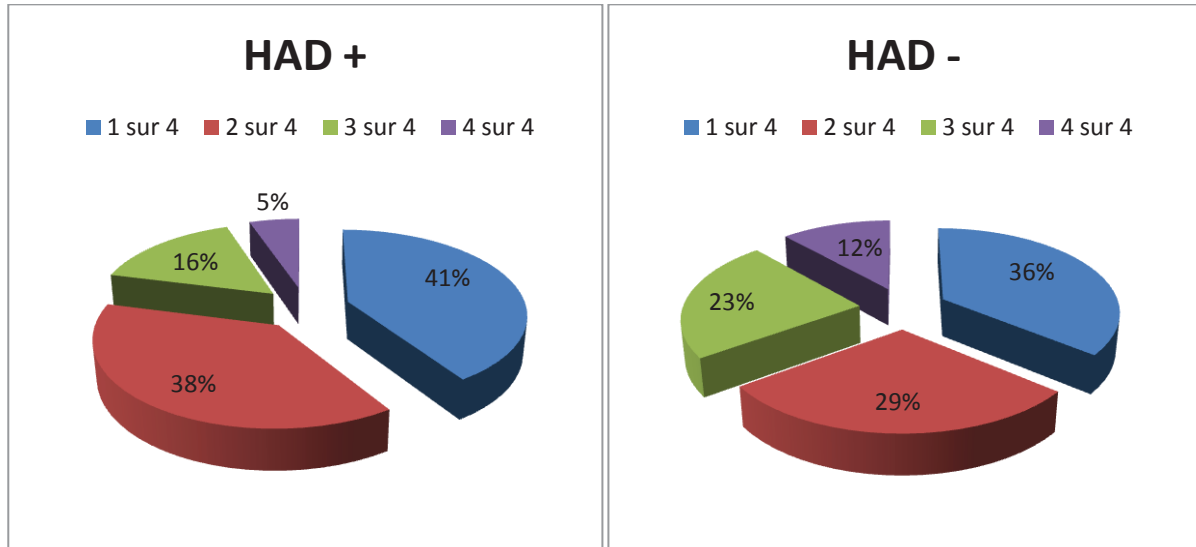


Manque de connaissance	HAD +	HAD-
Un sur quatre	49 (64%)	41 (39%)
Deux sur quatre	21 (27%)	35 (33%)
Trois sur quatre	5 (6%)	22 (21%)
Quatre sur quatre	2 (3%)	7 (7%)
Non répondu	3	1

**p value = 0.003**

28% des médecins considèrent le manque de connaissance de la structure comme un frein important voire très important contre seulement 9% des médecins du groupe HAD+. Le manque de connaissance de l'HAD constitue un frein significatif à son recours par les médecins du groupe HAD-.

### 4.3.3.2. Exercice chronophage

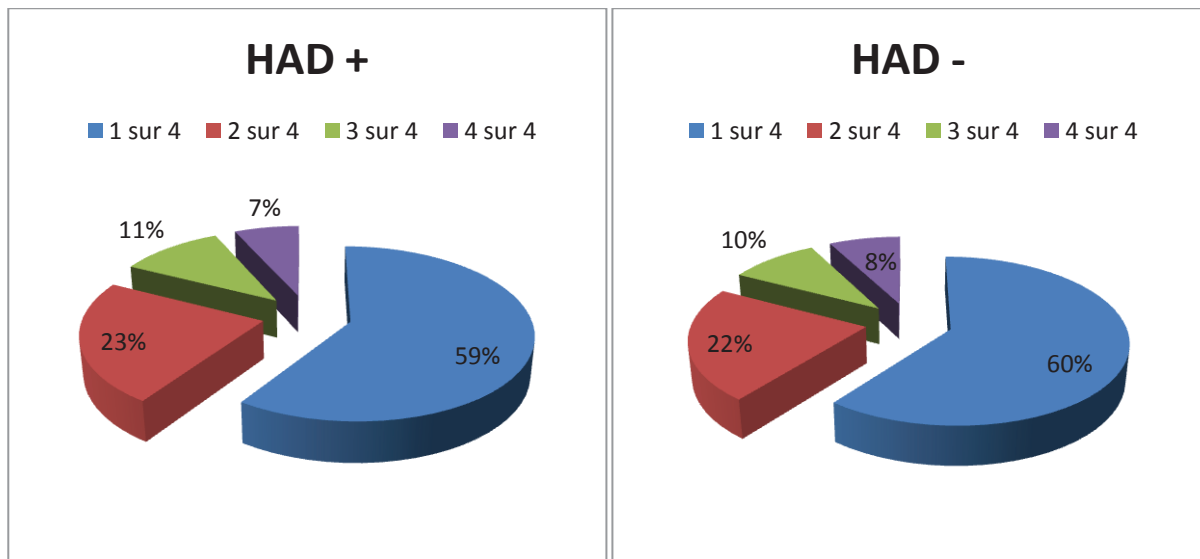


Exercice chronophage	HAD +	HAD -
Un sur quatre	31 (41%)	37 (36%)
Deux sur quatre	29 (38%)	30 (29%)
Trois sur quatre	12 (16%)	24 (23%)
Quatre sur quatre	4 (5%)	12 (12%)
Non répondu	4	3

**p value = 0.2 et P value (1+2 vs 3+4) = 0.047**

L'aspect chronophage représente globalement un frein pour 35% des médecins du groupe HAD- contre 21% du groupe HAD+. Ainsi, l'aspect chronophage de la prise en charge en HAD représente plus un facteur limitant pour les médecins du groupe HAD- de manière significative.

### 4.3.3.3. Perte du rôle décisionnel du médecin généraliste

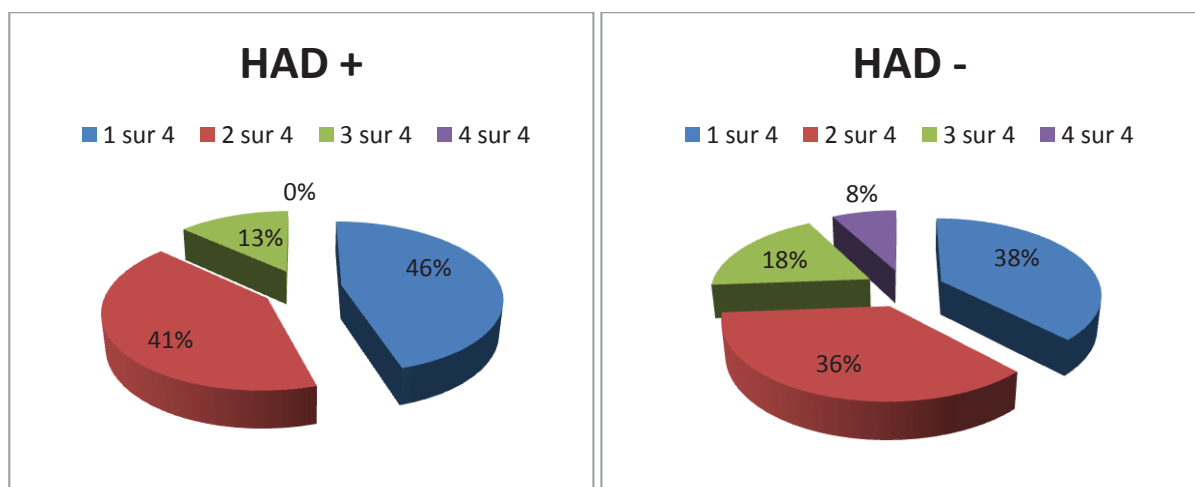


Perte du rôle décisionnel	HAD +	HAD -
Un sur quatre	44 (59%)	63 (60%)
Deux sur quatre	17 (23%)	23 (22%)
Trois sur quatre	8 (11%)	10 (10%)
Quatre sur quatre	5 (7%)	8 (8%)
Non répondu	6	2

**p value = 1**

Ceci nous renseigne que les médecins aient ou non une bonne expérience de l'HAD, ils n'ont pas le sentiment de perdre leur rôle décisionnel de médecins traitant.

#### 4.3.3.4. Compétences techniques trop spécifiques

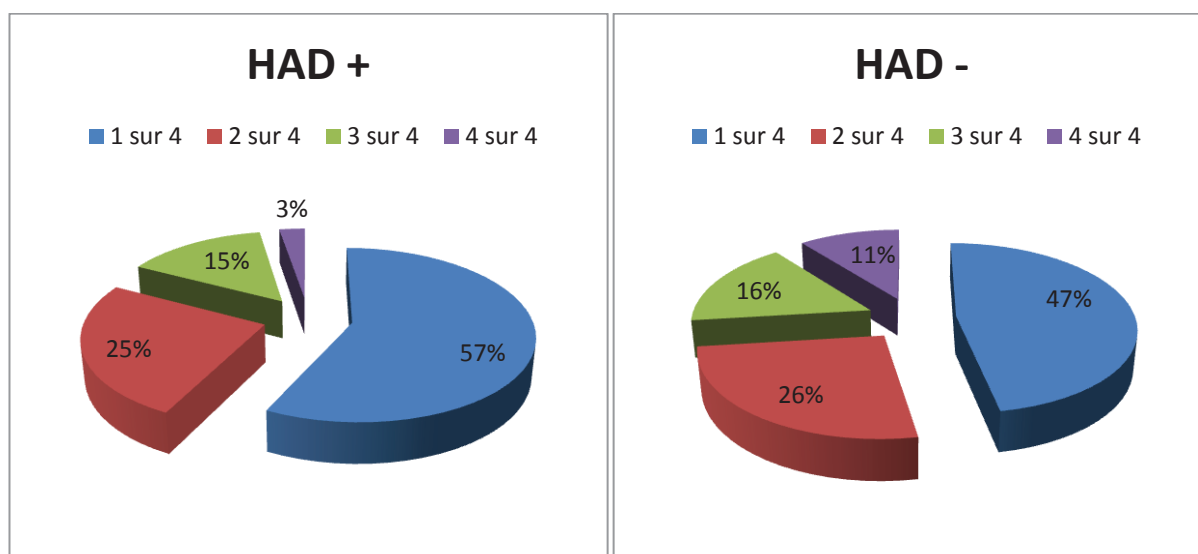


Compétence technique trop spécifique	HAD +	HAD -
Un sur quatre	34 (46%)	39 (38%)
Deux sur quatre	31 (41%)	37 (36%)
Trois sur quatre	10 (13%)	19 (18%)
Quatre sur quatre	0 (0%)	8 (8%)
Non répondu	5	3

**p value = 0.06 et p value (1+2 vs 3+4)= 0.04**

Les compétences techniques requises pour la prise en charge d'un patient en HAD sont ressenties plutôt comme un frein pour 26% des médecins du groupe HAD- contre 13% de ceux du groupe HAD+. En regroupant les cotations « un » et « deux » d'un côté et « trois » et « quatre » de l'autre, nous obtenons une p value de 0.04. Ainsi, les médecins du groupe HAD+ ne considèrent pas, de manière significative, que l'HAD exige des compétences trop spécifiques pour la médecine générale.

### 4.3.3.5. Sensation que l'hôpital se décharge sur le médecin généraliste

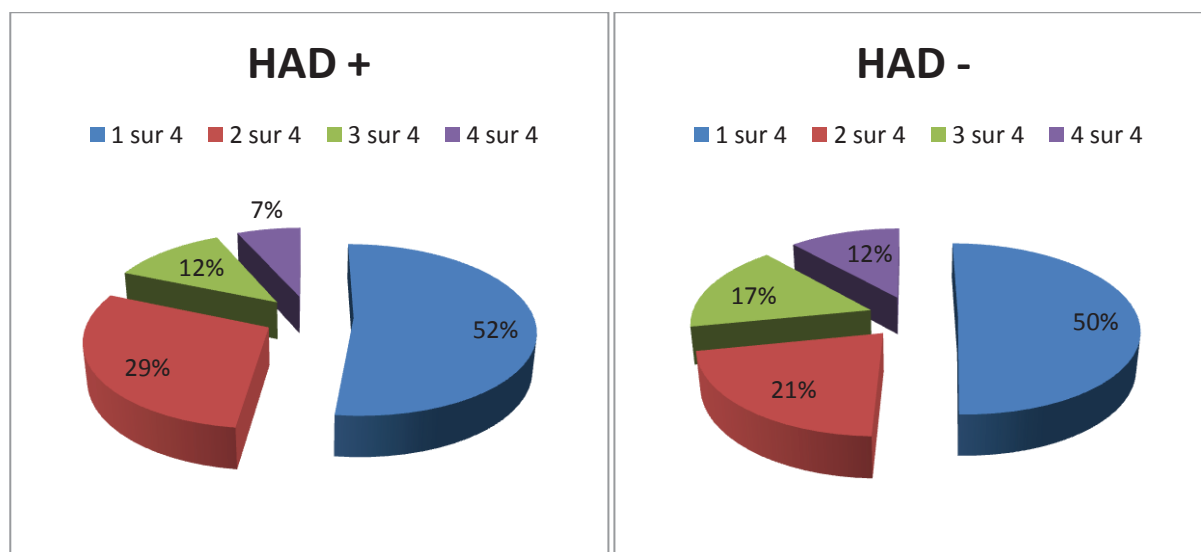


L'hôpital se décharge sur le médecin généraliste	HAD +	HAD -
Un sur quatre	43 (57%)	49 (47%)
Deux sur quatre	19 (25%)	27 (26%)
Trois sur quatre	11 (15%)	17 (16%)
Quatre sur quatre	2 (3%)	11 (11%)
Non répondu	5	2

**p value = 0.19**

27% des médecins du groupe HAD – considèrent que l'hôpital se décharge sur le médecin généraliste ce qui les freinerait dans le recours à l'HAD contre 18% du groupe HAD+. Cette tendance n'est cependant pas significative.

### 4.3.3.6. Préexistence d'un réseau de soins à domicile

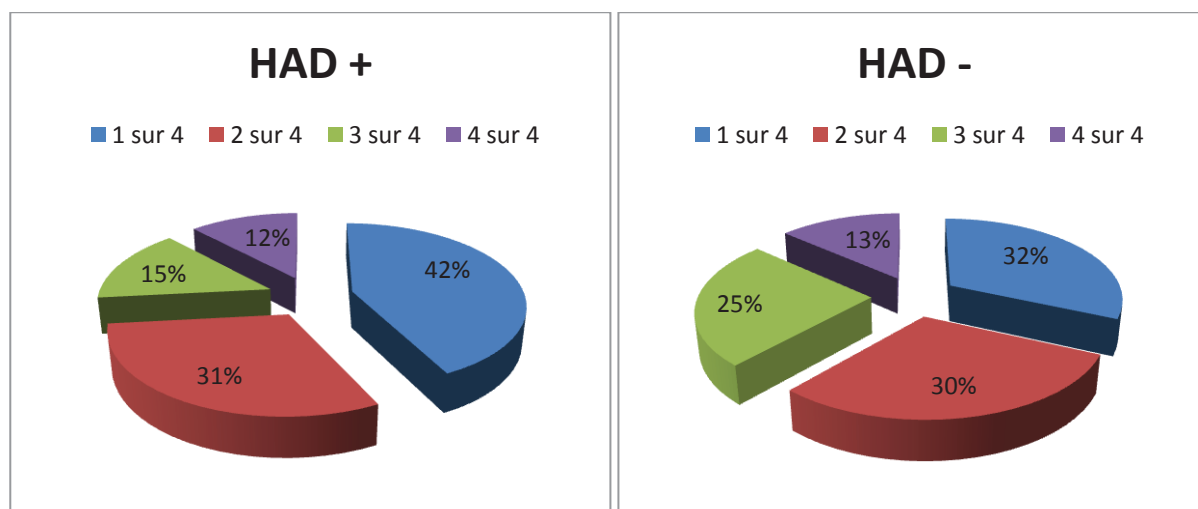


Préexistence d'un réseau de soins à domicile	HAD +	HAD -
Un sur quatre	39 (52%)	52 (50%)
Deux sur quatre	22 (29%)	22 (21%)
Trois sur quatre	9 (12%)	17 (17%)
Quatre sur quatre	5 (7%)	12 (12%)
Non répondu	5	3

**p value = 0.4**

29% des médecins du groupe HAD -, contre 19% de ceux du groupe HAD +, considèrent que la préexistence d'un réseau de soins à domicile est plutôt un frein à l'utilisation de l'HAD. Cette différence n'est cependant pas significative.

### 4.3.3.7. Rôle du médecin généraliste mal défini



Rôle du médecin généraliste mal défini	HAD +	HAD -
Un sur quatre	32 (42%)	33 (32%)
Deux sur quatre	23 (31%)	31 (30%)
Trois sur quatre	11 (15%)	26 (25%)
Quatre sur quatre	9 (12%)	14 (13%)
Non répondu	5	2

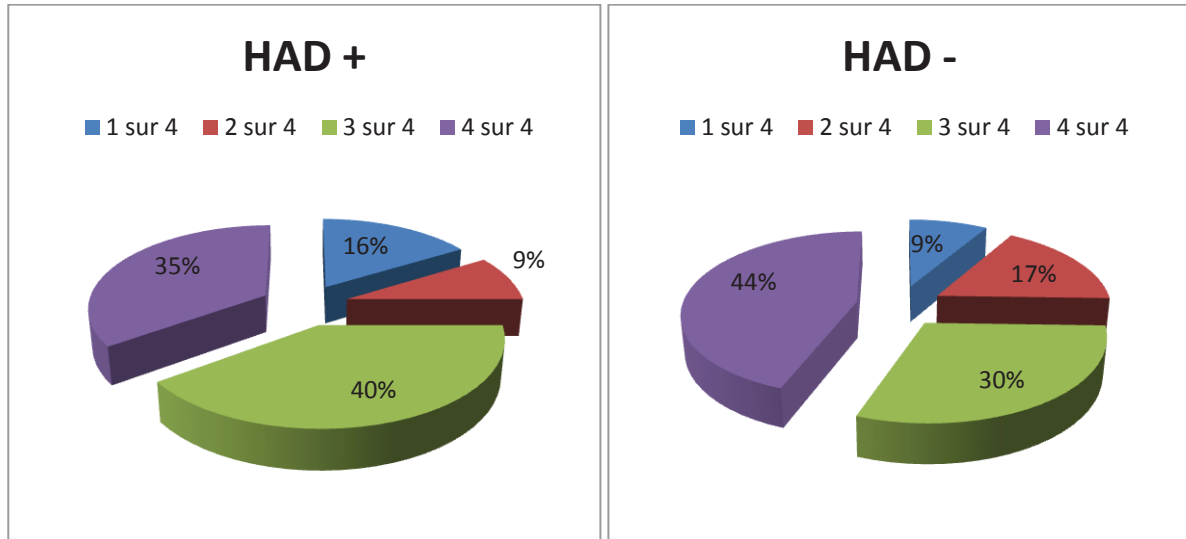
**p value = 0.3**

38% des médecins du groupe HAD- considèrent que le rôle du médecin généraliste reste flou ce qui constitue plutôt un frein contre 27% des médecins du groupes HAD +. Globalement, les médecins ne considèrent pas que leur rôle soit mal défini, la différence entre les deux groupes n'est d'ailleurs pas significative.

### 4.3.4. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD concernant leur activité

Pour chaque item, plus la cotation est élevée, plus l'attente est forte.

#### 4.3.4.1. Collaboration et partage des connaissances



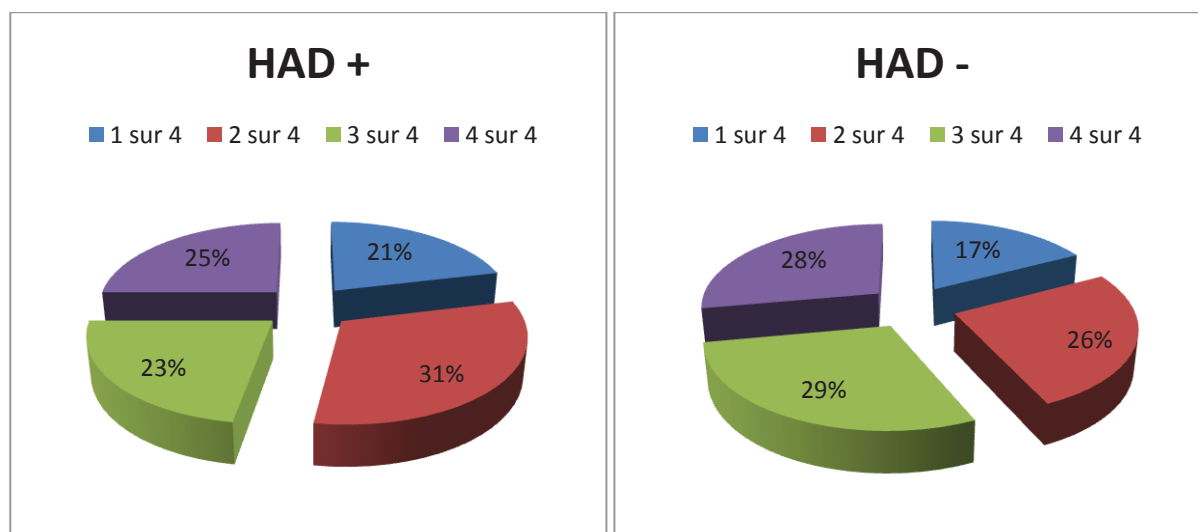
Collaboration et partage des connaissances	HAD +	HAD -
Un sur quatre	13 (16%)	9 (9%)
Deux sur quatre	7 (9%)	18 (17%)
Trois sur quatre	32 (40%)	32 (30%)
Quatre sur quatre	28 (35%)	47 (44%)

**p value = 0.08**

Les deux groupes de médecins ont globalement une forte attente vis-à-vis de l'HAD en ce qui concerne la collaboration, sans qu'il n'y ait de différence significative entre les deux groupes.



### 4.3.4.2. Partage des responsabilités

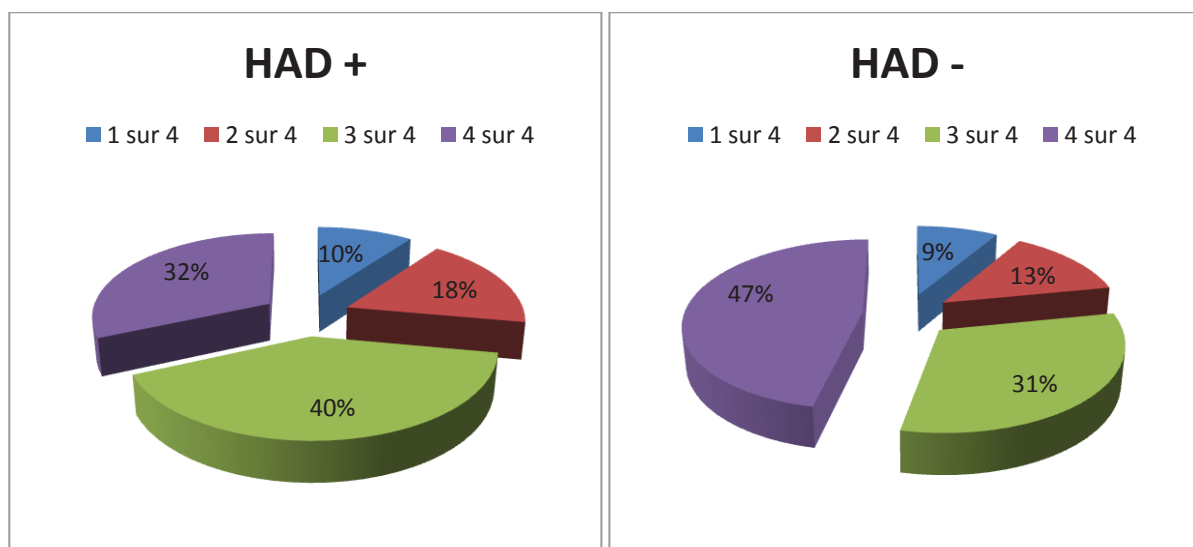


Partage des responsabilités	HAD +	HAD -
Un sur quatre	17 (21%)	18 (17%)
Deux sur quatre	25 (31%)	27 (26%)
Trois sur quatre	18 (23%)	30 (29%)
Quatre sur quatre	20 (25%)	29 (28%)
Non répondus	0	2

**p value = 0.6**

57% des médecins du groupes HAD – attendent plutôt fortement un partage des responsabilités contre 48% des médecins du groupe HAD +. Néanmoins, la p value nous indique qu’il n’y a pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne l’attente d’un partage des responsabilités. Il s’agit là d’une attente globalement importante.

### 4.3.4.3. Travail en équipe pluridisciplinaire

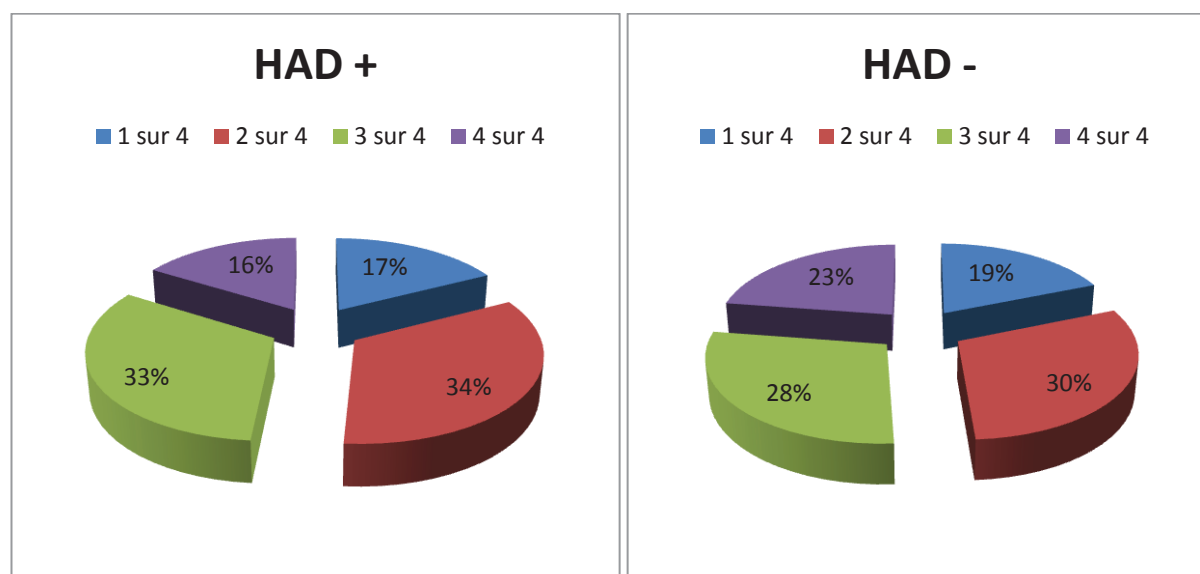


Travail en équipe pluridisciplinaire	HAD +	HAD -
Un sur quatre	8 (10%)	9 (9%)
Deux sur quatre	14 (18%)	14 (13%)
Trois sur quatre	32 (40%)	33 (31%)
Quatre sur quatre	25 (32%)	49 (47%)
Non répondus	1	1

**p value = 0.2**

47% des médecins du groupes HAD – attendent très fortement un travail en équipe pluridisciplinaire contre 32% des médecins du groupes HAD +. L’attente est cependant très forte dans les deux groupes et il n’existe pas de différence significative comme en témoigne la p value.

#### 4.3.4.4. Acquisition de thérapeutiques ou de techniques de soins hospitalières

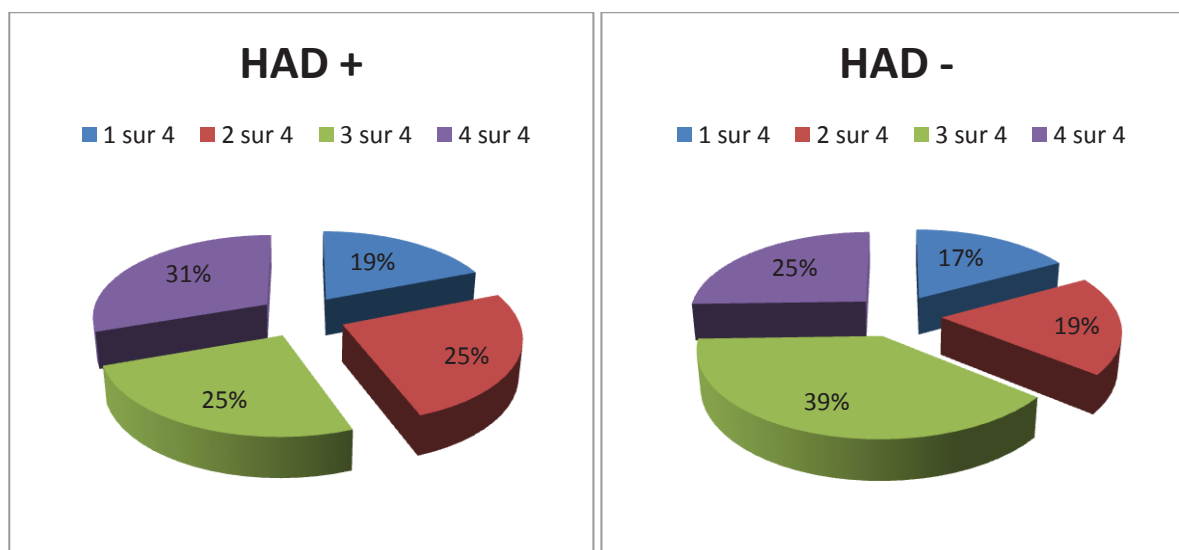


Acquisition de thérapeutiques ou de techniques de soins hospitalières	HAD +	HAD -
Un sur quatre	14 (17%)	20 (19%)
Deux sur quatre	27 (34%)	32 (30%)
Trois sur quatre	26 (33%)	30 (28%)
Quatre sur quatre	13 (16%)	24 (23%)

**p value = 0.7**

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne l'intérêt de maîtriser des thérapeutiques et des techniques de soins hospitalières. Il ne s'agit d'ailleurs pas d'une attente au premier plan pour les médecins généralistes.

#### 4.3.4.5. Rupture de l'isolement du médecin généraliste

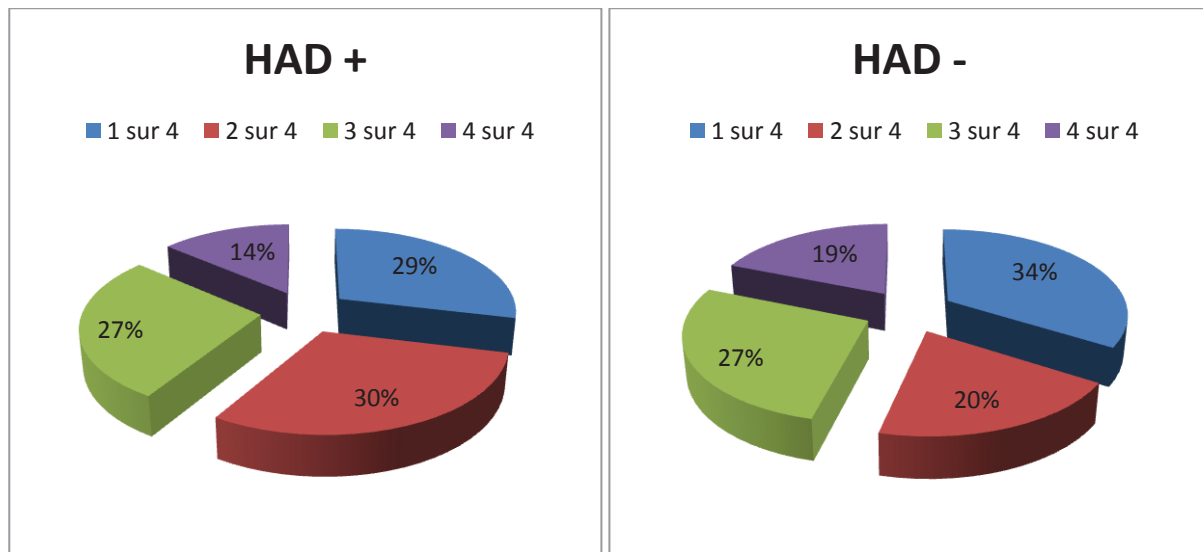


Rupture de l'isolement du médecin généraliste	HAD +	HAD -
Un sur quatre	15 (19%)	18 (17%)
Deux sur quatre	20 (25%)	20 (19%)
Trois sur quatre	20 (25%)	41 (39%)
Quatre sur quatre	24 (31%)	27 (25%)
Non répondu	1	0

**p value = 0.3**

64% des médecins du groupe HAD – comptent sur l'HAD pour rompre leur isolement contre 56% des médecins du groupes HAD +. Cependant, la p value nous renseigne qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. D'ailleurs, on remarque que l'avis des médecins est très partagé quant à cette attente de rompre avec l'isolement.

#### 4.3.4.6. Amélioration de la relation médecin-patient-famille

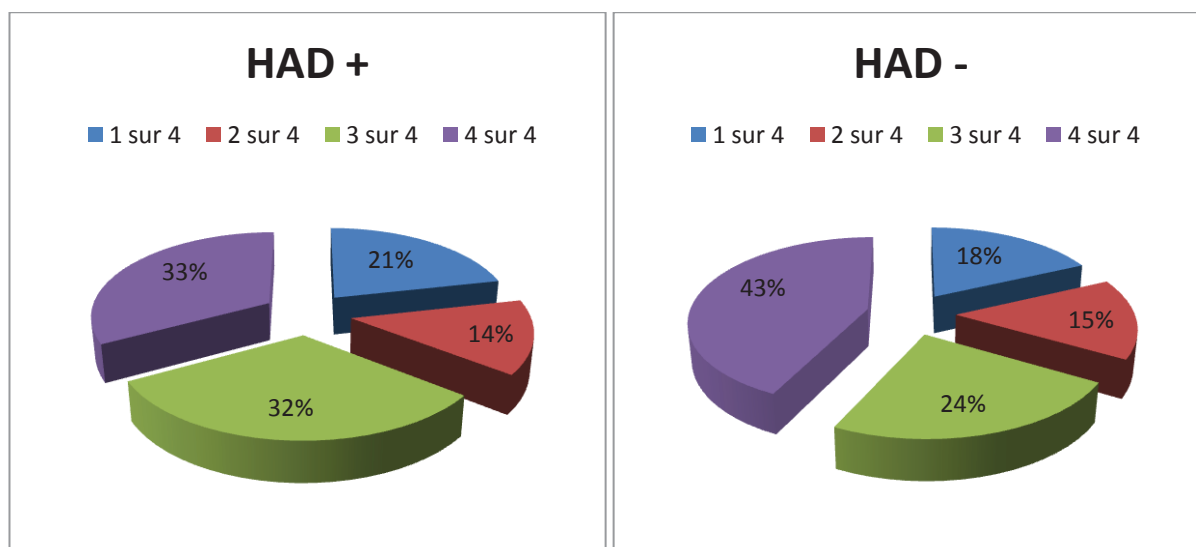


Amélioration de la relation médecin-patient-famille	HAD +	HAD -
Un sur quatre	23 (29%)	36 (34%)
Deux sur quatre	24 (30%)	21 (20%)
Trois sur quatre	22 (27%)	29 (27%)
Quatre sur quatre	11 (14%)	20 (19%)

**p value = 0.4**

En ce qui concerne l'amélioration de la relation médecin-patient-famille, là aussi, l'avis des médecins est très partagé puisqu'on retrouve une proportion relativement homogène au sein de chaque réponse et il n'y a également pas de différence significative entre les deux groupes.

#### 4.3.4.7. Avis spécialisé facilité

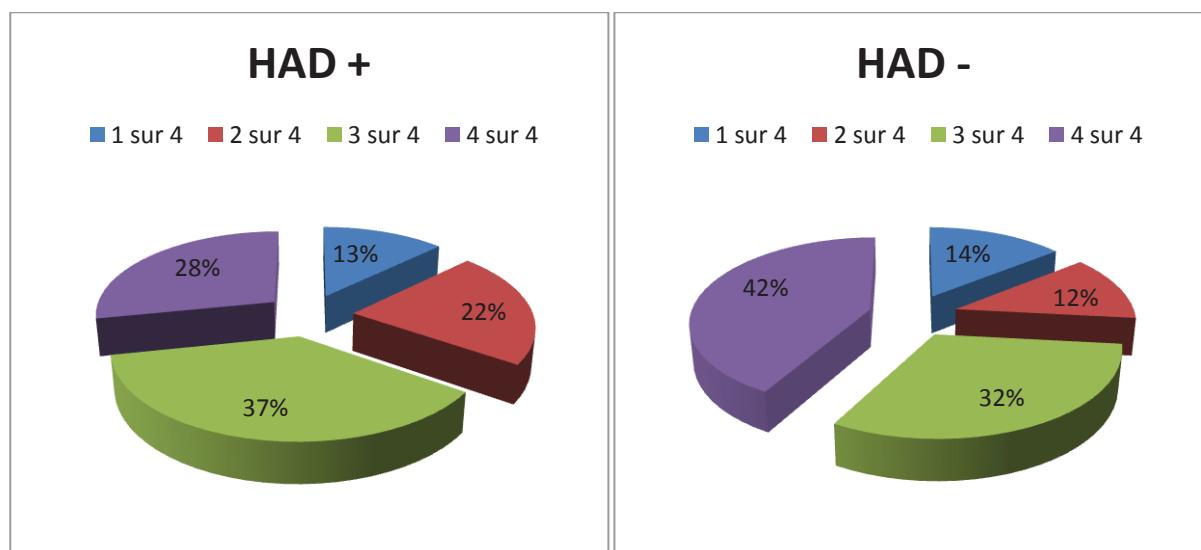


Avis spécialisé facilité	HAD +	HAD -
Un sur quatre	17 (21%)	19 (18%)
Deux sur quatre	11 (14%)	16 (15%)
Trois sur quatre	25 (32%)	25 (24%)
Quatre sur quatre	26 (33%)	45 (43%)
Non répondus	1	1

**p value = 0.5**

43% des médecins du groupe HAD – attendent très fortement de l’HAD de faciliter les avis spécialisés contre 33% du groupe HAD +. L’attente des médecins vis-à-vis de l’HAD afin de faciliter l’obtention d’avis spécialisé est importante dans les deux groupes et la différence entre ces deux groupes n’est pas significative.

#### 4.3.4.8. Faciliter les démarches sociales

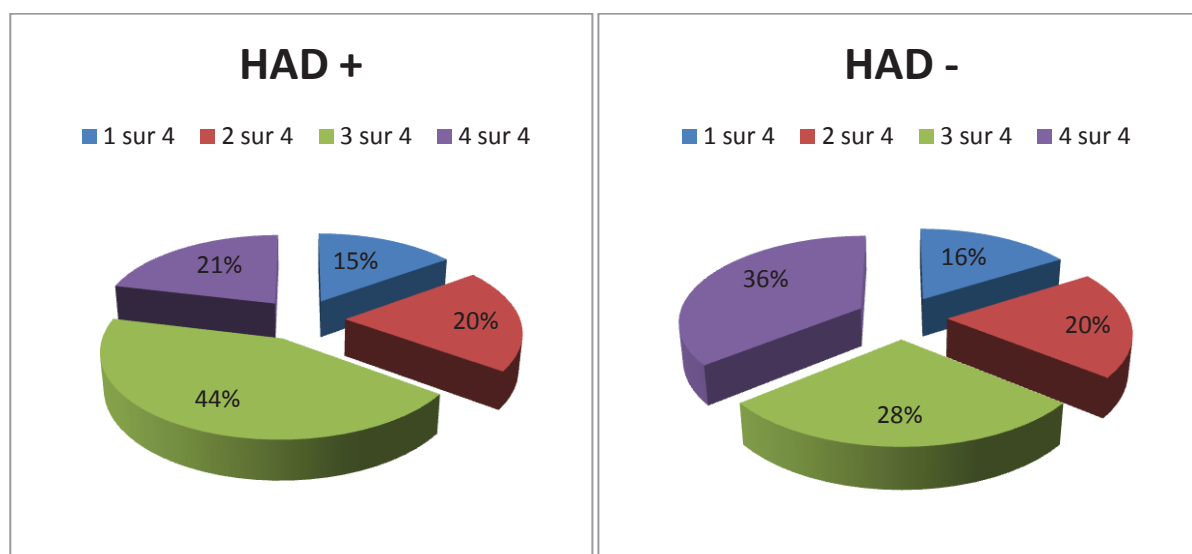


Faciliter les démarches sociales	HAD +	HAD -
Un sur quatre	10 (13%)	15 (14%)
Deux sur quatre	17 (22%)	13 (12%)
Trois sur quatre	29 (37%)	33 (32%)
Quatre sur quatre	22 (28%)	44 (42%)
Non répondus	2	1

**p value = 0.2**

74% des médecins du groupe HAD – attendent globalement fortement de l’HAD de faciliter les démarches sociales, contre 65% de ceux de l’autre groupe. Il n’y a cependant pas de différence significative entre ces deux groupes.

#### 4.3.4.9. Faciliter la prise en charge psychologique lors de pathologies complexes



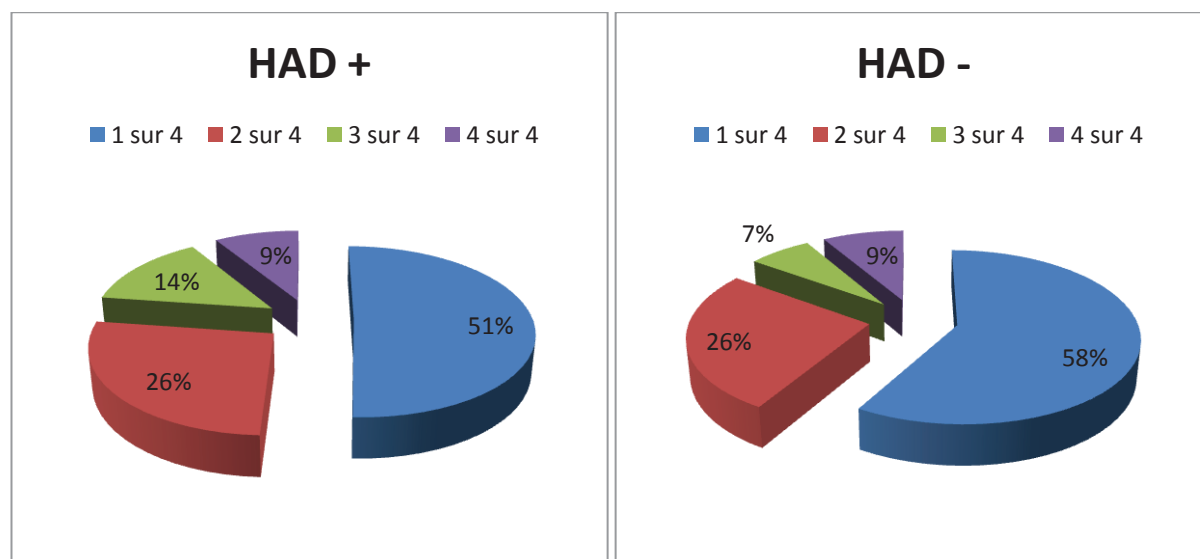
Faciliter la prise en charge psychologique	HAD +	HAD -
Un sur quatre	12 (15%)	17 (16%)
Deux sur quatre	16 (20%)	21 (20%)
Trois sur quatre	35 (44%)	30 (28%)
Quatre sur quatre	17 (21%)	38 (36%)

**p value = 0.09**

36% des médecins du groupe HAD – attendent très fortement de l’HAD de faciliter la prise en charge psychologique, contre 21% de ceux de l’autre groupe. Cependant, l’attente reste importante pour les deux groupes et les proportions sont relativement homogènes. Il n’y a d’ailleurs pas de différence significative entre les deux groupes.



#### 4.3.4.10. Diversification de l'activité du médecin généraliste



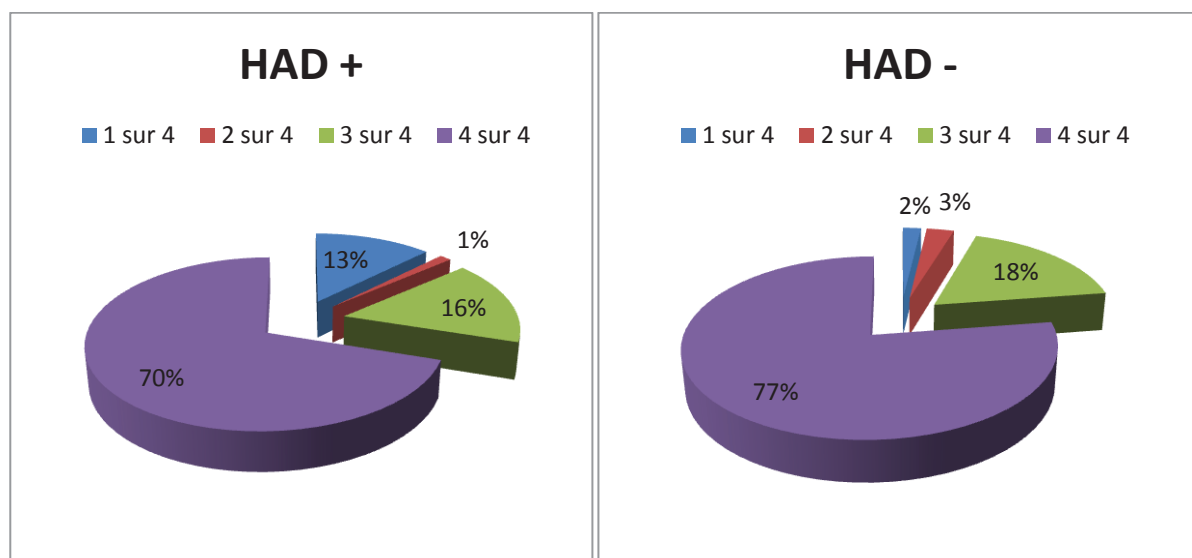
Diversification de l'activité du médecin généraliste	HAD +	HAD -
Un sur quatre	40 (51%)	62 (58%)
Deux sur quatre	21 (26%)	28 (26%)
Trois sur quatre	11 (14%)	7 (7%)
Quatre sur quatre	7 (9%)	9 (9%)
Non répondu	1	0

**p value = 0.4**

23% des médecins du groupes HAD + attendent globalement fortement une diversification de leur activité lors d'une prise en charge d'un patient en HAD, contre 16% de ceux de l'autre groupe. Pour chacun des deux groupes, il ne s'agit pas d'une attente de premier ordre et le fait de diversifier son activité ne constitue pas un facteur influençant la prise en charge en HAD.

### 4.3.5. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD concernant leurs patients

#### 4.3.5.1. Respect du désir d'être soigné au domicile

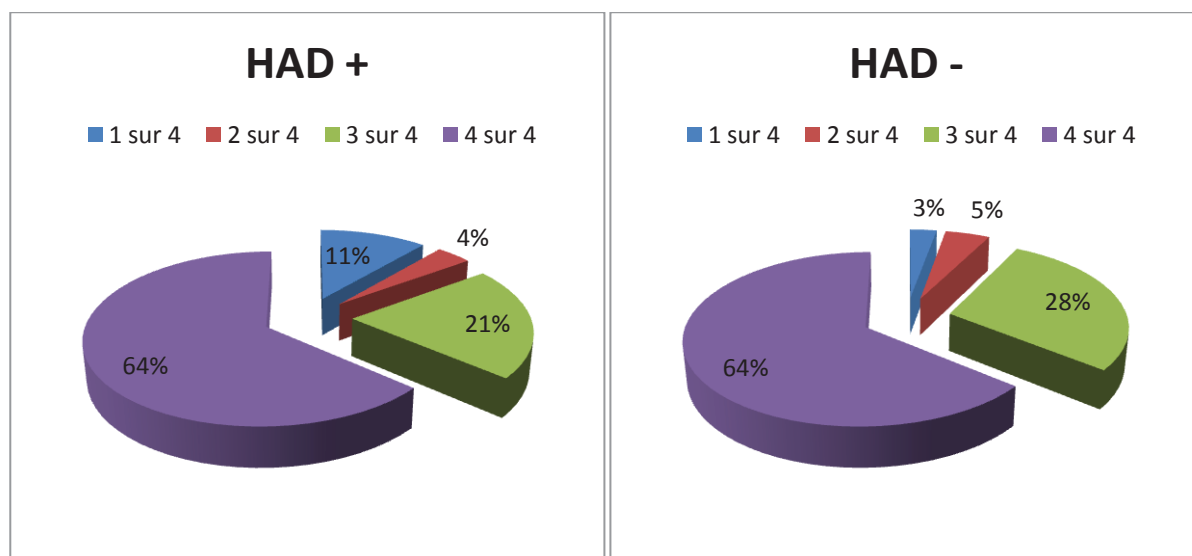


Respect du désir d'être soigné au domicile	HAD +	HAD -
Un sur quatre	10 (13%)	2 (2%)
Deux sur quatre	1 (1%)	3 (3%)
Trois sur quatre	13 (16%)	19 (18%)
Quatre sur quatre	56 (70%)	82 (77%)

**p value = 0.03**

95% des médecins du groupe HAD – considère le respect d'être soigné au domicile comme une attente globalement forte, contre 86% de ceux de l'autre groupe. Ainsi, les médecins du groupe HAD- attendent plus de l'HAD de permettre au patient de respecter son désir d'être soigné au domicile, de manière significative, que les médecins de l'autre groupe.

### 4.3.5.2. Amélioration de la fin de vie des patients

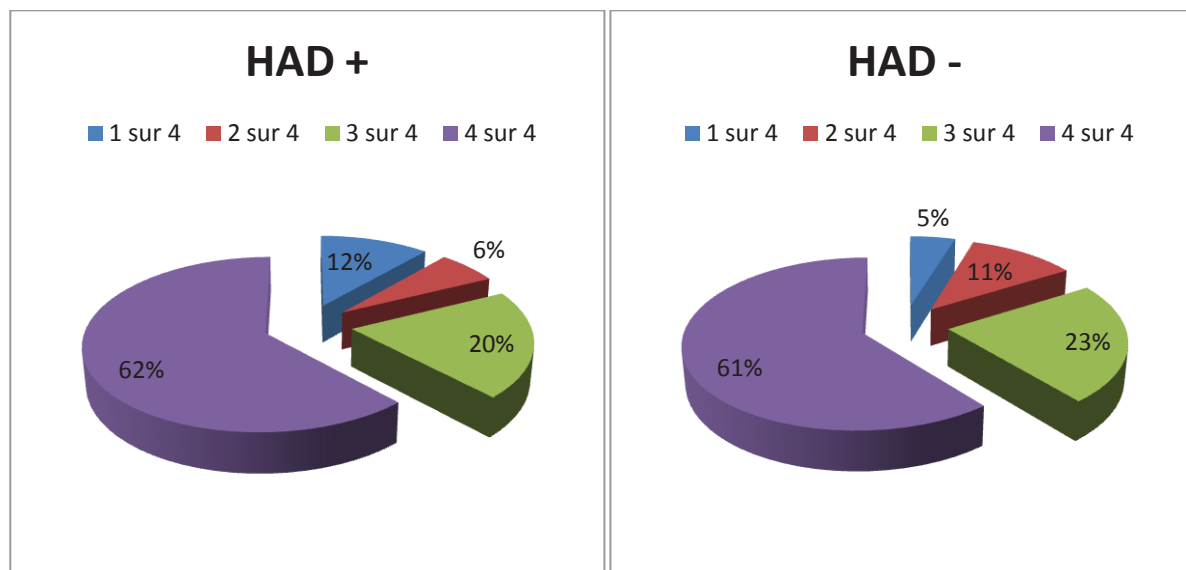


Amélioration de la fin de vie des patients	HAD +	HAD -
Un sur quatre	9 (11%)	3 (3%)
Deux sur quatre	3 (4%)	5 (5%)
Trois sur quatre	17 (21%)	30 (28%)
Quatre sur quatre	51 (64%)	68 (64%)

**p value = 0.11**

85% des médecins du groupes HAD + considère l'amélioration de la fin de vie des patients comme une attente globalement forte, contre 92% de ceux du groupes HAD -. La p value montre que la différence entre les deux groupes n'est pas significative et que les deux groupes ont une attente très forte vis-à-vis de l'HAD pour améliorer la fin de vie des patients.

### 4.3.5.3. Permanences des soins assurées 24H/ 24

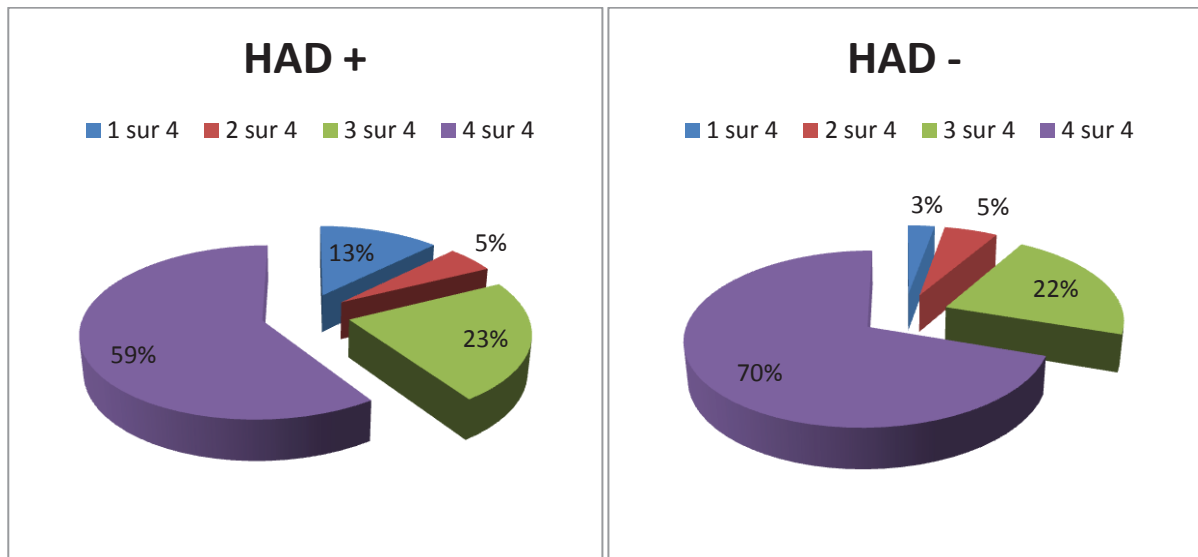


Permanence des soins	HAD +	HAD -
Un sur quatre	9 (12%)	5 (5%)
Deux sur quatre	5 (6%)	12 (11%)
Trois sur quatre	16 (20%)	24 (23%)
Quatre sur quatre	49 (62%)	64 (61%)
Non répondus	1	1

**p value = 0.3**

Les proportions des deux groupes sont comparables. L'analyse de la p value nous montre d'ailleurs qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes. Il s'agit, là aussi, d'une attente très forte de l'ensemble des médecins.

#### 4.3.5.4. Engagement du service hospitalier à reprendre le patient en cas d'aggravation

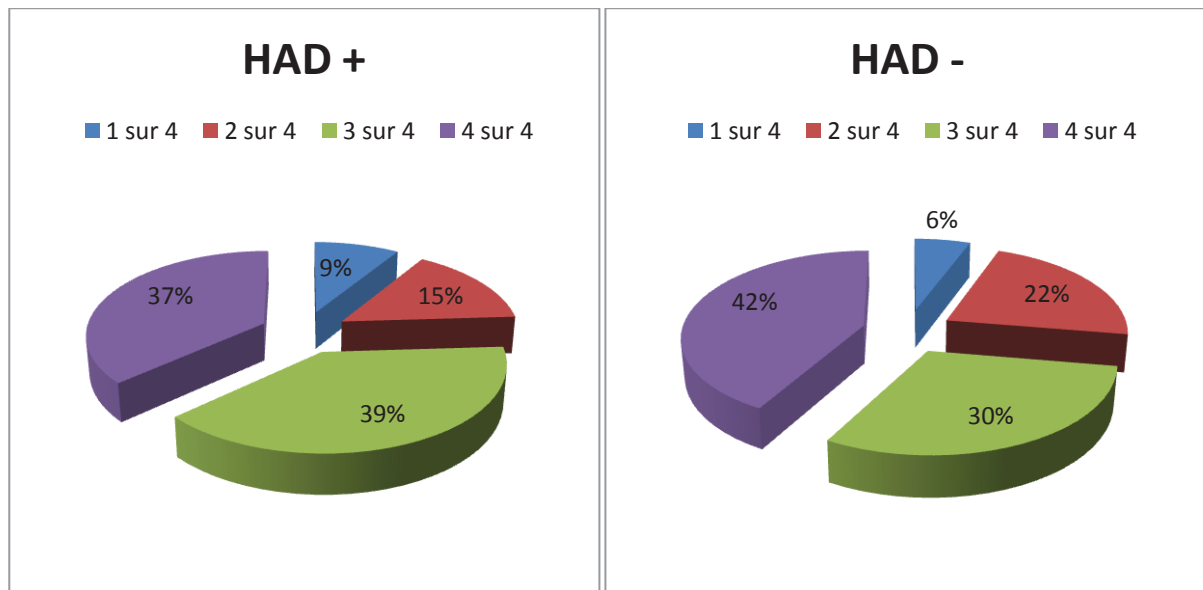


Engagement du service hospitalier	HAD +	HAD -
Un sur quatre	10 (13%)	3 (3%)
Deux sur quatre	4 (5%)	6 (5%)
Trois sur quatre	18 (23%)	23 (22%)
Quatre sur quatre	47 (59%)	74 (70%)
Non répondu	1	0

**p value = 0.07**

L'engagement du service hospitalier à reprendre le patient en cas d'aggravation est une attente globalement forte pour 92% des médecins du groupe HAD +, contre 82% des médecins du groupe HAD -. Cette différence n'est cependant pas significative.

#### 4.3.5.5. Accompagnement de la famille

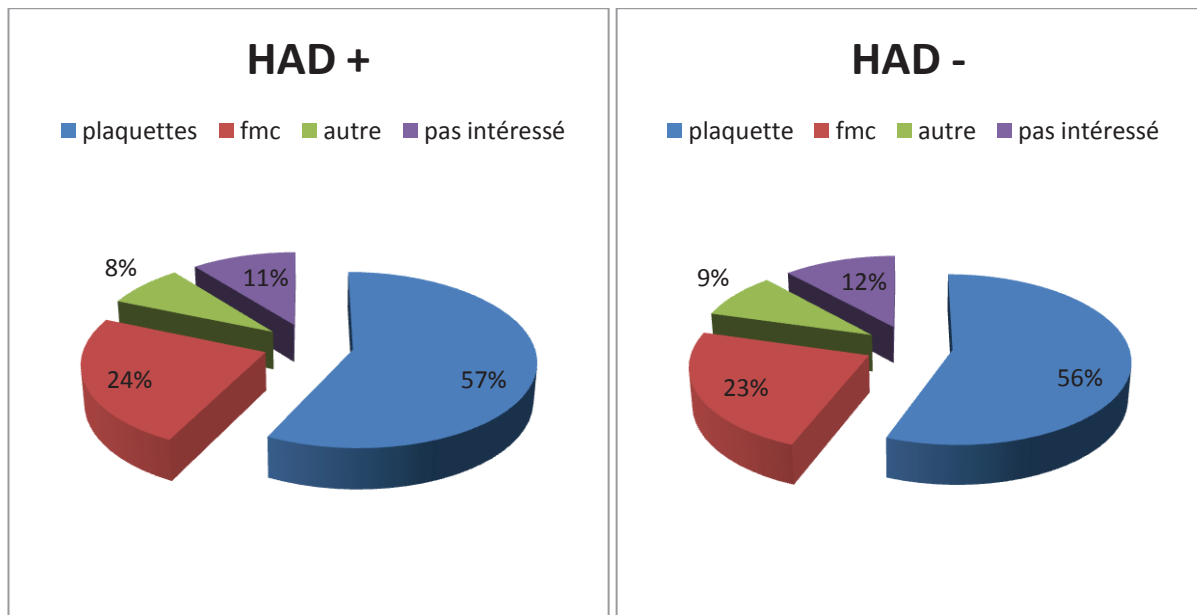


Accompagnement de la famille	HAD +	HAD -
Un sur quatre	7 (9%)	6 (6%)
Deux sur quatre	12 (15%)	23 (22%)
Trois sur quatre	31 (39%)	32 (30%)
Quatre sur quatre	29 (37%)	44 (42%)
Non répondus	1	1

**p value = 0.4**

Les deux groupes de médecins attendent globalement de l'HAD de les aider dans l'accompagnement de la famille. Il n'y a d'ailleurs pas de différence significative entre les deux groupes.

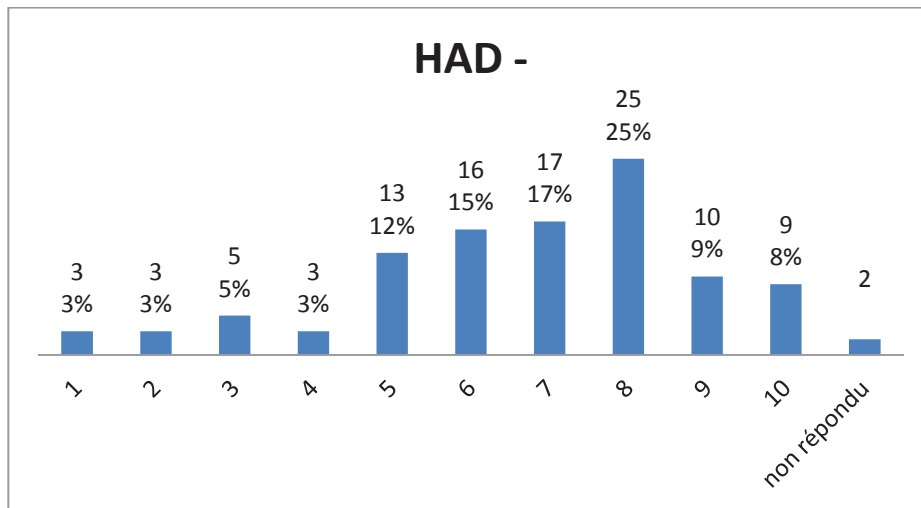
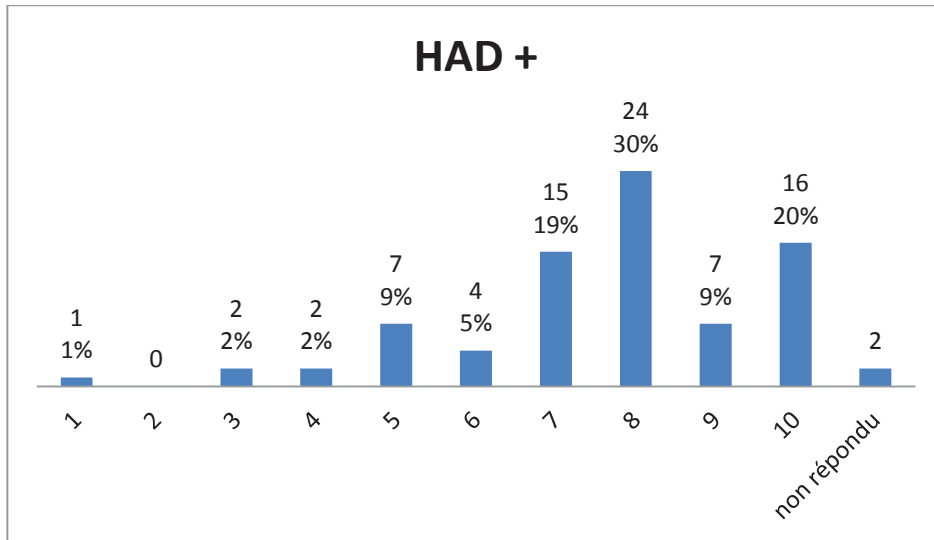
#### 4.3.6. Souhaits concernant une éventuelle information sur l'HAD



Souhaits concernant une information sur l'HAD	HAD +	HAD -
<b>Plaquette</b>	43 (57%)	57 (56%)
<b>FMC</b>	18 (24%)	24 (23%)
<b>Autre</b>	6 (8%)	9 (9%)
<b>Non intéressé</b>	8 (11%)	12 (12%)
<b>Non répondus</b>	5	4

Les résultats des deux groupes sont comparables, la majorité des médecins souhaitant recevoir une information plus détaillée sur l'HAD par le biais d'une plaquette explicative.

### 4.3.7. Intérêt global de l'HAD pour la médecine générale



Intérêt global de l'HAD	HAD +	HAD -
Moyenne	7.6	6.7
Médiane	8	7

**p value = 0.2** en comparant les deux groupes en fonction de la proportion de réponses dans chaque groupe  $\geq 7$ .



Les deux groupes de médecins jugent l'apport de l'HAD important pour la médecine générale. Ainsi comme le montre la p value, l'intérêt de l'HAD pour la médecine générale n'est pas corrélé au fait d'avoir une expérience conséquente de l'HAD.

#### **4.4. Les commentaires**

43 médecins ont joint un commentaire aux questionnaires. L'ensemble de ces questionnaires est joint en annexe. Nous les avons regroupés par thème de la façon suivante :

- Le manque de communication entre les différents acteurs : 16 commentaires dont 7 du groupe HAD+
- La satisfaction et l'intérêt de l'HAD pour les médecins généralistes : 11 commentaires dont 6 du groupe HAD +
- L'aspect chronophage d'une prise en charge en HAD : 6 commentaires dont 5 issus du groupe HAD-
- La difficulté d'admission directe d'un patient en HAD : 5 commentaires tous provenant du groupe HAD-
- Le mode de rémunération : il est stigmatisé dans 4 commentaires dont 3 issus du groupe HAD-
- L'existence d'autres systèmes de soins à domicile : 3 commentaires concernant des médecins exerçant en milieu rural et appartenant au groupe HAD-
- Le manque de connaissance de la structure : 3 commentaires dont un issu du groupe HAD+
- La difficulté du médecin généraliste à trouver sa place au cours d'une prise en charge en HAD : 1 commentaire provenant du groupe HAD+
- Le manque de prise en charge psycho-sociale du patient lors d'une prise en charge de l'HAD : 1 commentaire du groupe HAD-

- Le manque d'implication des médecins spécialistes libéraux : 1 commentaire du groupe HAD-
- Le caractère trop spécifique d'une prise en charge en HAD notamment concernant les traitements (utilisation, effets secondaires...) : 1 commentaire du groupe HAD-

## **5. Discussion**

### **5.1. Méthodologie**

#### **5.1.1. Aspects positifs**

L'enquête par questionnaire est un outil d'observation qui permet de quantifier et comparer l'information.

Nous avons privilégié les réponses fermées, lesquelles imposent au répondant une forme précise de réponse et un nombre limité de choix de réponses. Le but étant de connaître la position du répondant concernant une gamme de jugements. De plus, ces questions facilitent l'analyse statistique.

L'étude effectuée dans ce travail bénéficie d'un taux de réponse relativement important avec 65,4% de renvoi de questionnaire. L'envoi de questionnaire génère souvent un taux de réponse avoisinant 30%.

En plus d'avoir facilité les réponses en proposant différents supports (mail, courrier avec enveloppe pré-timbrée) et d'avoir réalisé un renvoi en cas de non réponse, les médecins se sont probablement sentis concernés par le sujet.

En raison du nombre élevé de réponses, les résultats sont représentatifs de la population cible. Nous avons reçu 186 questionnaires sur 284 envoyés.

Enfin, l'ensemble des questions est analysable, nous avons effectivement eu seulement 1,7% de questions non répondues.

#### **5.1.2. Aspects négatifs**

Choisir un questionnaire comme support d'étude expose au risque d'effet de mobilisation. En effet, on peut supposer que la plupart des médecins ayant répondu sont ceux intéressés par le sujet. Néanmoins, notre taux de réponse relativement élevé permet d'éviter ce biais.

Nous avons envoyé ce questionnaire soit via une adresse mail, soit via une adresse postale, après avoir pris soin de contacter par téléphone chaque médecin. Il existe alors probablement un biais lié à la non-confidentialité. Pour autant, l'analyse en soi de chaque questionnaire s'est faite de façon anonyme.

Par définition, le nombre de questions posées est limité, nous n'avons donc pas pu être exhaustifs quant aux thèmes abordés. C'est pour cela que nous avons laissé la possibilité aux médecins de nous faire parvenir leurs commentaires.

Nous nous sommes attachés à déterminer les attentes des médecins généralistes concernant l'HAD. Ces derniers ont donc dû évaluer chaque item entre 1 et 4. Il s'agit de notions subjectives qu'ils ont dû traduire de façon numérique. A cela s'ajoute la difficulté que l'on a eu à interpréter leurs réponses.

Enfin, le nombre de questions posées, ainsi que notre inexpérience en la matière, a fait que nous n'avons pas pu proposer une analyse statistique multivariée.

## **5.2. Caractéristiques de la population étudiée**

### **5.2.1. Proportions hommes/femmes**

Le sexe ratio dans la population de médecins exerçant sur les secteurs de l'HAD du CHU de Grenoble est de 32 femmes pour 100 médecins généralistes. Les 284 questionnaires envoyés respectaient cette proportion et 29% des médecins ayant répondu sont des femmes. Ainsi, les réponses sont représentatives de la population de médecins.

Au niveau national, nous retrouvons des chiffres comparables avec 33% de femmes pour la médecine générale libérale. (29)

Au sein du groupe HAD+, la proportion d'hommes est nettement plus importante puisqu'ils représentent 81% des médecins. D'ailleurs, la p value de 0.009 nous montre que les médecins hommes travaillent plus facilement avec l'HAD. Ceci peut être expliqué par le mode d'exercice des femmes qui ont un volume d'activité sensiblement inférieur que celui des hommes de l'ordre de 30%. (30)

Elles sont ainsi logiquement moins sollicitées pour la prise en charge de patients en HAD.

### 5.2.2. Année d'installation

Dans le groupe HAD +, la médiane de l'année d'installation est le milieu de l'année 1984 contre l'année 1989 dans le groupe HAD-. La p value (0.009) nous indique d'ailleurs que les médecins installés depuis plus de 25 ans travaillent plus facilement avec l'HAD. Ceci peut être expliqué d'une part en raison de l'expérience des médecins plus âgés dans la prise en charge des pathologies lourdes et d'autre part par le recours peut-être plus fréquent des jeunes médecins aux urgences et services hospitaliers. On peut également l'expliquer toujours par la répartition homme-femme du fait de la féminisation de la profession (29).

Tranche d'âge	<30 ans	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans
Pourcentages de femme	65.4	60.5	55	48	40.1	29.6	21.7

### 5.2.3. Secteur d'activité

Une très large majorité des médecins exerce en milieu urbain. La p value (0.003) montre d'ailleurs que les médecins de zones urbaines ont tendance à avoir plus facilement des patients pris en charge en HAD. Ceci s'explique par le fait que l'HAD du CHU de Grenoble intervient seulement depuis 2009 sur les secteurs II et III. De plus, la zone urbaine (secteur I) compte plus de deux fois plus d'habitants que les secteurs II et III réunis (397 306 vs 189 306). Ainsi, il y a plus de chance qu'un patient éligible à l'HAD soit issu d'une zone urbaine. De plus comme le rappelle l'étude de la DREES sur les structures d'HAD en 2006 (6), « l'HAD est un mode d'hospitalisation de proximité où l'offre de soins détermine la zone d'intervention de la demande. Cette alternative à l'hospitalisation conventionnelle ne peut

donc pas, en l'état actuel du maillage du territoire, être proposée à tous les patients qui pourraient et voudraient en bénéficier. »

#### 5.2.4. Mode d'exercice

La proportion de médecins évoluant seul ou en groupe est quasiment équivalente. On remarque que le groupe HAD + comporte plus de médecins exerçant seuls (55%) sans que la différence entre les deux groupes ne soit significative (p value = 0.4). Cette différence peut s'expliquer par le fait que les médecins plus âgés qui nous l'avons vu ont plus de patients en HAD, sont plus nombreux à exercer de façon individuelle (29).

Tranche d'âge	De 30 à 34 ans	De 35 à 39 ans	De 40 à 44 ans	De 45 à 49 ans	De 50 à 54 ans	De 55 à 59 ans
Cabinet individuel	33.7	27.9	26.2	31.4	37.9	42.3
Cabinet de groupe	24.3	30.3	31.4	29	29.4	28.1

#### 5.2.5. Nombre de visites quotidiennes

L'hospitalisation étant par définition au domicile, le médecin examine donc son patient et rédige ses prescriptions au domicile du malade. Il est donc logique de retrouver les médecins effectuant le plus de visites à domicile parmi les médecins les plus utilisateurs de l'HAD.

Une p value <0.0001 nous montre d'ailleurs que les médecins effectuant plus de deux visites quotidiennes en moyenne travaillent de manière significative plus facilement avec l'HAD.

### **5.2.6. Le profil du médecin type ayant une expérience de l'HAD**

Ce médecin est donc un médecin homme exerçant en zone urbaine, effectuant plus de deux visites à domicile quotidiennes et installé depuis plus de 25 ans.

Nous retrouvons ce profil dans plusieurs travaux :

- Le Dr Delphine Sauvage (31) a présenté en 2010 une thèse sur « l'hospitalisation à domicile et médecins généralistes » avec une étude portant sur 162 médecins. On retrouve une proportion de 81% de médecins dans un groupe HAD + avec 72% d'hommes, la médiane de l'année d'installation est 1990 et ils exercent à 70% en zone urbaine.
- Le Dr Brahim Hammouche (32) a présenté une thèse sur « médecins généralistes et hospitalisation à domicile » en 2003 avec une étude portant sur 71 médecins. Le groupe participant à l'HAD comptait 26 médecins dont 88% d'hommes (vs70% pour son groupe de non participant), installés depuis plus de 20 ans pour 54% d'entre eux et exerçant à 70% en zone urbaine.

## **5.3. Expérience de l'HAD**

### **5.3.1. Proposition de l'HAD de prendre en charge un patient et nombre de patient par an en moyenne**

Une grande majorité de médecins a déjà suivi un patient en HAD (86%). Nous retrouvons un taux similaire (91%) dans le travail de mémoire portant sur 85 médecins pour le D.U. de coordination et hospitalisation à domicile du Dr Rivière Nicolas (33). Dans son travail de thèse, le Dr Sauvage Delphine a réalisé une étude auprès de 162 médecins. Là aussi, 81% ont eu au moins un patient en HAD (31).

Parmi les médecins qui ont déjà eu une expérience avec l'HAD, la moitié suit au moins un patient par an. Dans l'étude du Dr Sauvage, au cours de l'année 2009, les généralistes ont suivi en moyenne 1,7 patients en HAD.

Ainsi l'HAD semble être une structure fortement présente sur le terrain, et dont le fonctionnement devrait être connu de la plupart des médecins.

### **5.3.2. Connaissance du médecin généraliste sur l'HAD du CHU de Grenoble (secteur géographique et possibilité d'admission directe)**

Au sein de l'échantillon général, une grande majorité (90%) des médecins connaissent la zone d'intervention de l'HAD.

Les médecins du groupe HAD + semblent mieux connaître la zone d'intervention que ceux du groupe HAD-. Cela s'explique par la définition même des deux groupes : le groupe HAD- étant composé de médecins n'ayant pas ou très peu d'expérience de l'HAD. De plus, quatre médecins sur cinq exerçant en zone rurale et semi-rurale, accessible à l'HAD seulement depuis 2009, sont dans le groupe HAD-.

En ce qui concerne la prescription d'HAD par le médecin généraliste, 51% des médecins interrogés ne connaissent pas cette possibilité. Nous nous attendions à retrouver une grande disparité entre les deux groupes comparés. Bien évidemment, il existe une différence entre les deux groupes avec plus de médecins du groupe HAD + qui connaissent cette alternative mais cette différence n'est pas statistiquement significative ( $p$  value = 0.2).

Alors que la prescription d'une HAD directement par le médecin traitant est possible depuis 1992 (2), on peut s'étonner que, parmi les médecins du groupe HAD +, 19% pensent qu'il est impossible de faire admettre directement un patient en HAD, et 24% ne le savent pas.

Par comparaison, dans l'étude du Dr Hammouche (32) datant de 2003 sur l'HAD de Metz, 80% des médecins de son groupe HAD- (45 médecins) savent qu'ils peuvent prescrire une HAD. L'étude du Dr Sauvage (31), datant de 2010 également sur l'HAD de Metz, retrouve 90% de médecins connaissant cette possibilité sans distinction d'expérience en HAD.

Cependant, L'HAD de l'agglomération messine (HADAM) est une structure associative privée (PSPH) qui ne dépend donc pas de l'hôpital public et privilégie la collaboration avec les médecins libéraux.



D'autre part la possibilité de prescription d'une HAD par les médecins généralistes existait à l'ouverture de l'HADAM en 1999. Ainsi, les médecins généralistes ont probablement obtenu une information adaptée.

Ainsi, malgré l'expérience du suivi de patients en HAD, les médecins généralistes du secteur de l'HAD de Grenoble ne semblent pas suffisamment connaître les modalités d'inclusion des patients en HAD. L'optimisation de la collaboration et de la connaissance de la structure d'HAD nécessite d'améliorer l'information faite aux médecins ainsi que la communication entre les différents acteurs.

## **5.4. Les freins à l'utilisation de l'HAD**

Par souci de clarté, nous avons décidé de présenter les freins par ordre décroissant d'importance.

### **5.4.1. Le rôle du médecin traitant mal défini au cours d'une prise en charge en HAD**

Bien que la circulaire n°DHOS/O3/2006/506 du 1<sup>er</sup> décembre 2006 (1) précise le rôle du médecin traitant lors d'une prise en charge d'un patient en HAD (responsabilité, prescription, participation au protocole de soin, décision d'entrée et de sortie...), plus d'un tiers des médecins (34%) estiment avoir du mal à trouver leur place.

Sans qu'il y ait de différence significative ( $p$  value à 0.3), la collaboration avec l'HAD des médecins du groupe HAD + paraît moins affectée par ce frein. Au fil de leur expérience, la plupart des médecins trouvent leur place.

Il persiste tout de même 27% de médecins HAD + qui considèrent ce frein comme étant plutôt important. Un médecin du groupe HAD + nous exprime ainsi son sentiment : « Pour les patients en HAD, j'ai l'impression d'être un pion pas à sa place. »

Ceci pourrait résulter d'un manque de communication entre les acteurs (participation réelle à l'élaboration du protocole de soins, transmission des résultats biologiques...). Il s'agit d'ailleurs d'une remarque fréquemment retrouvée dans les commentaires libres.

Voici par exemple la requête d'un médecin du groupe HAD- : « Prendre le temps au moment de l'inclusion d'expliquer le fonctionnement, les tenants et les aboutissants. »

#### **5.4.2. La peur d'un exercice chronophage**

L'aspect chronophage est un des facteurs qui limiterait le plus le recours à l'HAD par les médecins généralistes. Ils sont environ 1/3 à estimer que l'investissement que représente une prise en charge d'un patient en HAD pourrait les inciter à ne pas accepter une demande en HAD.

On retrouve une proportion équivalente dans les études du Dr Sauvage (32%) et du Dr Hammouche (25% dans le groupe HAD-). Le Dr Villard, dans son mémoire de DU de coordination et hospitalisation à domicile, évoque également la crainte d'un surcroît de travail pour le médecin traitant (34).

Une analyse de l'IRDES sur le travail des médecins généralistes indique que la moyenne d'heures travaillées par semaine est comprise entre 52 et 60 heures pour les médecins généralistes (35).

Ce chiffre est amené à se majorer en raison de l'augmentation de la demande de soins (démographie française en hausse) et du départ de nombreux médecins à la retraite (moins 10% de médecins en 2025) (36).

Par ailleurs, les pathologies fréquemment lourdes et complexes rencontrées en HAD ainsi que la charge administrative effrayent nombre de médecins. (27)

La comparaison des deux groupes montre de façon significative (p value 0,047 en regroupant 1 et 2 d'un côté et 3 et 4 de l'autre) que la crainte d'une activité chronophage constitue un frein plus important pour les médecins du groupe HAD- (35% vs 21%).

Or, le groupe HAD – est composé de médecins n’ayant pas ou peu d’expérience de l’HAD.

Ce qui peut signifier deux choses :

-En plus de souffrir d’une moins bonne connaissance du fonctionnement de l’HAD, une part non négligeable de médecins ont de fausses idées quant à l’investissement réel que demande une prise en charge en HAD.

-Que les premières prises en charge en HAD peuvent être réellement plus compliquées et peuvent demander un temps plus important.

D’où la nécessité d’encadrer au mieux les médecins lors de leur première collaboration avec l’HAD et de les informer.

Cette perception d’une HAD chronophage s’estompant avec l’expérience de plusieurs prises en charge en HAD se confirme également par les commentaires puisque sur les six commentaires regrettant un investissement en temps trop important, cinq sont issus des médecins du groupe HAD-.

### **5.4.3. La préexistence de réseau de maintien à domicile**

La préexistence d’un réseau de soins à domicile freine un médecin sur quatre dans sa collaboration avec l’HAD.

Le médecin traitant travaille fréquemment en étroite collaboration avec les acteurs paramédicaux locaux (IDE, kinésithérapeute, aide à domicile, assistante sociale...), ainsi qu’avec les structures de maintien à domicile (SSIAD, ADMR) de son secteur.

Le résultat obtenu peut ainsi s’expliquer par la réticence au changement d’habitude. Cependant, l’HAD travaillant de plus en plus avec des paramédicaux libéraux, le médecin retrouve souvent ses correspondants habituels.

De plus, on retrouve souvent une confusion entre l’HAD et les services de soins à domicile.

En effet, l'HAD est de nature à délivrer des soins hospitaliers, plus complexes que ceux délivrés par les services de soins à domicile. L'HAD ne se substitue donc pas aux structures de maintien à domicile mais est au contraire complémentaire.

Le Dr Hammouche retrouvait que cette confusion était plus importante dans le groupe HAD-. Nous observons la même tendance (29% vs 19%), sans qu'elle ne soit significative (p value 0.4), probablement par une prise de conscience de la nature hospitalière du service d'HAD par les médecins ayant une bonne expérience de l'HAD.

#### **5.4.4. Sensation que l'hôpital se décharge sur le médecin traitant**

23% des médecins sont plutôt gênés par la sensation que l'hôpital se décharge sur eux.

La crainte de « l'hospitalocentrisme », l'utilisation de thérapeutiques et techniques de soins hospitaliers par des médecins généralistes, réaliser des économies de santé en surchargeant le travail des médecins libéraux avec une rémunération parfois critiquée, relation parfois difficile entre médecins libéraux et hospitaliers sont autant de facteurs qui pourraient expliquer cette crainte chez certains médecins.

Cependant, sans que cela soit de manière significative (p Value à 0.19), cette crainte diminue nettement chez les médecins du groupe HAD+.

#### **5.4.5. Des compétences techniques trop spécifiques pour la médecine générale**

La maîtrise de compétences techniques spécifiques limite le recours à l'HAD pour 21% des médecins.

On aurait pu s'attendre à ce que ce frein soit bien plus important. En effet, de nombreuses études pointent la peur des médecins d'être confronté à leur limite de compétences. On peut citer notamment le mémoire du Dr Villard (34) qui évoque la crainte des généralistes d'une

limite de compétences, ainsi que le travail du Dr Sauvage (31) qui retrouve plus d'un tiers de médecins inquiets de ne pas maîtriser l'ensemble des gestes techniques.

Les médecins du groupe HAD- semblent bien plus concernés par ce frein, la différence entre les deux groupes est d'ailleurs significative avec une p value 0,04 si l'on regroupe les réponses 1 et 2 d'un côté et 3 et 4 de l'autre.

Cette appréhension d'être dépassé par les compétences requises semble s'estomper avec l'expérience. C'est d'ailleurs ce qu'a retrouvé le travail du Dr Cuny (27).

En effet, l'existence du protocole de soins, du dossier patient et surtout la collaboration avec le médecin coordonnateur permettent de rassurer et d'encadrer le médecin.

#### **5.4.6. Manque de connaissance du fonctionnement de l'HAD**

Ce frein est étonnamment un des plus faibles. En effet, comme nous l'avons vu précédemment, une part non négligeable des médecins ne connaissent pas la possibilité d'admission directe, et ont le sentiment que leur rôle est imprécis ou encore font une confusion entre HAD et système de maintien à domicile.

Ainsi, 20% des médecins interrogés estiment être limités par leur manque de connaissance du fonctionnement de l'HAD.

L'étude menée par le Dr Sauvage (31) retrouve une proportion équivalente, avec un médecin sur cinq estimant méconnaître la structure HAD. Cette estimation de la part des généralistes sur leur connaissance de l'HAD semble proche de la réalité puisque dans son étude, le Dr Rivière, en explorant à travers diverses questions les connaissances générales de l'HAD, montre que 80% d'entre eux en connaissent les grands principes.

Les médecins du groupe HAD – sont plus sensibles à ce frein que ceux du groupes HAD+, la différence est d'ailleurs significative avec une p value à 0,003 (chutant à 0,002 si on regroupe les items 1 et 2 d'un côté et 3 et 4 de l'autre).

Par définition, les médecins du groupe HAD+ ont plus d'expérience en matière de suivi de patients en HAD, et donc ont une meilleure connaissance du mode de fonctionnement de la structure. On peut cependant supposer que pour une partie des médecins soit leur méconnaissance de la structure ne constitue pas un frein soit ils n'ont pas conscience de leur méconnaissance.

#### **5.4.7. Perte du rôle décisionnel du médecin généraliste**

Le travail de thèse du Dr Musquar, avait mis en avant la perte du rôle central du médecin traitant chez 30% des médecins interrogés (26).

Elle avait comparé trois groupes en fonction de l'intérêt porté à l'HAD. Cette sensation de perdre leur position centrale avait été bien plus forte dans le groupe portant le moins d'intérêt à la structure HAD.

Dans notre travail, ce frein est un des plus faibles parmi ceux que nous avons choisi de soumettre puisqu'il n'y a que 17% des médecins qui considèrent que la perte du rôle décisionnel est un facteur limitant. Nous retrouvons un chiffre identique (16%) dans l'étude du Dr Rivière (33).

Les proportions sont parfaitement équivalentes dans nos deux groupes, il n'y a donc logiquement pas de différence significative ( $p$  value =1).

Ceci peut être interprété de deux façons :

- Le médecin accepte de perdre son rôle central lors d'une prise en charge en HAD (ce qui n'est pourtant pas le cas si on se réfère à la circulaire du ministère de la santé et des solidarités n°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile (1))
- Le médecin a au contraire bien conscience qu'il occupe une place centrale et garde son rôle de médecin traitant même si nombre d'entre eux estiment que leur action est par ailleurs mal définie.

## 5.5. Les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD en ce qui concerne leur activité.

### 5.5.1. Le travail en équipe pluridisciplinaire et ses corollaires

Les médecins généralistes attendent essentiellement de l'HAD de leur permettre de **travailler en équipe pluridisciplinaire**. Ils sont en effet 76% à considérer ce travail d'équipe important. Pour les médecins du groupe HAD -, cette attente semble légèrement plus importante mais il n'existe pas de différence significative.

La prise en charge pluridisciplinaire permet une approche globale du patient, tant sur les aspects médicaux, paramédicaux, sociaux et psychologiques. Les prises de décisions, de part leurs collégialités, s'en trouvent légitimées.

Le code de déontologie médicale régit les relations entre médecins avec la notion de confraternité (37), et insiste sur les notions de responsabilité partagée ainsi que la nécessité de tenir informé ses confrères sur les dossiers médicaux communs (38).

Ce travail en équipe permet surtout une **collaboration ainsi qu'un partage de connaissances** entre les différents intervenants et notamment entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur. En effet, ceci est important pour trois médecins sur quatre sans retrouver de différence significative entre nos deux groupes. Cette attente trouve toute sa légitimité dans la gestion de pathologies lourdes et complexes où le médecin traitant apporte notamment sa connaissance du patient et de son environnement et le médecin coordonnateur encadre la réalisation du protocole de soins.

Trois aspects du travail en équipe semblent importants mais dans une moindre mesure:

-la **rupture de l'isolement du médecin généraliste** préoccupe 60% des médecins. Les médecins généralistes, et notamment la nouvelle génération, cherchent et trouvent des solutions face à la solitude du médecin généraliste lors de son exercice médical. La collaboration avec l'HAD, comme l'installation en groupes, les maisons médicales ou les groupes de pairs, en font partie. Cette attente semble un peu plus forte dans le groupe HAD-

sans que la différence ne soit significative, probablement liée au fait que ce groupe est constitué de médecins plus jeunes qui travaillent de façon moins individuelle que leurs prédécesseurs et composé également de médecins installés en zone rurale et semi-rurale.

On remarque que cette attente de rupture de l'isolement médical est très partagée par les médecins généralistes.

-le **partage des responsabilités** est une attente importante pour 53% des médecins. La comparaison des deux groupes nous montre que cette attente est plus importante chez les médecins du groupe HAD- (57% vs 48%) sans que cette différence ne soit significative.

Il s'agit d'une réelle question puisque dans l'étude du Dr Hammouche, nous retrouvons 40% des médecins du groupe HAD+ qui s'interrogent sur leurs responsabilités civiles et professionnelles (32). Le Dr Rivière retrouve quant à lui 33% de médecins s'interrogeant sur leurs responsabilités éventuelles.

Le médecin traitant est responsable de ses prescriptions dans le cadre d'une prise en charge en HAD. Mais la responsabilité est partagée avec le médecin coordonnateur qui est le garant de la bonne exécution du protocole de soins. Cela pourrait être rassurant pour les médecins dans le contexte actuel de « peur » de la faute médicale et des poursuites.

-l'**acquisition de thérapeutiques ou de techniques hospitalières** n'est pas une attente prépondérante, puisque cette attente est plutôt forte pour seulement 50% des médecins.

Nous ne retrouvons aucune différence sensible entre les deux groupes. Or nous avons vu précédemment que le groupe HAD – considère plus facilement le fait de ne pas maîtriser certaines compétences techniques comme un frein à l'utilisation de l'HAD. Nous pouvons conclure que malgré cette appréhension, la possibilité de combler leur lacune n'est pas une motivation en soit. En effet, d'une part il s'agit de techniques hospitalières qui ne sont donc pas applicables en médecine de ville courante et d'autre part, cela ne concerne qu'une part très infime de la patientèle du médecin (1,7 patients par an en HAD par médecin (31)). Il est donc légitime que la perspective de maîtriser de nouvelles techniques ne soit pas une motivation de premier ordre.



### 5.5.2. Facilitation de certaines démarches : obtention d'avis

#### **spécialisés, prise en charge sociale, prise en charge psychologique**

-70% des médecins attendent plutôt fortement de l'HAD qu'elle **facilite les démarches sociales**. Selon une étude de l'IRDES, les médecins généralistes passent entre 4,5 et 6,5 heures hebdomadaires à traiter du travail administratif, dont une part importante est constituée par les démarches sociales (35). Cette attente semble plus forte chez les médecins du groupe HAD- sans que cette différence ne soit significative.

- 66% des médecins interrogés attendent plutôt fortement de l'HAD qu'elle **facilite les avis spécialisés**. La difficulté que rencontre parfois le médecin généraliste pour obtenir un avis spécialisé explique probablement le résultat. En effet, la thèse des Drs Potron Angéline et Sebag David (39) met en avant la difficulté pour le médecin généraliste de joindre un médecin hospitalier. La comparaison de nos deux groupes ne met pas en avance de différence significative quant à leur attente de l'HAD de faciliter certains avis spécialisés.

- **faciliter la prise en charge psychologique** est une attente forte pour 64% des médecins.

Bien que l'écoute et la prise en charge de la souffrance morale fassent partie intégrante de la pratique quotidienne du médecin généraliste, celui-ci n'a pas de réelle formation en psychologie. De plus, cet aspect des soins en HAD, de part la fréquence de pathologies lourdes, est généralement complet et complexe et s'intéresse aussi bien au patient qu'à l'entourage. Ainsi, les médecins n'ont ni vraiment les compétences ni le temps nécessaire à un suivi psychologique adapté aux patients en HAD.

Une enquête de satisfaction réalisée auprès des patients et des professionnels de santé sur le réseau Onco 38, présidé par le Pr Michel Bolla, montre que le soutien psychologique est un des points forts identifiés du réseau par les médecins généralistes (40). On peut en conclure que les médecins sont bien évidemment satisfaits de l'apport du réseau Onco 38 dans ce domaine mais également que les généralistes sont demandeurs d'aide en matière de prise en charge psychologique des patients.

### **5.5.3. Amélioration de la relation médecin-patient-famille**

Il ne s'agit pas d'une attente importante puisqu'elle concerne moins de la moitié des médecins (44%).

En effet, la relation entre un médecin généraliste et son patient, basée sur la confiance, s'établit au fil des ans. Elle est au centre de tout acte de soin.

Le médecin est donc au fait du contexte socio-familial et bien souvent, lors de prise en charge de personnes dépendantes, le médecin est en contact direct avec la famille. Ainsi, le médecin ne compte pas forcément sur l'HAD qui reste une intervention ponctuelle pour améliorer sa relation avec son patient et sa famille.

Cependant, il est possible qu'en cas de pathologie grave et lourde, la relation entre le médecin et son patient puisse s'en trouver altérée. L'HAD a alors toute sa place pour maintenir une certaine cohésion.

### **5.5.4. Diversification de l'activité du médecin généraliste.**

Il s'agit de l'attente de loin la plus faible (19%). L'activité du médecin généraliste étant par définition très variée, la possibilité de diversifier son activité par le biais de l'HAD n'est pas en soi une motivation importante pour les médecins généralistes.

## **5.6. Les attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD en ce qui concerne leur patient**

### **5.6.1. Respect du désir d'être soigné à domicile et amélioration de la fin de vie**

Actuellement, il existe une demande sociale croissante de prise en charge à domicile.

Cette demande est très forte en ce qui concerne les soins palliatifs. En effet, une majorité de patients désirent mourir à domicile, alors qu'actuellement moins d'un tiers y décède (11). En HAD, on retrouve une proportion inverse.

Avec le vieillissement de la population et l'augmentation du nombre de pathologies chroniques et de la dépendance, cette tendance est amenée à se développer. De plus, le maintien à domicile permet d'améliorer la fin de vie en s'appuyant sur les bénéfices que les contributions affectives et matérielles de l'entourage et du domicile apportent au patient.

Cela explique que les deux attentes les plus fortes concernant le patient sont :

-le **respect de la volonté d'être soigné à domicile**, qui concerne 91% des médecins.

Les médecins du groupe HAD – sont plus sensibles à cette attente (p value 0,03). Ceci peut s'expliquer par la proportion de médecins exerçant en milieu rural ou semi rural qui est plus importante dans ce groupe. En effet, éviter une hospitalisation conventionnelle loin de son domicile représente un bénéfice pour le patient.

-89% des médecins attendent plutôt fortement de l'HAD qu'elle **améliore la fin de vie** de leurs patients, sans qu'il y ait de différence entre les deux groupes.

### **5.6.2. Engagement du service hospitalier à reprendre le patient en cas d'aggravation**

87% des médecins attendent qu'un patient suivi en HAD puisse être ré-hospitalisé directement en cas de nécessité.

Cette attente est d'ailleurs légitimée par la circulaire n° DHOS/03/2006/506 du 1<sup>er</sup> décembre 2006 (1), qui stipule que les établissements d'hospitalisation complète s'engagent au minimum à réadmettre, sans délai et dans le même service, un patient transféré en HAD.

Au vu de la lourdeur des pathologies rencontrées en HAD, il est rassurant, tant pour le médecin traitant que pour le patient et sa famille, qu'une hospitalisation directe, sans passer par un séjour aux urgences, soit possible en cas d'aggravation de l'état de santé du malade.

### **5.6.3. Permanence des soins**

Selon l'article D.6124-309 du code de santé publique, les établissements d'HAD en tant que structure d'hospitalisation sont tenus d'assurer la permanence et la continuité des soins et fonctionnent 24h sur 24 et 7 jours sur 7. En effet, être soigné à domicile ne doit pas nuire à la qualité et sécurité des soins.

83% des médecins estiment qu'il relève du rôle de l'HAD d'assurer cette continuité des soins, sans que l'on retrouve de différence significative entre les deux groupes.

Par ailleurs, l'HAD du CHU de Grenoble a été innovatrice dans ce domaine. En effet dans un cadre de recherche effectué en 2002, elle a proposé d'installer un système conçu par France Télécom nommé ViSaDom. Il s'agit d'un programme de télé-assistance permettant entre autre

de réaliser une coordination en temps réel entre le patient, le médecin traitant et le médecin coordonnateur. De plus, ce système avait également une action de réassurance de façon significative des patients et notamment en soins palliatifs. Cependant, ce système n'était pas effectif en cas d'appel d'urgence.

#### **5.6.4. Accompagnement de la famille**

Il est souvent difficile pour la famille de soutenir un proche en fin de vie ou présentant une pathologie lourde. L'accompagnement des aidants naturels par les professionnels de santé est primordial afin d'éviter leur épuisement souvent synonyme de ré-hospitalisation du malade dans un service conventionnel.

74% des médecins comptent sur la prise en charge pluridisciplinaire de l'HAD, et notamment de son approche sociale et psychologique, pour accompagner l'entourage du patient.

### **5.7. Items dont l'attente n'est globalement pas satisfaite**

Sur 160 médecins ayant déjà eu recours à l'HAD, 98 ont répondu à cette question (au moins un item).

Tous les items ont été cités au moins 3 fois. Par souci de pertinence, nous avons choisi de porter notre attention sur les items cités par plus d'un médecin sur cinq.

Par ordre de fréquence décroissante :

-« **s'approprier des thérapeutiques ou techniques spécifiques** » est l'item le plus fréquemment cité.

Cela est surprenant sachant qu'il s'agit d'une des attentes les moins fortes...

Par ailleurs, cet item est cité 33 fois, dont 20 fois par les médecins ayant répondu 3(attente forte) ou 4(attente très forte) à cette question. Or cette population correspond à 47,5% des médecins interrogés (quelque soit leur groupe HAD). Donc, lorsque cet aspect de la collaboration avec l'HAD est perçu comme une attente globalement forte, les médecins semblent pas ou peu satisfaits.

-Les médecins généralistes semblent pointer un **problème relationnel et un défaut de communication** entre les différents intervenants lors d'une prise en charge en HAD. En effet, les items suivants : « l'obtention d'un avis spécialisé facilité », « Collaboration et partage des connaissances » et « travail en équipe pluridisciplinaire » sont cités respectivement 29, 26 et 20 fois.

Par ailleurs, le problème de communication est le sujet le plus souvent abordé dans les commentaires libres. (Cf. chapitre résultats 4.4)

-Enfin, les services hospitaliers ne semblent pas jouer pleinement leur rôle puisque « l'engagement du service hospitalier à réadmettre le patient en cas de nécessité » est cité 25 fois. En pratique, les services hospitaliers n'ont souvent pas de places disponibles notamment en raison d'une diminution croissante du nombre de lits. Ainsi, cet engagement est réalisable mais sous réserve de disponibilités de lits.

## **5.8. Propositions pour l'optimisation du recours des médecins généralistes au service d'HAD**

Les médecins estiment l'HAD très utile pour leur pratique et pour leurs patients. En effet, l'évaluation de l'intérêt de la structure et de ses services retrouve une médiane à 7,5 sur 10, sans que l'on retrouve de différence sensible entre les deux groupes.

Ainsi, malgré leur faible expérience et l'existence de certains préjugés, les médecins du groupe HAD- se rendent compte des avantages d'une collaboration avec l'HAD.

L'importance de cet intérêt conforte donc notre volonté d'optimiser et d'accroître l'utilisation des services de la structure d'HAD par le médecin généraliste.

Notre étude a permis de mettre en évidence un défaut de communication entre les différents intervenants ce qui pourrait entraver la collaboration.

Il existe pourtant à ce jour des efforts d'information entre l'HAD et le médecin généraliste :

- Le médecin coordonnateur appelle chaque médecin traitant lors de l'admission d'un patient en HAD afin d'une part d'obtenir son accord mais aussi pour préciser le projet thérapeutique et les modalités de sortie de l'HAD. Cet appel téléphonique permet également au médecin coordonnateur de communiquer sa ligne téléphonique directe et d'échanger les adresses électroniques.
- Il existe une page web consacrée à l'HAD sur le site du CHU de Grenoble. Cependant, son contenu est pauvre.
- Une plaquette a déjà été réalisée mais elle n'a pas été distribuée aux médecins des secteurs II et III. Quant aux médecins du secteur I, elle ne leur a été délivrée que lors d'EPU donc à petite échelle.

De plus, 90% des médecins, les deux groupes confondus, sont demandeurs de renseignements sur la structure d'HAD.

Notre étude nous a également permis d'identifier les points essentiels sur lesquels il faudrait axer cette information :

- Rappeler la possibilité d'une prescription directe d'HAD par le médecin traitant puisque, même au sein du groupe HAD+, encore trop de médecins ignorent cette possibilité. De plus, rappeler les 24 modes de prise en charge pourra permettre de lever la confusion entre HAD et les autres structures de maintien à domicile.
- Repréciser le rôle du médecin généraliste en insistant sur son pouvoir décisionnel.
- Insister sur la notion de travail en équipe pluridisciplinaire afin de limiter les craintes des médecins concernant un exercice perçu parfois comme chronophage et trop spécialisé. En effet, le protocole encadre les prescriptions et leur réalisation, les démarches sociales et le soutien psychologique du malade et de son entourage sont réalisés en équipe et ne sont pas à la seule charge du médecin généraliste.

Parmi le type de support d'information proposé, une majorité (57%) souhaiterait recevoir cette information sous forme de plaquette. Ce support présente l'avantage de pouvoir donner une information de manière synthétique tout en restant claire et précise mais à l'inconvénient de se perdre parmi d'autres documents. Un quart des médecins préférerait recevoir l'information au cours d'une soirée de type FMC ce qui présenterait l'avantage pour les médecins d'identifier l'équipe de l'HAD.

Le résultat de l'analyse comparative des deux groupes ne justifie pas d'informer différemment les médecins en fonction de leur expérience. En effet, les différences significatives portaient sur :

- La méconnaissance de la structure comme frein au recours de l'HAD.
- La crainte d'une activité chronophage.
- La peur de ne pas avoir les compétences techniques.
- L'attente du respect du désir du patient d'être soigné au domicile.



D'autres pistes de réflexion pourraient améliorer cette collaboration :

- La rencontre du médecin traitant et du médecin coordonnateur au domicile du patient lors de la première visite et à la demande du médecin généraliste lorsque cela est possible.
- Une réunion annuelle entre les médecins généralistes et le médecin coordonnateur pourrait être envisagée afin de faire une mise au point. Une réunion semblable a déjà été réalisée entre les médecins prescripteurs des établissements de santé de l'agglomération grenobloise, un membre du conseil de l'ordre et le médecin coordonnateur. Ce « comité des prescripteurs » n'a cependant été réuni qu'une seule fois.
- La création d'un dossier patient informatisé et consultable en ligne aussi bien par l'équipe d'HAD que par le médecin traitant optimiserait cette collaboration et limiterait l'aspect chronophage.
- Développer l'HAD comme terrain de stage aux internes de médecine générale.
- En ce qui concerne l'obtention d'un avis spécialisé et la ré-hospitalisation du patient en cas de nécessité, la nomination d'un médecin référent facilement joignable dans les services ayant le plus souvent recours à l'HAD faciliterait la tâche du médecin généraliste. Il faudrait donc, lors de l'appel pour l'admission d'un patient en HAD au médecin, préciser le service ainsi que les coordonnées du médecin spécialiste référent.
- L'amélioration de la page web sur le site du CHU de Grenoble présentant l'HAD, ses fonctions, son équipe ainsi qu'un annuaire téléphonique permettrait aux médecins libéraux de le consulter librement.
- Enfin, nous pourrions imaginer la création d'un poste dont la mission et la formation serait de communiquer sur l'HAD.

Depuis le milieu de l'année 2011, un poste d'infirmière de coordination a été créé par secteur dans le but d'organiser la collaboration entre les différents acteurs. Il pourrait être intéressant d'évaluer son apport dans les mois à venir.

Enfin, il ne faut pas oublier le versant enseignement de l'HAD :

- Il existe depuis 2003 un diplôme universitaire (DU) devenu diplôme interuniversitaire (DIU)
- Un enseignement sur l'HAD est donné aux étudiants en médecine de l'UJF depuis 2009 dans le cadre du FIHU

## 6. Conclusion

THESE SOUTENUE PAR : Romain CROTET et Baptiste JEHENNE

TITRE : **Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile**

### CONCLUSION

Créée en France en 1957, l'HAD connaît un essor depuis les années 2000. En raison de perspectives économiques et sociodémographiques, sa place dans l'offre de soins ne peut qu'augmenter. A l'interface ville-hôpital, elle prodigue des soins hospitaliers dans un environnement de premiers recours ou de proximité et renforce le lien entre la ville et l'hôpital. Elle favorise les sorties précoces des hôpitaux et cliniques et évite certaines hospitalisations. L'HAD rend ainsi aux établissements de santé leur rôle d'accueil de patients qui ont besoin du plateau technique hospitalier.

L'HAD dépend grandement de sa collaboration avec le médecin généraliste, lequel joue un rôle central lors du suivi du patient au domicile. Pourtant ce mode d'hospitalisation est mal connu et mal utilisé par le médecin généraliste. Alors que la prescription d'une HAD par le médecin traitant est possible depuis 1992, celle-ci ne concerne que 5% des prises en charge à l'HAD du CHU de Grenoble, qui souhaite ainsi augmenter les admissions à partir du domicile.

Notre travail a pour objectif de proposer des pistes et des réflexions afin d'optimiser et d'accroître l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes libéraux.

D'après les résultats du questionnaire adressé aux médecins généralistes, ceux-ci perçoivent l'HAD comme un atout, aussi bien pour leur pratique professionnelle que pour les patients, malgré une certaine méconnaissance du fonctionnement de la structure HAD et une communication à parfaire.

Améliorer l'information sur la nature et le fonctionnement de l'établissement d'HAD, ainsi que le rôle du médecin généraliste au sein de l'HAD nous semble primordial. La plupart des généralistes en sont demandeurs, le support le plus plébiscité étant celui d'une plaquette explicative qui leur serait transmise.

Dans un second temps, une meilleure implication des médecins libéraux serait favorisée par des rencontres au domicile des patients entre médecin traitant et médecin coordonnateur, ce qui permettrait un échange d'informations médicales, de thérapeutiques hospitalières. La communication par téléphone, fax, courriel est déjà fort utilisée à l'HAD. L'acquisition d'un dossier médical informatisé accessible à la fois au siège de l'HAD, au chevet du patient comme au cabinet du médecin généraliste permettrait une coordination en temps réel et contribuerait à un échange d'informations efficace et moins consommateur de temps de part et d'autre.

L'extension encore récente de la zone d'intervention de l'HAD du CHU de Grenoble en dehors de la grande agglomération et la décroissance de la démographie médicale en milieu rural donnent tout leur intérêt à une évaluation dans quelques années de l'apport de l'HAD et de l'implication des médecins généralistes dans ces zones sous médicalisées. Les résultats et attentes seront peut être un peu différents.

Vu et permis d'imprimer

Grenoble, le 7/11/2011

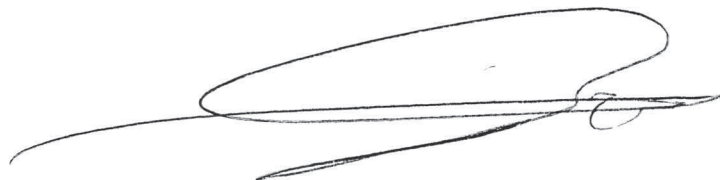
LE DOYEN

PROFESSEUR J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE

PROFESSEUR C. BRAMBILLA



## 7. Bibliographie

1. **Bertrand X.** *circulaire n°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.* 2006.
2. **Beregovoy P, Kouchner B, Mermaz L, Teulade R.** *décret n°92-1100 portant application de l'article L 712-10 du code de la santé publique.* s.l. : journal officiel de la république française, 2 octobre 1992.
3. **Afrite A, Chaleix M, Com-Ruelle L, Valdelièvre H.** L'hospitalisation à domicile, une prise en charge qui s'adresse à tous les patients. *questions d'économie de la santé.* IRDES, Mars 2009, 140.
4. **Leyreloup M.** l'hospitalisation à domicile. *serpsy (Soin Etude et Recherche en PSYchiatry).* [En ligne] 2006. [Citation : 02 août 2011.] [http://www.serpsy.org/psy\\_levons\\_voile/hopital/had.html](http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/hopital/had.html).
5. **Hubert E.** l'hospitalisation à domicile: l'hôpital de demain. *la jaune et la rouge.* [En ligne] mars 2008. [Citation : 02 août 2011.] <http://www.lajauneetlarouge.com/articles/sante--lhospitalisation-a-domicile-lhopital-de-demain-1635/la-medecine-a-quel-prix.html>.
6. **Chaleix M, Valdelièvre H, Afrite A, Com-Ruelle L.** les structures d'hospitalisation à domicile en 2006. *études et résultats.* DREES, juillet 2009, 697.
7. histoire de l'hospitalisation à domicile. *établissements hospitalier de Gorze.* [En ligne] 26 avril 2010. [Citation : 03 août 2011.] [http://www.epsgorze.fr/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=18&Itemid=9](http://www.epsgorze.fr/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=18&Itemid=9).
8. tout savoir sur l'hospitalisation à domicile: l'histoire. *FNEHAD fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile.* [En ligne] 2007. [Citation : 03 août 2011.] <http://www.fnehad.fr/lhad/histoire-had.html>.
9. **Aubry M, Gillot D.** *circulaire du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.* 2000. *circulaire n°DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.*

10. **Mattei J-F.** *circulaire DHOS/O/n°44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.* 2004.
11. **Durand N, Lannelongue C, Legrand P, Marsala V.** *hospitalisation à domicile.* s.l. : inspection générale des affaires sociales RM2010-109p, 2010. tome 1 rapport définitif.
12. **Com-Ruelle L, Afrite A, Or Z et al.** *l'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation.* s.l. : IRDES, février 2007. bibliographie n°119.
13. **Vergnenègre A, Decroisette C, Vincent F, Dalmay F, Melloni B, Bonnaud F, Eichler B.** analyse économique de l'administration d'une chimiothérapie en hospitalisation à domicile comparée à l'hospitalisation de jours dans les cancers bronchopulmonaires non à petites cellules de stade IV. *revue des maladies respiratoires.* 2006, Vol. 23, 255-63.
14. **Couty E.** *complément à la circulaire DH/EO 2 n°2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile.* 2000. bulletin officiel n°2001-1.
15. *bulletin FNEHAD.* s.l. : FNEHAD, 2010.
16. **FNEHAD.** *l'hospitalisation à domicile, Présentation générale.* juillet 2009.
17. **Lelièvre N.** hospitalisation à domicile, mode d'emploi. *Douleurs: Evaluation-Diagnostic-Traitement.* Elsevier Masson, 21 mai 2009, 10, 148-153.
18. **Patte R, Alalof D, Zylberberg L, Havard S.** médecine générale et hospitalisation à domicile. *encyclopédie médico chirurgicale.* elsevier, 1998, 7-0965.
19. être hospitalisé: vos interlocuteur de l'HAD. *Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.* [En ligne] [Citation : 04 août 2011.]  
[http://www.aphp.fr/site/hospitalise/interlocuteurs\\_had.htm](http://www.aphp.fr/site/hospitalise/interlocuteurs_had.htm) .
20. **Patte R.** prescrire une hospitalisation à domicile en élaborant un "projet thérapeutique". *la presse médicale.* 30 juin 2001, Vol. 30, n°22.

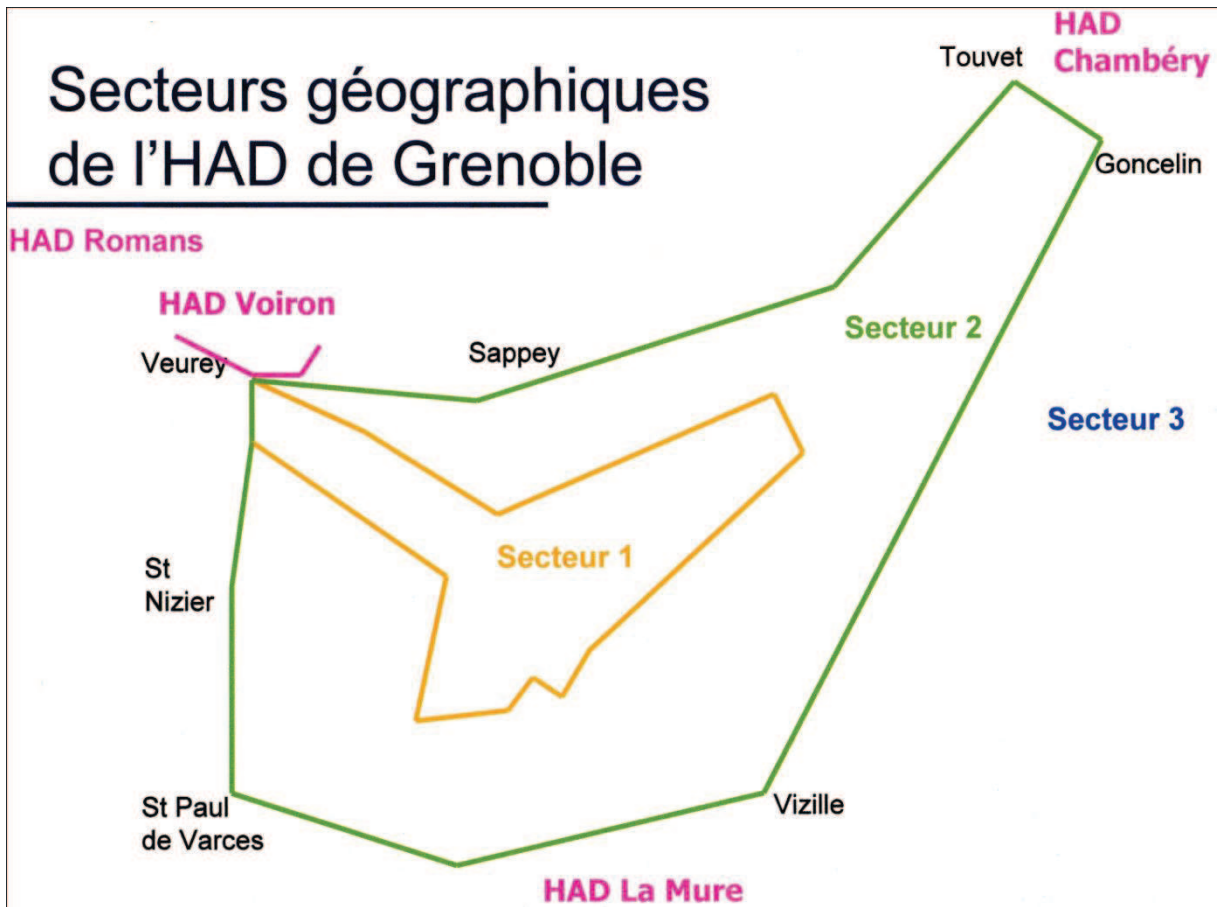
21. **Perrin C.** maintien des patients au domicile: Quels sont les interlocuteurs du médecin. *le concours médical*. 2005, Vol. tome 127-36.
22. **Durand N, Lannelongue C, Legrand P, Marsala V.** *l'hospitalisation à domicile*. s.l. : inspection générale des affaires sociales RM2010-109p, 2010. tome 2 annexes.
23. **Lagabrielle D et al.** un outil francophone d'évaluation des soins palliatifs à domicile: adaptation du Support team Assessment Schedule STAS. *santé publique*. SFSP, 2001, Vol. 13, pp 263-276.
24. **Nicolas L, Franco A, Provost H, Amico L, Berenguer M, Lombard F, Tyrrel J, Couturier P, Bosson J.L, Wernert S, Schnee D, Basset D, Chemarin A, Frossard M.** Téléassistance en hospitalisation à domicile: le programme ViSaDom. *la presse médicale*. Masson, 2005, Vol. 34, 15, pp. 1059-1064.
25. **Dubertrand J.M.** *l'HAD:le point de vue du médecin généraliste, enquête sur le bassin cannois*. nice : thèse, 2009.
26. **Musquar I.** *intérêts et insuffisances de l'HAD selon le ressenti du médecin généraliste. Expérience de l'HAD de Crest*. Grenoble : thèse, 2008.
27. **Cuny F.** *vécu et ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile*. Nancy : thèse, 2010.
28. **Roulant V.** *médecins généralistes, acteurs de l'HAD*. Marseille : thèse.
29. **Sicart D.** *les médecins au 1er janvier 2010*. s.l. : DREES, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, février 2011. n°152.
30. **Attal-Toubert K, Frechou H, Guillaumat-Taillie F.** *le revenu global d'activité des médecins ayant une activité libérale*. s.l. : DREES, 2009.
31. **Sauvage D.** *hospitalisations à domicile et médecins généralistes*. Nancy : thèse, 2010.
32. **Hammouche B.** *médecins généralistes et hospitalisations à domicile*. nancy : thèse, 2003.

33. **Rivière N.** *Médecine générale et hospitalisation à domicile. Connaissances, vécu et représentations du médecin généraliste concernant l'hospitalisation à domicile dans le département du nord.* Lille : s.n., 2009.
34. **Villard A.** *impact sur la pratique professionnelle du médecin généraliste de la prise en charge de ses patients par l'HAD.* grenoble : s.n., 2005-2006.
35. **Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C.** *le temps de travail des médecins généralistes, une synthèse des données disponibles.* s.l. : Question d'économie de la santé IRDES, juillet 2009. n°144.
36. **Direction générale de la santé.** réponses au défi de la démographie médicale. *ministère du travail, de l'emploi et de la santé.* [En ligne] 13 août 2010. [Citation : 06 octobre 2011.] <http://www.sante.gouv.fr/reponses-au-defi-de-la-demographie-medicale.html>.
37. **code de santé publique.** confraternité. *ordre national des médecins.* [En ligne] 14 août 2009. [Citation : 07 octobre 2011.] <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-56-confraternite-280>. article R.4127-56.
38. **code de la santé publique.** exercice en équipe. *ordre national des médecins.* [En ligne] 14 août 2009. [Citation : 07 octobre 2011.] <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-64-exercice-en-equipe-288>. article R.4127-64.
39. **Potron A, Sebag D.** *le point de vue des médecins généralistes sur leurs relations avec l'hôpital.* grenoble : s.n., 2006.
40. **Goffi-Laroche L, Nerson F et Georgeais R.** *bilan de l'enquête de satisfaction du réseau onco 38.* Grenoble : s.n., 2011.
41. **CATEL.** *hospitalisation à domicile/maintien à domicile et nouvelles technologies.* s.l. : ARH de Basse Normandie, 2007.



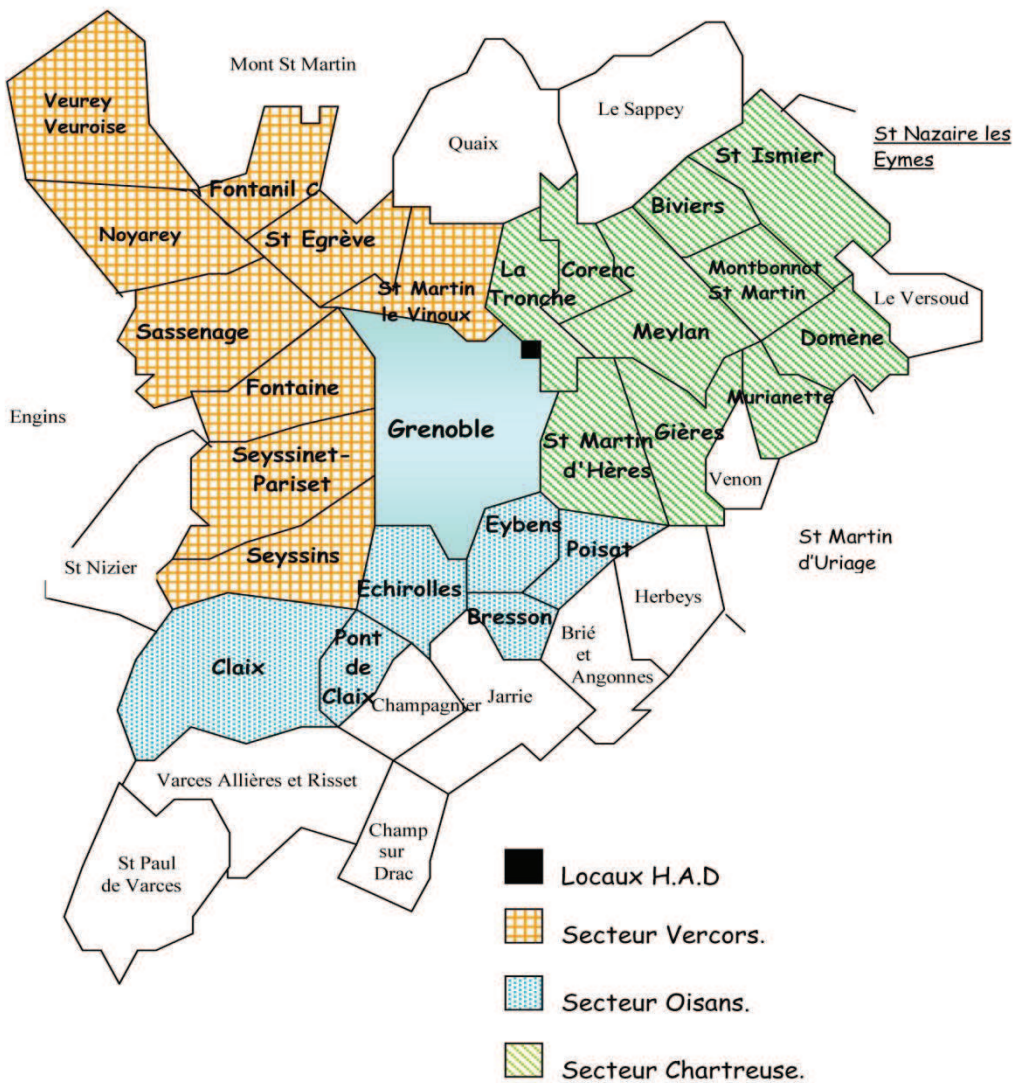
# **ANNEXES**

Annexe 1 :



## Annexe 2 :

### SECTEUR D'INTERVENTION DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE SECTEUR 1



### Annexe 3 : Modes de prises en charge principaux

Assistance respiratoire	01
Nutrition parentérale	02
Traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre	03
Soins palliatifs	04
Chimiothérapie	05
Nutrition entérale	06
Prise en charge de la douleur	07
Autres traitements	08
Pansements complexes (escarres, ulcères, brûlés...)	09
Post traitement chirurgical	10
Rééducation orthopédique	11
Rééducation neurologique	12
Surveillance post chimiothérapique	13
Soins de nursing lourds	14
Education du patient et de son entourage	15
Radiothérapie	16
Transfusion sanguine	17
Surveillance de grossesse à risque	18
Post-partum physiologique	19
Post-partum pathologique	20
Prise en charge du nouveau-né	21
Surveillance d'aplasie	22
Prise en charge psychologique ou sociale	24

#### **Annexe 4 : Modes de prises en charge secondaire**

00 - pas de protocole associé
01 - assistance respiratoire
02 - nutrition parentérale
03 - traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre
04 - soins palliatifs
05 - chimiothérapie anticancéreuse
06 - nutrition entérale
07 - prise en charge de la douleur
08 - autres traitements
09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
10 - post-traitement chirurgical
11 - rééducation orthopédique
12 - rééducation neurologique
13 - surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse
14 - soins de nursing lourds
15 - éducation de son patient et de son entourage
16 - surveillance de radiothérapie
17 - transfusion sanguine
18 - surveillance de grossesse à risque
19 - retour précoce à domicile après accouchement
20 - post-partum pathologique
21 - surveillance d'aplasie
22 - prise en charge psychologique et/ou sociale



## Annexe 5 : Indice de Karnofsky

<b>Cotation</b>	<b>Situations correspondant à chaque niveau de cotation</b>
100 %	Le patient ne présente aucun signe ou symptôme de maladie
90 %	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie
80 %	Le patient est capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs
70 %	Le patient est capable de se prendre en charge, mais est incapable de mener une vie normale ou de travailler
60 %	Le patient nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart des soins personnels
50 %	Le patient nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents
40 %	Le patient est handicapé et nécessite une aide et des soins particuliers
30 %	Le patient est sévèrement handicapé
20 %	Le patient, très malade, nécessite un traitement de soutien actif
10 %	Le patient est moribond, le processus fatal progressant rapidement

## **Annexe 6 :**

### **Questionnaire de thèse Hospitalisation à Domicile (HAD).**

Cher(e) Docteur, nous vous sollicitons dans le cadre d'une thèse de médecine générale dirigée par le Dr Lydie NICOLAS de l'HAD de Grenoble. Le but de ce questionnaire est d'évaluer et de comparer les attentes et réticences des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD auprès de ceux qui ont déjà eu une expérience de l'HAD et ceux qui n'en n'ont jamais eu.

Ce questionnaire est en cinq parties. La première concerne les « civilités » afin d'affiner nos statistiques, la deuxième cherche à évaluer votre expérience de l'HAD, les troisième et quatrième parties évaluent directement les réticences d'une part et ce qui vous semble important dans l'apport d'une prise en charge par l'HAD d'autre part. Enfin la dernière partie est simplement une échelle d'évaluation de l'intérêt de l'HAD pour la médecine générale.

Ce questionnaire peut être rempli très rapidement et la pertinence de cette évaluation dépend bien entendu du nombre de réponses. Bien sûr l'ensemble des questionnaires resteront anonymes.

#### **Renseignements généraux**

-sexe :  féminin  masculin

-Année d'installation :

-Secteur d'activité :  urbain  semi rural  rural

-mode d'exercice :  seul  en groupe

-nombre quotidien de visite à domicile en moyenne :

Moins de 1  1 à 2  3 à 4  plus de 4

-diplôme(s) associé(s) :

## Votre expérience de l'HAD

**-L'HAD vous a-t-elle déjà proposé de prendre en charge un patient ?**

Oui et j'ai accepté       oui et j'ai refusé       non

**-Si oui, combien de patients par an en moyenne ?**

Moins de 1    entre 1 et 3    plus de 3

**-Si non, savez vous si l'HAD intervient sur votre secteur ?**

Oui, elle intervient    non, elle n'intervient pas    je ne sais pas

**- Selon vous, un généraliste peut il faire admettre un patient à l'HAD sans passer par une hospitalisation conventionnelle ?**

Oui       non       je ne sais pas

## Ce qui vous freinerait à recourir à l'HAD

Ceci permet d'évaluer :

-pour les généralistes n'ayant jamais eu de patient pris en charge par l'HAD, ce qui pourrait constituer un (ou des) frein(s) à votre recours à l'HAD.

-pour les généralistes ayant déjà eu au moins un patient en HAD, ce qui vous contraindrait à recourir une nouvelle fois à l'HAD.

**Les différents items que nous vous proposons sont issus de différents travaux de thèse portant sur le ressenti des généralistes vis-à-vis de l'HAD. Nous souhaitons simplement évaluer vos impressions.**

Pour chaque item, plus la cotation est élevée, plus cela représente un frein.



	1 sur 4	2 sur 4	3 sur 4	4 sur 4
Manque de connaissance de l'HAD				
Investissement en temps trop important				
Perte du rôle décisionnel du médecin généraliste				
Compétences techniques trop spécifiques pour la médecine générale				
« soulager » l'hôpital en surchargeant le généraliste				
Le généraliste a déjà développé son propre réseau de soins à domicile				
Rôle du médecin généraliste mal défini				

**Au cours d'une prise en charge d'un patient en HAD, qu'en attendez-vous ?**

Pour chaque item, plus la cotation est élevée plus l'attente de votre part est forte.

**Pour votre activité :**

	1 sur 4	2 sur 4	3 sur 4	4 sur 4
1/ collaboration-partage des connaissances				
2/ partage des responsabilités				
3/travail en équipe pluridisciplinaire				
4/ s'approprier des thérapeutiques (midazolam, fentanyl,...) ou des techniques de soins hospitalières (pompes à morphine, pansement VAC...).				
5/ rompre avec l'isolement du médecin généraliste par la présence d'un interlocuteur privilégié				
6/ améliorer la relation médecin-patient-famille				
7/ faciliter l'obtention d'un avis spécialisé				
8/ faciliter les démarches sociales				
9/ faciliter la prise en charge psychologique dans le cadre de pathologies complexes				
10/ un moyen de diversifier son activité				

**Pour votre patient :**

	1 sur 4	2 sur 4	3 sur 4	4 sur 4
11/ respect du désir d'être soigné au domicile				
12/ améliorer la fin de vie des patients				
13/ une permanence des soins assurée 24/24 par l'HAD				
14/ l'engagement du service hospitalier à reprendre le malade en cas d'aggravation				
15/ accompagnement de la famille				

Pour les généralistes ayant déjà eu un patient pris en charge en HAD, parmi les 15 items ci-dessus, merci d'inscrire le numéro de ceux dont globalement votre attente n'est actuellement pas satisfaite et mériterait une amélioration :

**Pour finir, souhaiteriez-vous recevoir une information sur l'HAD ?**

- Sous forme de plaquette
- Dans le cadre d'une formation médicale continue
- Autre :
- Non intéressé

**Comment évalueriez-vous l'intérêt de l'HAD pour le médecin généraliste ?**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Négatif											Positif

**Commentaire libre :**

**Merci de préciser votre nom afin d'éviter des relances inutiles...**

**Nous vous remercions de votre contribution et d'avoir pris le temps de répondre à notre questionnaire.**

Baptiste JEHENNE et Romain CROTET

## Annexe 7 :

### Commentaires des médecins généralistes:

- Manque de communication :

« Je me souviens d'un patient mis par l'HAD en perfusion d'hypnovel®, la visite à domicile fut pour moi assez difficile, la décision n'a pas été discutée, donc dès le moindre problème retour au CHU (dans ce cas c'était de la température), ce n'était pas un cas facile, j'aurais aimé en rediscuter en debriefing après le décès du patient. On devrait proposer cela de façon systématique »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD+

« Pour la petite histoire, le dernier patient que j'ai eu en HAD, j'avais refusé la prescription de fentanyl® car je redoutais une poussée d'insuffisance respiratoire aiguë. L'interne de l'HAD a tout de même ordonné du fentanyl® à petite dose en me disant que "ça ne risque rien", le soir même, mon patient était en détresse respiratoire aiguë et il est mort le lendemain. Bon, ça peut arriver. Mais, surtout, quand je suis passé voir la famille, l'HAD avait tout récupéré, les dossiers, les notes, le matériel, il ne restait rien, comme si ils n'étaient jamais venus et je n'ai jamais été contacté par le Médecin de l'HAD.

J'ai plein d'autres exemples savoureux car je pratique depuis 18 ans la médecine générale. Ces expériences laissent toujours un goût amer..... »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD+

« L'HAD ne concernait pas Domène depuis très longtemps. Je ne suis pas informée du changement. Je souhaite rencontrer l'équipe et savoir comment on travaille. L'HAD a souvent

été mise en place pas les équipes du CHU en post cancéro, sans que je sois informée. Donc ce n'est jamais à ma demande.

Le manque de communications entre les secteurs est un grand handicap.

Difficile de partager quand on ne connaît pas. »

Médecin femme, secteur urbain groupe HAD-

« Prendre le temps au moment de l'inclusion d'expliquer le fonctionnement, les tenants et les aboutissants. »

Médecin femme, secteur semi-rural groupe HAD-

« L'HAD ne me paraît actuellement pas suffisamment développée dans le sens où nous n'avons jamais de sollicitation pour inclure un de nos patients ce qui fait que nous n'avons pas assez l'habitude de son fonctionnement. Peut être faudrait t-il plus développer ce mode de prise en charge pour certains de nos patients. »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD-

« Dans mon expérience limitée, le problème a été la non-transmission des résultats biologiques, réalisées au labo du CHU, à moi-même, en particulier l'ignorance de ma part d'anomalies graves malgré un appel de ma part au DBI. Le problème aussi était la non intervention des IDE de l'HAD dans mon quartier, ce sont donc les IDE libéraux du quartier qui exécutaient les soins, d'où je pense les problèmes de transmission avec le CHU. »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD+

« J'ai eu de bonnes expériences de collaboration avec l'HAD mais j'aimerais qu'entre médecins il y ait encore plus de dialogues »

Médecin femme, secteur urbain groupe HAD-

« Si le médecin généraliste était informé de l'hospitalisation de ses patients au lieu de se retrouver devant une porte fermée cela l'arrangerait... »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD+

« La sortie de l'HAD a été brutale pour l'un de mes patients, je n'en ai été averti que le jour même avec des difficultés à trouver rapidement une solution .... Mais ce n'est arrivé qu'une seule fois. »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD+

« Nécessité me semble-t-il d'un contact avec l'équipe qui soit un contact visuel, par exemple réunion chez le patient au début de la prise en charge. »

Médecin femme, secteur semi-rural groupe HAD-

« Il me semble souhaitable de solliciter l'avis voire l'opinion du médecin généraliste traitant lors du passage en HAD du patient. En mars 2011, je n'ai pas été informée du décès de ma patiente au CHU..... »

Médecin femme, secteur urbain groupe HAD-

« Pour mon expérience, peu importante, l'intégration du médecin traitant dans l'équipe d'HAD n'existe pas. Il n'a pour ainsi dire aucun contrôle et son investissement est de ce fait difficile.

Manque de temps, de dialogue... »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD-

« Une très bonne organisation tant pour le malade que le médecin.

Pour mon dernier patient, l'arrêt de l'HAD a été brutal, j'en ai été informée lors de la visite chez le patient. Du coup manque de temps et sentiment "d'abandon" pour la suite des soins.

Le partage et le travail en équipe est primordial. »

Médecin femme, secteur urbain groupe HAD-

- Satisfaction:

« Globalement satisfait du fonctionnement de l'HAD »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD -

« L'HAD est une très bonne alternative à l'hospitalisation, quand la famille et le patient désirent une fin de vie à domicile, jusqu'à la limite de leur tolérance. La gestion du patient par une équipe spécialisée est une sécurité et une aide pour le médecin généraliste, du moins pour moi, car je ne suis pas spécialiste des soins en fin de vie. Ceci n'empêche pas de m'impliquer auprès du patient, si la demande est là. J'ai en fait peu d'expérience, car mes patients sont en général hospitalisés dans leur fin de vie. »

Médecin femme, secteur urbain groupe HAD-



« Merci à l'HAD, tant pour ses compétences, que pour son accueil. »

Médecin femme, secteur urbain groupe HAD+

« Collaborer avec le Dr Lydie Nicolas a toujours été un plaisir... »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD+

« J'ai toujours apprécié l'HAD comme une équipe de soutien pluridisciplinaire, dans l'intérêt du patient et de sa famille, et dans le mien (soutien pratique, aide à certaines décisions) »

Médecin femme, secteur urbain groupe HAD+

« L'HAD est intervenue à deux reprises pour mes patients. J'ai beaucoup apprécié la communication et le partage des responsabilités avec l'équipe médicale et paramédicale qui se rend très disponible. Je trouve effectivement difficile de gérer des traitements de type hospitalier que nous manipulons peu en ville.

Une info par plaquette permettrait de préciser les situations pouvant justifier l'intervention de l'HAD (sans hospitalisation préalable): type de pathologie et de soins, ... »

Médecin femme, secteur urbain groupe HAD-

« Je n'ai vraiment eu que de très bon rapport avec l'HAD que je trouve d'une grande utilité, d'une bonne qualité globale. »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD+

« Médecin participant à l'activité de l'HAD depuis son installation et toujours aussi intéressé et heureux d'y participer. »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD+

« Aide précieuse de l'HAD permettant une aide « sociale » et technique au domicile. Expérience toujours positive. »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD+

« Grand intérêt de l'HAD s'il y a réellement un interlocuteur compétent 24H/24H et avis spécialisé rapide ainsi qu'une reprise du patient si besoin en direct dans un service sans moisir dix heures dans un couloir aux urgences. »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD -

- Investissement en temps:

« La difficulté de l'HAD est actuellement la prise en charge de patients lourds donc des visites à domicile longues et fréquentes très difficiles à gérer avec un cabinet chargé la journée. »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD-

« La place des visites à domicile se restreint de plus en plus, les médecins favorisant les consultations au cabinet. Pour ma part, les visites à domicile sont rajoutées en plus des horaires de consultations d'où une surcharge de travail et des horaires plus longs. Je ne fais pas de visite chaque jour. »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD-

- Difficulté d'admission :

« Oui c'est très beau Mais comment faire rentrer un patient en HAD ? Mission impossible !! »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD-

« Un problème : pas de prise en charge par l'HAD en urgence, délai trop long de 48 à 72 h. J'ai eu ce problème pour un patient qui donc a été hospitalisé. »

Médecin femme, secteur semi-rural groupe HAD-

« C'est assez lourd pour faire admettre un patient en HAD.

Cela prend du temps et de l'énergie.

Le système devrait être plus souple. »

Médecin femme, secteur urbain groupe HAD-

« Depuis 5 ans, 0 prise en charge, alors que patientèle rurale souhaite une fin de vie à domicile dans la majorité des cas.

Le travail d'accompagnement des fins de vie ou des pathologies lourdes chroniques se fait donc entre infirmières/ homeperf/ aides soignantes de l'ADMR et médecin généraliste. »

Médecin femme, secteur rural groupe HAD-

« Souvent patient non HAD requérant car soins non assez techniques.

Faut-il poser une PCA pour qu'un patient soit pris en HAD ? Ceci a déjà été fait ! »

Médecin femme, secteur semi-rural groupe HAD-

- Autre système de prise en charge à domicile:

« 2 lits d'HAD sont disponibles à l'hôpital de la Mure, dépendant du CHU. Procédures d'admission complexes, difficultés pour joindre le médecin coordonnateur qui n'est pas au courant des dossiers et qui de toute façon ne se déplacera pas, idem pour l'IDE. Alors que nous avons une "HAD libérale" qui est mise en route très rapidement (quelques heures) avec matériel de soins, IDE du secteur formé aux actes techniques complexes (Chimio, Alimentation parentérale, fin de vie...) Les SSIAD pour les toilettes et le nursing, l'ADMR pour les repas, le ménage... J'ai pu constater la lourdeur des procédures en ville où la problématique n'est pas du tout la même (proximité de l'hôpital et des services du CHU dédiés à cette HAD) Il y a donc 2 possibilités de maintien de malade nécessitant des soins à son domicile, ne devant pas rentrer en concurrence, mais dépendant l'une comme l'autre du lieu de vie des patients. Je reste à votre disposition pour en parler « de vive voix », soit au cabinet, soit par téléphone.

Bien confraternellement.»

Médecin homme, secteur rural groupe HAD-

« Les infirmières de mon secteur sont déjà opérationnelles en ce qui concerne les soins à domicile y compris en matière de cancérologie, gériatrie, soins de stomie et ont entrepris je crois des démarches pour intégrer l'HAD »

Médecin homme, secteur rural groupe HAD-

« Pas d'HAD sur le secteur mais mise en place depuis 2010 d'un réseau de coordination de Maintien à Domicile avec guichet unique et acteurs de santé en nombre suffisant (réseau MAD Vercors). L'accompagnement des situations complexes et de fin de vie se fait depuis longtemps sur le territoire. Le réseau de coordination apportera un plus pour coordonner et préparer les sorties d'hospitalisation ou de SSR. L'HAD n'a pas d'intérêt actuellement et le territoire est très éloigné du CHU : 80 km A+R. »

Médecin homme, secteur rural groupe HAD-

- Rémunérations :

« Délais de paiement des visites et actes beaucoup trop longs »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD-

« L'HAD est nécessaire et a fait ses preuves.

Il y a longtemps que je n'ai pas participé à l'HAD pour des raisons de santé (diminution d'activité visite) et actuellement personnellement en fin de carrière. Je n'ai plus les possibilités physiques et le temps disponible, pour faire des visites longues et fatigantes, mais je reste très favorable. Peut être faudrait-il voir la rémunération ? Je ne sais pas actuellement ou elle en est ? »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD-

- Divers ou général :

« Trop de temps passé, absence totale de reconnaissance du travail du médecin généraliste par l'hôpital (pas par les familles, heureusement !), rémunération lamentable...on peut comprendre que les jeunes médecins fuient la médecine générale dans ces conditions !!!! »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD-

« L'intérêt réside surtout dans l'accompagnement du patient et de sa famille, ce qui n'est pas le plus aisé ni le mieux réalisé. Les difficultés sont liées à la disponibilité qui doit être importante, quelquefois urgente et pas toujours compatibles avec les horaires d'un cabinet où l'on est présent en permanence. Je pense que notre formation est souvent insuffisante pour s'occuper seul d'un patient en HAD (traitement de la douleur et suivi des chimios) et que le rôle de l'équipe médicale est prépondérant. Savoir qui on peut joindre à quel numéro de téléphone à 2h du matin ou le dimanche matin. On connaît mal les effets des traitements comme les chimio et on ne sait pas toujours comment réagir en cas de pépins. En fin de compte il existe des lacunes dans le suivi de patients en HAD. Le médecin généraliste n'est pas toujours à l'aise avec des patients qui peuvent penser qu'ils sont mal suivis et qui peuvent réagir violemment en cas de décès jugé toujours lié à une faute médicale. Un débat ou des rencontres avec les hospitaliers pour organiser formation et coopération me semble indispensables. J'ai suivi en 2008 la formation organisée par le Pr Bolla sur le suivi des cancéreux qui ne semblait pas vraiment adaptée aux nécessités du suivi de patients à domicile par un généraliste. Les aspects de pratiques quotidiennes étant éludés Bien cordialement à vous. »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD-

« La crainte de l'hospitalocentrisme s'estompe au fil des années mais reste que l'inclusion de nos confrères et correspondants spécialistes de ville qui suivent souvent aussi nos patients reste minime dans ce dispositif. »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD-

« Pour les patients en HAD, j'ai l'impression d'être un pion pas à sa place : pas de collaboration, pas de discussion, pas de médecin interlocuteur. On passe, on fait quelques prescriptions, et après on court après ses sous pour se faire régler les visites (aspect financier pas facile : investissement de temps car la visite est souvent longue, et pour les patients HAD on doit paperasser pour se faire payer). On nous dit aussi souvent ce qu'on doit faire : il faut prescrire ceci cela ... d'où l'impression d'être un pion. Contact et échange avec l'HAD pas facile : on court après un interlocuteur, ça prend du temps, on tombe sur quelqu'un qui ne connaît pas le patient ou sur une secrétaire ... L'échange par mail avec le médecin qui connaît le patient serait intéressant à mettre en place. »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD+

« Pas assez d'expérience avec l'HAD et de connaissance de son fonctionnement pour pouvoir avoir un avis très précis. »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD+

« Qui fait quoi ?, surcharge de travail, de papier, examen bio qui les lit ? »

Médecin homme, secteur urbain groupe HAD-

« Je n'ai eu que peu de patient suivi par l'HAD, mais globalement, il m'a semblé que c'était surtout axé sur la prise en charge de soins (parfois très lourds) à domicile. Mais tous les aspects psycho-sociaux (ligne 6-8-9-15) ne m'ont pas paru vraiment pris en compte. Et je n'ai pas vu de suivis 24/24, j'ai du me retrouver seule la nuit. »

Médecin femme, secteur urbain groupe HAD-