



**HAL**  
open science

# Regards croisés sur la place du médecin généraliste lors de la prise en charge d'un de ses patients en hospitalisation à domicile (HAD) : étude qualitative sur les secteurs de l'HAD de Chambéry et de Grenoble

Marion Cetre, Paul Semeraro

## ► To cite this version:

Marion Cetre, Paul Semeraro. Regards croisés sur la place du médecin généraliste lors de la prise en charge d'un de ses patients en hospitalisation à domicile (HAD) : étude qualitative sur les secteurs de l'HAD de Chambéry et de Grenoble. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03008921

**HAL Id: dumas-03008921**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03008921>**

Submitted on 17 Nov 2020

**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.

## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter la page de DUMAS présentant le document. Si l'auteur l'a autorisé, son adresse mail apparaîtra lorsque vous cliquerez sur le bouton « Détails » (à droite du nom).

Dans le cas contraire, vous pouvez consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine  
Pharmacie de Grenoble :  
[bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr)

Année : 2020

Regards croisés sur la place du médecin généraliste lors de la prise en charge d'un de ses patients en hospitalisation à domicile (HAD). Etude qualitative sur les secteurs de l'HAD de Chambéry et de Grenoble

THÈSE  
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
DIPLOME D'ÉTAT

Marion CETRE

[Données à caractère personnel]

Et Paul SEMERARO

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE  
GRENOBLE

Le : 02/11/2020

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

Mme le Professeur Laurence BOUILLET

Membres :

Mme le Docteur Pauline GIRARD (directrice de thèse)

Mme le Docteur Cécile BARBARET

Mme le Docteur Anne-Claire TOFFART

Mme le Docteur Anne GODINOT

*L'UFR 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.*

## Résumé :

Contexte : Au cours d'une hospitalisation à domicile (HAD), le médecin traitant est décrit comme le pivot de la prise en charge du patient au domicile. Cependant plusieurs travaux de recherche soulignent les difficultés de positionnement des médecins généralistes au cours d'une HAD.

Objectif : Mettre en évidence des pistes d'amélioration pour mieux adapter la place des médecins généralistes dans une prise en charge en HAD.

Méthode : Etude qualitative en entretien semi dirigé individuel auprès de dix médecins généralistes et deux médecins coordonnateurs d'HAD sur les secteurs de Chambéry et de Grenoble entre novembre 2019 et juillet 2020. Echantillonnage raisonné en recherche de variation maximale. Enregistrement des entretiens, retranscriptions anonymisées et analyses du discours selon la théorisation ancrée.

Résultats : Au cours d'une prise en charge, la place du médecin traitant ne peut être standardisée et semble se rejouer à chaque nouvelle prise en charge selon la disponibilité du médecin traitant, la pathologie du patient, les connaissances du médecin traitant à la fois médicales et sur le fonctionnement de l'HAD, son rôle dans la prescription, la relation du médecin traitant avec le patient et l'entourage, la qualité de la communication avec l'HAD, le caractère propre à chaque médecin. Le médecin coordonnateur apporte ses compétences techniques et le médecin traitant semble avoir un rôle humain via une connaissance du patient et de l'entourage.

Conclusion : Il conviendrait donc dans la mesure du possible de définir au début de chaque prise en charge le rôle de chaque médecin.

Mots clés : hospitalisation à domicile, médecin généraliste, prise en charge personnalisée du patient

## Abstract

Context: During a Hospital At Home (HAH), the attending physician has a pivotal role in patient management. However, several research studies underline the difficulties these doctors face to endorse this role during a HAH.

Objective: To highlight areas for improvement in order to better adapt the role of general practitioners in HAH care.

Method: Qualitative study in semi-structured individual interviews with ten general practitioners and two HAH coordinating doctors in the Chambéry and Grenoble areas between November 2019 and July 2020. Reasoned sampling in search of maximum variation. Recording of interviews, anonymized transcriptions and topic analysis of the discourse

Results: The role of the attending physician in patient management cannot be standardized and seems to be renewed at each new patient according to the availability of the attending physician, the patient's pathology, the attending physician's knowledge of both medicine and the functioning of HAH, his role in medical prescription, the relationship of the attending physician with the patient and his family, the quality of communication with the coordinating doctors of HAH, each physician's personality. The coordinating physician brings his technical skills and the attending physician seems to have a human role through his knowledge of the patient and the patient's family and friends.

Conclusion: As far as possible, the role of each doctor should therefore be defined at the beginning of each treatment.

Key words: Hospital At Home, general practitioner, patient care management

Doyen de la Faculté : Pr. Patrice MORAND

Année 2019-2020

**ENSEIGNANTS DE L'UFR DE MEDECINE**

| CORPS      | NOM-PRENOM                    | Discipline universitaire  |
|------------|-------------------------------|---|
| PU-PH      | ALBALADEJO Pierre             | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire                 |
| PU-PH      | APEL Florent                  | Ophthalmologie  |
| PU-PH      | ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine  | Chirurgie viscérale et digestive  |
| PU-PH      | BAILLET Athan                 | Rhumatologie  |
| PU-PH      | BARONE-ROCHETTE Gilles        | Cardiologie   |
| PU-PH      | BAYAT Sam                     | Physiologie   |
| MCF Ass.MG | BENDAMENE Farouk              | Médecine Générale   |
| PU-PH      | BENHAMOU Pierre Yves          | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques                        |
| PU-PH      | BERGER François               | Biologie cellulaire   |
| MCU-PH     | BIDART-COUTTON Marie          | Biologie cellulaire   |
| PU-PH      | BLAISE Sophie                 | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire                              |
| MCU-PH     | BOISSET Sandrine              | Bactériologie-virologie   |
| PU-PH      | BOLLA Michel                  | Cancérologie-Radiothérapie  |
| PU-PH      | BONAZ Bruno                   | Gastroentérologie, hépatologie, addictologie                            |
| PU-PH      | BONNETERRE Vincent            | Médecine et santé au travail  |
| PU-PH      | BOREL Anne-Laure              | Nutrition   |
| PU-PH      | BOSSON Jean-Luc               | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH     | BOTTARI Serge                 | Biologie cellulaire   |
| PR Ass.MG  | BOUCHAUD Jacques              | Médecine Générale   |
| PU-PH      | BOUGEROL Thierry              | Psychiatrie d'adultes   |
| PU-PH      | BOUILLET Laurence             | Médecine interne  |
| MCU-PH     | BOUSSAT Bastien               | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| PU-PH      | BOUZAT Pierre                 | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire                 |
| PU-PH      | BRAMBILLA Christian           | Pneumologie   |
| PU-PH      | BRAMBILLA Elisabeth           | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| MCU-PH     | BRENIER-PINCHART Marie Pierre | Parasitologie et mycologie  |
| PU-PH      | BRICAULT Ivan                 | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH      | BRICHON Pierre-Yves           | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                |
| MCU-PH     | BRIOT Raphaël                 | Thérapeutique-médecine de la douleur                                    |
| MCU-PH     | BROUILLET Sophie              | Biologie et médecine du développement et de la reproduction             |
| PU-PH      | CAHN Jean-Yves                | Hématologie   |
| PU-PH      | CARPENTIER Patrick            | Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire                               |
| PR Ass.MG  | CARRILLO Yannick              | Médecine Générale   |
| PU-PH      | CESBRON Jean-Yves             | Immunologie   |
| PU-PH      | CHABARDES Stephan             | Neurochirurgie  |
| PU-PH      | CHABRE Olivier                | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques                        |
| PU-PH      | CHAFFANJON Philippe           | Anatomie  |

| CORPS      | NOM-PRENOM              | Discipline universitaire  |
|------------|-------------------------|---|
| PU-PH      | CHARLES Julie           | Dermato-vénérologie   |
| MCF Ass.MG | CHAUVET Marion          | Médecine Générale   |
| PU-PH      | CHAVANON Olivier        | Chirurgie thoracique et cardio- vasculaire                              |
| PU-PH      | CHIQUET Christophe      | Ophthalmologie  |
| PU-PH      | CHIRICA Mircea          | Chirurgie viscérale et digestive  |
| PU-PH      | CINQUIN Philippe        | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH     | CLAVARINO Giovanna      | Immunologie   |
| PU-PH      | COHEN Olivier           | Histologie, embryologie et cytogénétique                                |
| PU-PH      | COURVOISIER Aurélien    | Chirurgie infantile   |
| PU-PH      | COUTTON Charles         | Génétique   |
| PU-PH      | COUTURIER Pascal        | Gériatrie et biologie du vieillissement                                 |
| PU-PH      | CRACOWSKI Jean-Luc      | Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique                      |
| PU-PH      | CURE Hervé              | Cancérologie  |
| PU-PH      | DEBATY Guillaume        | Médecine d'Urgence  |
| PU-PH      | DEBILLON Thierry        | Pédiatrie   |
| PU-PH      | DECAENS Thomas          | Gastro-entérologie, Hépatologie   |
| PU-PH      | DEMATTEIS Maurice       | Addictologie  |
| PU-PH      | DEMONGEOT Jacques       | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MCU-PH     | DERANSART Colin         | Physiologie   |
| PU-PH      | DESCOTES Jean-Luc       | Urologie  |
| PU-PH      | DETANTE Olivier         | Neurologie  |
| MCU-PH     | DIETERICH Klaus         | Génétique   |
| MCU-PH     | DOUTRELEAU Stéphane     | Physiologie   |
| MCU-PH     | DUMESTRE-PERARD Chantal | Immunologie   |
| PU-PH      | EPAULARD Olivier        | Maladies infectieuses ; Maladies tropicales                             |
| PU-PH      | ESTEVE François         | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| MCU-PH     | EYSSERIC Hélène         | Médecine légale et droit de la santé                                    |
| PU-PH      | FAUCHERON Jean-Luc      | Chirurgie viscérale et digestive  |
| MCU-PH     | FAURE Julien            | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH      | FERRETTI Gilbert        | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH      | FEUERSTEIN Claude       | Physiologie   |
| PU-PH      | FONTAINE Éric           | Nutrition   |
| PU-PH      | FRANCOIS Patrice        | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| MCU-MG     | GABOREAU Yoann          | Médecine Générale   |
| PU-PH      | GARBAN Frédéric         | Hématologie ; Transfusion   |
| PU-PH      | GAUDIN Philippe         | Rhumatologie  |
| PU-PH      | GAVAZZI Gaétan          | Gériatrie et biologie du vieillissement                                 |
| PU-PH      | GAY Emmanuel            | Neurochirurgie  |
| MCU-PH     | GILLOIS Pierre          | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH      | GIOT Jean-Philippe      | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique                      |
| MCU-PH     | GRAND Sylvie            | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH      | GRIFFET Jacques         | Chirurgie infantile   |
| MCU-PH     | GUZUN Rita              | Nutrition   |
| PU-PH      | HAINAUT Pierre          | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH      | HALIMI Serge            | Nutrition   |
| PU-PH      | HENNEBICQ Sylviane      | Biologie et médecine du développement et de la reproduction             |
| PU-PH      | HOFFMANN Pascale        | Gynécologie-obstétrique   |

| CORPS      | NOM-PRENOM                           | Discipline universitaire  |
|------------|--------------------------------------|---|
| PU-PH      | HOMMEL Marc                          | Neurologie  |
| PU-MG      | IMBERT Patrick                       | Médecine Générale   |
| PU-PH      | JOUK Pierre-Simon                    | Génétique   |
| PU-PH      | KAHANE Philippe                      | Physiologie   |
| MCU-PH     | KASTLER Adrian                       | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH      | KRAINIK Alexandre                    | Radiologie et imagerie médicale   |
| PU-PH      | LABARERE José                        | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| MCU-PH     | LABLANCHE Sandrine                   | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques                        |
| MCU-PH     | LANDELLE Caroline                    | Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière                        |
| PU-PH      | LANTUEJOUL Sylvie                    | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| MCU-PH     | LARDY Bernard                        | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| MCU - PH   | LE GOUELLEC Audrey                   | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH      | LECCIA Marie-Thérèse                 | Dermato-vénérologie   |
| MCF Ass.MG | LEDOUX Jean-Nicolas                  | Médecine Générale   |
| PU-PH      | LEROY Vincent                        | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                          |
| PU-PH      | LETOUBLON Christian                  | Chirurgie viscérale et digestive  |
| PU-PH      | LEVY Patrick                         | Physiologie   |
| PU-PH      | LONG Jean-Alexandre                  | Urologie  |
| MCU-PH     | LUPO Julien                          | Bactériologie-virologie   |
| PU-PH      | MAGNE Jean-Luc                       | Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire                              |
| MCU-PH     | MAIGNAN Maxime                       | Médecine d'urgence  |
| PU-PH      | MAITRE Anne                          | Médecine et santé au travail  |
| MCU-PH     | MALLARET Marie-Reine                 | Hygiène hospitalière  |
| PU-PH      | MALLION Jean-Michel                  | Cardiologie   |
| MCU-PH     | MARLU Raphaël                        | Hématologie ; Transfusion   |
| MCU-PH     | MAUBON Danièle                       | Parasitologie et mycologie  |
| PU-PH      | MAURIN Max                           | Bactériologie-virologie   |
| MCU-PH     | MC LEER Anne                         | Histologie, embryologie et cytogénétique                                |
| MCU-PH     | MONDET Julie                         | Histologie, embryologie et cytogénétique                                |
| PU-PH      | MORAND Patrice                       | Bactériologie-virologie   |
| PU-PH      | MOREAU-GAUDRY Alexandre              | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH      | MORO Elena                           | Neurologie  |
| PU-PH      | MORO-SIBILOT Denis                   | Pneumologie   |
| MCU-PH     | MORTAMET Guillaume                   | Pédiatrie   |
| PU-PH      | MOUSSEAU Mireille                    | Cancérologie  |
| PU-PH      | MOUTET François                      | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie         |
| MCF Ass.MG | ODDOU Christel                       | Médecine Générale   |
| MCU-PH     | PACLET Marie-Hélène                  | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH      | PAILHE Régis                         | Chirurgie orthopédique et traumatologie                                 |
| PU-PH      | PALOMBI Olivier                      | Anatomie  |
| PU-PH      | PARK Sophie                          | Hématologie ; Transfusion   |
| PU-PH      | PASSAGGLIA Jean-Guy                  | Anatomie  |
| PR Ass.MG  | PAUMIER-DESBRIERES Françoise         | Médecine Générale   |
| PU-PH      | PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François | Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire                 |
| MCU-PH     | PAYSANT François                     | Médecine légale et droit de la santé                                    |
| MCU-PH     | PELLETIER Laurent                    | Biologie cellulaire   |
| PU-PH      | PELLOUX Hervé                        | Parasitologie et mycologie  |

| CORPS      | NOM-PRENOM                   | Discipline universitaire  |
|------------|------------------------------|---|
| PU-PH      | PEPIN Jean-Louis             | Physiologie   |
| PU-PH      | PERENNOU Dominique           | Médecine physique et de réadaptation                                    |
| PU-PH      | PERNOD Gilles                | Médecine vasculaire   |
| PU-PH      | PIOLAT Christian             | Chirurgie infantile   |
| PU-PH      | PISON Christophe             | Pneumologie   |
| PU-PH      | PLANTAZ Dominique            | Pédiatrie   |
| PU-PH      | POIGNARD Pascal              | Bactériologie-virologie   |
| PU-PH      | POLACK Benoît                | Hématologie   |
| PU-PH      | POLOSAN Mircea               | Psychiatrie d'adultes   |
| PU-PH      | RAMBEAUD Jean-Jacques        | Urologie  |
| PU-PH      | RAY Pierre                   | Biologie et médecine du développement et de la reproduction             |
| MCU-PH     | RENDU John                   | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| MCU-PH     | RIALLE Vincent               | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| PU-PH      | RIETHMULLER Didier           | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale                          |
| PU-PH      | RIGHINI Christian            | Oto-rhino-laryngologie  |
| PU-PH      | ROMANET Jean Paul            | Ophthalmologie  |
| PU-PH      | ROSTAING Lionel              | Néphrologie   |
| MCU-PH     | ROUSTIT Matthieu             | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie      |
| MCU-PH     | ROUX-BUISSON Nathalie        | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| MCF Ass.MG | ROYER DE VERICOURT Guillaume | Médecine Générale   |
| MCU-PH     | RUBIO Amandine               | Pédiatrie   |
| PU-PH      | SARAGAGLIA Dominique         | Chirurgie orthopédique et traumatologie                                 |
| MCU-PH     | SATRE Véronique              | Génétique   |
| PU-PH      | SAUDOU Frédéric              | Biologie cellulaire   |
| PU-PH      | SCHMERBER Sébastien          | Oto-rhino-laryngologie  |
| PU-PH      | SCHWEBEL Carole              | Médecine intensive-réanimation  |
| PU-PH      | SCOLAN Virginie              | Médecine légale et droit de la santé                                    |
| MCU-PH     | SEIGNEURIN Arnaud            | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| PU-PH      | STAHL Jean-Paul              | Maladies infectieuses ; Maladies tropicales                             |
| PU-PH      | STANKE Françoise             | Pharmacologie fondamentale  |
| MCU-PH     | STASIA Marie-José            | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH      | STURM Nathalie               | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| PU-PH      | TAMISIER Renaud              | Physiologie   |
| PU-PH      | TERZI Nicolas                | Médecine intensive-réanimation  |
| MCU-PH     | TOFFART Anne-Claire          | Pneumologie   |
| PU-PH      | TONETTI Jérôme               | Chirurgie orthopédique et traumatologie                                 |
| PU-PH      | TOUSSAINT Bertrand           | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| PU-PH      | VANZETTO Gérald              | Cardiologie   |
| PU-PH      | VUILLEZ Jean-Philippe        | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| PU-PH      | WEIL Georges                 | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| PU-PH      | ZAOUI Philippe               | Néphrologie   |
| PU-PH      | ZARSKI Jean-Pierre           | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                          |

**PU-PH** : Professeur des Universités - Praticiens Hospitaliers  
**MCU-PH** : Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers  
**PU-MG** : Professeur des Universités de Médecine Générale  
**MCU-MG** : Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale  
**PR Ass.MG** : Professeur des Universités Associé de Médecine Générale  
**MCF Ass.MG** : Maître de Conférences Associé de Médecine Générale



## **Remerciements communs**

A Laurence Bouillet, merci d'avoir accepté de présider notre thèse malgré les nombreux rebondissements concernant la date de soutenance.

A Pauline Girard, merci de nous avoir épaulés tout au long de ce travail et faits découvrir la ville de Reims !

A Anne Godinot, merci pour ta bonne humeur et ton aide précieuse tout au long de notre travail de recherche.

A Anne-Claire Toffart et Cécile Barbaret, merci de participer à notre jury de thèse et d'avoir pu vous aussi vous adapter aux péripéties concernant la date de soutenance.

Aux médecins participants, merci de vous être prêtés à l'expérience en nous apportant votre témoignage.

Aux équipes d'HAD de Chambéry et Grenoble, pour ce que vous faites au service des patients et que vous avez su nous partager, ce travail vous est dédié.

## Remerciements Paul

A mes parents, Joseph – Gilles et Marie Corinne. Durant ces longues années d'études j'ai toujours pu compter sur votre soutien et votre amour. J'espère vous voir fiers de moi ce jour.

A mes frères et sœur, Nicolas, Vincent et Hélène. A mon cousin Pierre-Eugène. A mes oncles Jean-Paul et François. Avancer dans la vie ensemble est un plaisir sans cesse renouvelé, comptez sur moi pour être toujours présent à vos côtés.

A mes grands-parents : Papy dont j'ai croisé la route trop brièvement, Mémé qui m'a porté à bout de bras depuis ma naissance, je ne sais pas si j'aurai droit à la fameuse épée de ton arrière-grand-père « medico – chirurgo ». Mamie dont les talents culinaires et les petites phrases en dialecte ont ravi ma jeunesse. Pépé enfin qui me manque tellement.

A mes amis « pharma », Fred, Morgane, Maëlle, Nicolas, Doriane, Marguerite (et Robin). Au plaisir de partager un Nouvel An avec vous ou une randonnée sous la tente (mais sans blédine) ! A Manu qui nous regarde de là-haut, tu aurais aimé lire mon travail.

A mes amis de médecine, Emilie, Pierre, Eve-Anne (et Benoît), Lulu (avec Thomas et votre petite Clémence), Charlène, Caro, Morgane. Une fois n'est pas coutume, j'inaugure (presque) la série^^. A très vite pour de nouvelles aventures.

A Diane, qui m'ouvre le chemin depuis des années. Je le vois comme un beau GR.

A mes amis chambériens, Max, Amand (& Aria), Dam's, Aurèl, Antoine et Sandrine.

A la team de pneumo Chambéry, sept mois parfaits passés ensemble, ne changez rien !

A mes co-internes et également à tous les médecins, équipe infirmière et aide-soignante de cardio Chambéry, du PU de Voiron et du PU ped de Grenoble.

Aux Docteurs Cressens, Boivin, Houzé, Perrod, Mathieux, Weick et Duflot qui m'avez transmis une (petite) partie de votre art dans le domaine de la médecine générale.

A Marion ma cothésarde avec qui j'ai eu le plaisir de réaliser ce travail, tu représentes pour moi la force tranquille, mais efficace !

## Remerciements Marion

A mes parents, Mamoune et Papou qui m'accompagnent depuis toujours et de la meilleure manière qui soit. Merci de m'avoir transmis amour, patience, persévérance et empathie.

A mon Amour, Nicolas, qui me supporte, me soutient et me rend heureuse.

A mes presque beaux-parents : merci d'avoir mis au monde un homme si merveilleux.

A ma jumelle, Sophie, on a réussi à ne pas passer notre thèse le même jour !

A mon grand frère, ma grande sœur et les pièces rapportées : Nicolas, Céline, Jean François, Laurence et Audrey.

A mes amis d'internat et leur aide dans ce travail : Lucile, Nicolas, Tommy, Pauline, Grégoire

A mes amies d'externat : Flavie, Pauline, Sophie, Guillemette, Ségolène, Laure et Chloé

A mes amies d'enfance : Mylène, Morgane et Carine

A la team STAPS qui allie sport et rigolade

Aux chevaux qui m'accompagnent, me passionnent, me prennent tout mon temps et participent à mon bonheur.

A l'équipe de l'HAD de Chambéry : vous êtes merveilleux

A tous les médecins qui m'ont transmis leur savoir : Caroline, Flavie, Romain, Céline, Geneviève, Laurent, Briec, Nicolas, Laure, Julia, Mathieu et Diane.

Merci à toi Paul, mon Co-Thésard, pour ton travail consciencieux

# Table des matières

|   |    |
|---|----|
| <b>I. Introduction</b> .....  | 13 |
| <b>II. Méthode</b> .....  | 15 |
| 1. Type d'étude.....  | 15 |
| 2. Participants.....  | 15 |
| 3. Recueil des données.....   | 15 |
| 4. Analyses.....  | 16 |
| 5. Aspects éthiques.....  | 16 |
| <b>III. Résultats</b> .....   | 17 |
| <b>1. Description de la population</b> .....  | 17 |
| <b>2. Les situations complexes en ambulatoire</b> .....   | 19 |
| a. L'ambulatoire en difficulté dans la prise en charge des situations complexes.....  | 19 |
| b. Gestion ambulatoire d'une situation complexe.....  | 21 |
| c. L'hospitalisation conventionnelle comme solution à une situation complexe.....   | 21 |
| <b>3. L'HAD depuis l'ambulatoire pour une situation complexe ?</b> .....  | 22 |
| a. Prise en charge HAD sur des situations techniques et/ complexes.....   | 22 |
| b. Pour l'HAD (ressentis positifs).....   | 23 |
| c. Comment l'HAD aide le médecin traitant.....  | 24 |
| d. Contre l'HAD (ressentis négatifs).....   | 26 |
| e. Les difficultés en pratique.....   | 27 |
| f. Problématique de l'initiation de l'HAD depuis l'ambulatoire.....   | 29 |
| <b>4. L'initiation de l'HAD, en pratique</b> .....  | 32 |
| a. L'HAD soumise à des contraintes extérieures.....   | 32 |
| b. La concertation avec les acteurs de terrain.....   | 33 |
| c. Quelques pistes de réflexions autour d'un début de prise en charge en HAD.....   | 34 |
| <b>5. Le médecin traitant au cours d'une prise en charge HAD</b> .....  | 36 |
| a. Les différents niveaux d'implications.....   | 36 |
| b. Les variables de l'implication.....  | 38 |
| c. Ambivalence de l'implication du médecin traitant dans les prises en charge HAD.....  | 40 |
| d. Les rôles de chaque médecin sont mal définis par avance.....   | 41 |
| <b>6. La qualité de la communication comme variable de la place du médecin traitant dans la prise en charge HAD</b> .....         | 42 |
| a. La communication est centrale dans la prise en charge HAD.....   | 42 |
| b. Les écueils de la communication.....   | 44 |
| c. Les stratégies d'adaptation de la communication du fait des difficultés.....   | 45 |
| <b>7. Le médecin traitant et le médecin coordonnateur : deux médecins pour un seul patient</b> .....                              | 46 |
| a. Etat des lieux.....  | 47 |
| b. Exemple du paradoxe de la coprescription.....  | 49 |
| c. La bataille des visites à domicile (VAD) : quid de la répartition des VAD entre médecin coordonnateur et médecin traitant..... | 50 |
| d. Réflexions sur l'évolution du binôme médecin traitant médecin coordonnateur.....   | 52 |
| <b>IV. Discussion</b> .....   | 55 |
| 1. Forces de l'étude.....   | 55 |
| 2. Limites de l'étude.....  | 56 |
| 3. Discussion des résultats.....  | 57 |
| 4. Perspectives.....  | 63 |
| <b>V. Conclusion</b> .....  | 64 |
| <b>VI. Bibliographie</b> .....  | 66 |
| <b>VII. Annexes</b> .....   | 68 |
| <b>1. ANNEXE 1 : Lettre informative</b> .....   | 68 |
| <b>2. ANNEXE 2 : Formulaire de recueil de consentement</b> .....  | 69 |
| <b>3. ANNEXE 3 : Guide d'entretien</b> .....  | 71 |
| <b>4. ANNEXE 4 : Verbatims</b> .....  | 72 |
| ENTRETIEN n°1.....  | 72 |
| ENTRETIEN n°2.....  | 76 |
| ENTRETIEN n°3.....  | 80 |
| ENTRETIEN n°4.....  | 88 |

|   |            |
|---|------------|
| ENTRETIEN n°5 .....                       | 98         |
| ENTRETIEN n°6 .....                       | 102        |
| ENTRETIEN n°7 .....                       | 109        |
| ENTRETIEN n°8 .....                       | 118        |
| ENTRETIEN n°9 .....                       | 124        |
| ENTRETIEN n°10 .....                      | 131        |
| ENTRETIEN n°11 .....                      | 136        |
| ENTRETIEN n°12 .....                      | 145        |
| <b>5. ANNEXE 5 : Livre de codes .....</b> | <b>153</b> |

# Abréviations

HAD : hospitalisation à domicile (désigne à la fois la structure hospitalière et l'état du patient hospitalisé à domicile)

HC : Hospitalisation conventionnelle

MT : médecin traitant

MG : médecin généraliste

Mco : médecin coordonnateur

PEC : prise en charge

IDE : infirmière diplômée d'état

IDEL : infirmière libérale

RAD : retour à domicile

PCA : Patient Controlled Analgesia (Dispositif de contrôle de l'analgésie par le patient)

# I. Introduction

L'hospitalisation à domicile (HAD) a été créée en France en 1957. Elle concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et ou instables, qui en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissements de santé. (1)

Les structures d'HAD « permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes » (2)

L'activité des hospitalisations à domicile est en hausse : le nombre de patients pris en charge en 2005 en France était de 35 017, contre 122 225 en 2018 ! Et ce chiffre ne cesse de croître. (3)

La coordination entre tous les intervenants au domicile repose notamment sur le médecin coordonnateur (4).

Le médecin traitant est le pivot de la prise en charge du patient à domicile et il est responsable du suivi du malade. Il peut être à l'origine d'une demande d'HAD, et en 2018, 30 % des séjours en HAD étaient initiés à partir du domicile (3).

À la suite d'un stage dans un service d'HAD, plusieurs freins à la place centrale du MG sont apparus. Par exemple, concernant l'HAD de Chambéry, le manque d'accessibilité aux biologies et aux prescriptions du patient en dehors du domicile, ou encore le logiciel de prescription accessible uniquement aux médecins coordonnateurs.

De plus, plusieurs travaux de recherche soulignent les difficultés ressenties par les médecins généralistes : ces derniers « insistent sur la difficulté pour gérer les soins complexes à domicile » et le médecin généraliste « considère que sa position n'est pas claire au cours de la prise en charge de son patient en HAD » (5).

Les difficultés de communication participent à la mise à l'écart du médecin généraliste. (6)

Parfois même les médecins se sentent exclus de la demande d'HAD et de la prise en charge de leurs patients. D'un autre côté, il apparaît que l'HAD peut être une chance pour le médecin traitant, qui va être en mesure de continuer à prendre en charge son patient lourd et même peut-être de se former à certains gestes ou prises en charge qu'ils n'auraient pas fait sans l'HAD. (7)

L'objectif de cette étude qualitative est de mettre en évidence des pistes d'amélioration pour mieux adapter la place des médecins généralistes dans une prise en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD).

Chaque HAD a un mode de fonctionnement qui lui est propre, c'est pourquoi nous avons voulu étendre notre travail de recherche à deux secteurs d'HAD : Chambéry et Grenoble.



## II. Méthode

### 1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative (8) en entretiens semi-dirigés individuels (9), avec une analyse du discours selon le modèle de la théorisation ancrée. (10)

Le travail de recherche a été construit en respectant les critères COREQ. (11)

### 2. Participants

Les participants étaient des médecins généralistes travaillant sur le secteur de l'HAD de Chambéry ou de Grenoble, ainsi que des médecins coordonnateurs des deux HAD.

L'échantillonnage a été raisonné en recherche de variation maximale sur l'âge, le sexe, le lieu d'exercice (rural / urbain, secteur géographique varié), le type d'exercice (seul, en groupe, libéral, salarié), le type de patientèle, la réalisation ou non de visite à domicile et l'habitude ou non de travailler avec l'HAD.

Les médecins généralistes interrogés ont été contactés par mail, avec remise de la fiche informative présentant le sujet de recherche (**annexe 1**), ou par téléphone.

Certains participants étaient connus personnellement des chercheurs. Tous les participants connaissaient la fonction exercée par les chercheurs.

### 3. Recueil des données

Il a été réalisé sous forme d'entretiens individuels semi-dirigés. Seuls le chercheur dirigeant l'entretien et le participant étaient présents.

Au moment de l'étude, l'un des chercheurs était un homme interne en médecine générale et l'autre était une femme médecin généraliste remplaçante.

Les chercheurs ont participé à une formation de deux jours en recherche qualitative à l'école d'automne de la FAYRGP (French Association of Young Researchers in General Practice) en octobre 2019 avant de débiter les premiers entretiens.

Le guide d'entretien a été réalisé à l'issue de cette formation et testé au préalable.

Les deux premiers entretiens ont été réalisés conjointement par les deux chercheurs pour une meilleure correspondance dans la manière de mener les entretiens par la suite.

Le lieu était laissé au choix du médecin interrogé, en veillant toutefois à ce que la confidentialité des entretiens soit garantie.

Le guide d'entretien (**annexe 2**), connu uniquement des chercheurs, commençait par une question brise-glace « racontez moi votre dernière expérience avec l'HAD ».(12) Suivaient plusieurs questions autour du ressenti des médecins sur leur place dans la prise en charge.

Les entretiens se terminaient par le recueil des caractéristiques socio démographiques.

Les entretiens étaient enregistrés sur deux supports audionumériques puis retranscrits intégralement.

#### **4. Analyses**

Le codage et l'analyse du discours s'inspirant de la théorisation ancrée (10) ont été réalisés manuellement à l'aide du logiciel Excel®.

Les critères de scientificité de la théorisation ancrée ont été respectés : les chercheurs ont, avant le début des entretiens, explicité leurs *a priori* autour de la question de recherche ; les critères de variation des participants ont été définis *a priori* ; la suffisance par saturation théorique des données d'analyses a pu être vérifiée quant à elle *a posteriori*. La triangulation des données a été réalisée de manière indépendante par les deux auteurs ; les codes obtenus ont été comparés et les divergences résolues par discussion ; si les divergences persistaient, un troisième chercheur est intervenu pour les résoudre.

Les catégories n'ont pas été déterminées à l'avance mais à partir des données.

#### **5. Aspects éthiques**

L'étude était une recherche n'impliquant pas la personne humaine au sens de la loi du 5 mars 2012 dite « loi Jardé ». Elle n'entraîne donc pas sous le coup de celle-ci. (13)

Le consentement oral et écrit a été systématiquement recueilli auprès des médecins après les avoir informés de l'anonymisation des données. À la suite d'une demande auprès du Correspondant Informatique et Liberté (CIL) de Grenoble, il n'a pas relevé de contre-indication notable à la mise en œuvre de ce traitement. Les entretiens ont été anonymisés via un numéro. Les médecins étaient informés de la possibilité de relire et de corriger le contenu des entretiens via une demande à notre directrice de thèse.

Au moment de la rédaction de la thèse, aucun participant n'a manifesté la volonté d'avoir accès au contenu de son entretien.

### III. Résultats

#### 1. Description de la population

Douze entretiens ont été réalisés de novembre 2019 à juillet 2020. Les caractéristiques des participants sont décrites dans le **tableau 1**. Il s'agissait de dix médecins généralistes et de deux médecins coordinateurs d'HAD.

| Numéro d'entretien                 | 1  | 2   | 3  | 4                           | 5                                      | 6                           |
|------------------------------------|--|---|--|-----------------------------|--|-----------------------------|
| Sexe                               | H  | H   | F  | F                           | H                                      | F                           |
| Age                                | 59   | 57  | 39   | 32                          | 46                                     | 53                          |
| Profession                         | Médecin généraliste et coordonnateur d'EHPAD                             | Médecin généraliste                         | Médecin généraliste  | Médecin coordonnateur d'HAD | Médecin généraliste                    | Médecin généraliste         |
| Mode d'exercice                    | Exercice libéral cabinet de groupe+ salarié 2 jours par semaine en EHPAD | Libéral en cabinet seul et exercice salarié | Exercice libéral en cabinet de groupe, ancienneté soins palliatifs | Salarié                     | Libéral, cabinet de groupe (2médecins) | Libéral, cabinet de groupe  |
| HAD de rattachement                | Grenoble   | Chambéry                                    | Grenoble   | xxxxx                       | Chambéry                               | Chambéry                    |
| Eloignement de l'HAD               | 7,5km, 20 min  | 7,5 km, 20min                               | 8,3 km, 15 min   |                             | 7,5 km, 20 min                         | 6km, 20 min                 |
| Ancienneté d'expérience avec l'HAD | Depuis le début d'existence  | Depuis le début d'existence                 | Depuis son installation en 2011                                    |                             | Depuis le début d'existence            | Depuis le début d'existence |
| Rural vs urbain                    | Urbain   | Semi urbain                                 | Urbain   |                             | Semi urbain                            | Urbain                      |
| Nombre patientèle                  | 700  | 1080  | 1250   |                             | 1350                                   | 700                         |
| Type de patient                    | Gériatrie, femme, peu de pédiatrie                                       | Variés, chroniques et âgés                  | Variés   |                             | Surtout des personnes âgées            | Précarité                   |
| Nombre de visite /semaine          | 15   | 2-3   | 6  |                             | 4                                      | 1-2                         |
| Temps de travail hebdomadaire      | 40,5h libéral au cabinet + 20h salarié en EHPAD                          | 50h + 6h (salarié)                          | 4 jours par semaine  |                             | 5 jours par semaine                    | Environ 35h                 |

| Tableau 1 : suite                  |  |                             |                                      |  |   |   |
|------------------------------------|--|-----------------------------|--------------------------------------|--|---|---|
| Numéro d'entretien                 | 7  | 8                           | 9                                    | 10   | 11  | 12  |
| Sexe                               | F  | F                           | F                                    | F  | F   | H   |
| Age                                | 61   | NC                          | 39                                   | 39   | 41  | 45  |
| Profession                         | Médecin généraliste  | Médecin coordonnateur d'HAD | Médecin généraliste                  | Médecin généraliste  | Médecin généraliste                                     | Médecin généraliste   |
| Mode d'exercice                    | Libéral, cabinet de groupe   | Salarié                     | Libéral, maison médicale, projet MSP | Libéral, maison médicale, projet MSP                                   | Libéral, exerce seule sans secrétariat sans rendez vous | Libéral, cabinet de groupe                                  |
| HAD de rattachement                | Chambéry   | xxxxx                       | Grenoble                             | Grenoble   | Grenoble  | Chambéry  |
| Eloignement de l'HAD               | 6km, 20min   |                             | 65 km, 1h                            | 65 km, 1h  | 29km, 25min   | 34 km, 34 min   |
| Ancienneté d'expérience avec l'HAD | Depuis le début d'existence  |                             | Depuis installation, 2ans et demi    | Depuis 9ans avec une autre HAD, depuis installation 2017 pour celle-ci | Depuis 2007   | Depuis 2015   |
| Rural vs urbain                    | Urbain   |                             | Rural                                | Rural  | Semi rural  | Rural   |
| Nombre patientèle                  | 680  |                             | 500                                  | 900  | 450   | 1200  |
| Type de patient                    | Gynécologie, divers, pas beaucoup de pédiatrie, beaucoup de femmes |                             | Variés                               | Variés, majorité PA  | Plutôt jeune (couples, grossesses, enfants)             | Variés, personnes âgées mais aussi pédiatrie. Pas de gynéco |
| Nombre de visite /semaine          | 4  |                             | 4                                    | 3 à 8  | 5 (dont 15 patients à l'EHPAD).                         | 8   |
| Temps de travail hebdomadaire      | 40H (3j et demi)   |                             | 3 jours par semaine                  | 3 jours par semaine, entre 30 et 35 h                                  | 4 jours par semaine (50h)                               | 4 jours par semaine   |

Les entretiens ont duré entre 15 et 40 minutes (moyenne 25 minutes). Onze des douze entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des médecins. Le douzième a eu lieu par téléphone. La suffisance des données a été obtenue au onzième entretien. Un douzième entretien a été réalisé pour la confirmer.

## 2. Les situations complexes en ambulatoire

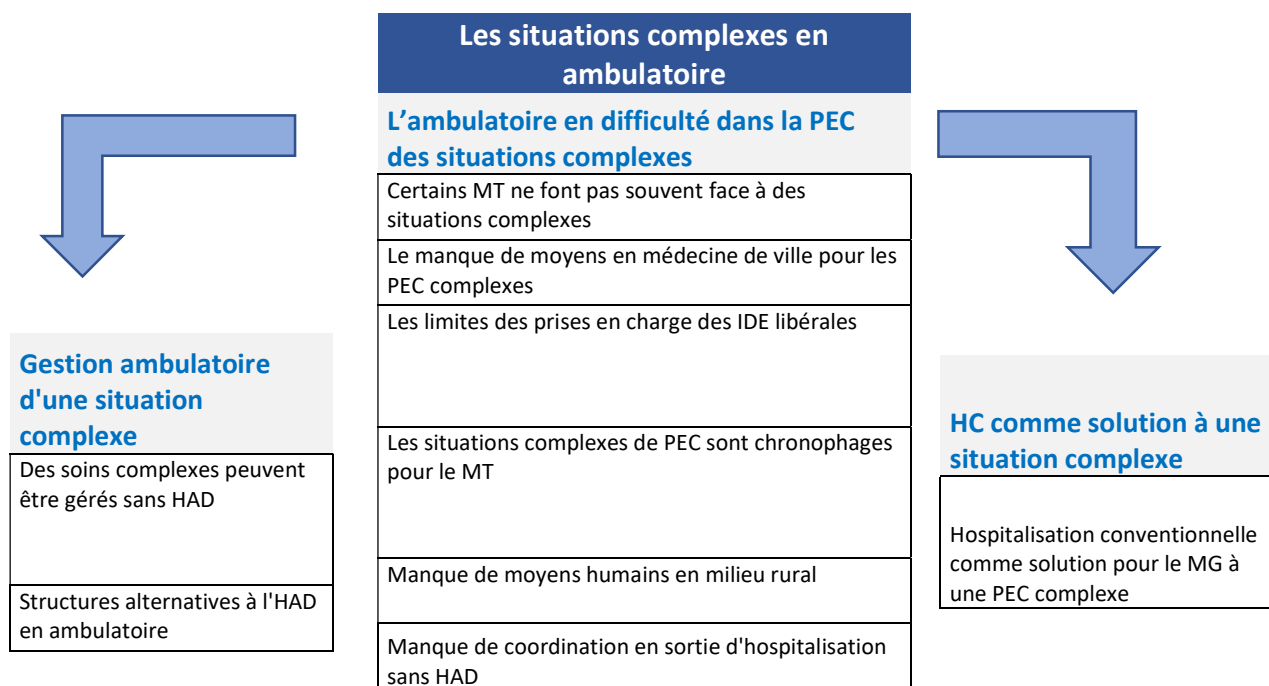


Figure 1 - Les situations complexes en ambulatoire

### a. L'ambulatoire en difficulté dans la prise en charge des situations complexes

#### i. Certains médecins traitants ne font pas souvent face à des situations complexes

Dans son exercice ambulatoire, le médecin traitant peut être amené à prendre en charge des situations complexes, par exemple au cours de fins de vie à domicile. Il apparaît tout d'abord que pour certains médecins, les situations complexes en ambulatoire **ne sont pas fréquemment rencontrées** : « *j'ai eu peu d'occasion de mettre en place des suivis de fin de vie, (...). J'ai une patientèle vraiment très jeune.* » E11L57

#### ii. Le manque de moyens en médecine de ville pour les prises en charge complexes

La prise en charge en médecine de ville des situations complexes fait face à **un manque de moyens**, créant un certain désarroi chez les praticiens. Cela peut être le **manque de protocoles et de traitements adaptés à l'état du patient** : « *les gens ne partent pas assez soulagés, avec des protocoles qui sont pas bons, il y a rien quoi, y a rien, on n'a rien pour soulager les gens correctement euh, nous les médecins généralistes.* » E11L48

**Le médecin traitant a ses limites**, il ne peut pas répondre aux sollicitations en permanence : *« je ne suis pas debout là tout le temps 24h / 24, donc il y a des fois c'est compliqué »* E12L102. Il sait d'ailleurs **qu'en son absence ou celle des infirmières libérales, les patients et leurs familles ont moins de recours** : *« (...) moi quand je ne suis plus joignable et que les infirmières ne sont plus joignables les gens se trouvent un peu plus seuls »*. E12L106

### **iii. Les limites des prises en charge des infirmières libérales**

Les infirmières libérales quant à elles, ne peuvent pas dans certains cas absorber plus de travail qu'elles n'en réalisent déjà et réaliser des soins plus complexes ou chronophages que ce qu'elles font habituellement : *« de temps en temps elles peuvent absorber pour un pansement technique, ou voilà elles peuvent augmenter un peu le passage mais si on leur demande de passer trois fois par jour c'est pas possible quoi, de faire des perfusions autre que sous cutanées c'est compliqué, elles ne le feront pas »*. E9L207

### **iv. Les situations complexes de prise en charge sont chronophages pour le médecin traitant**

**Le manque de temps** est jugé comme un **obstacle majeur à la gestion des situations complexes par le médecin traitant** : *« il faut être capable d'avoir un appel toute la journée, de le gérer au cabinet, de savoir comment on fait, quand on a nos rendez-vous, un patient qui vomit (...) ou qui est très agité euh, même si on peut le gérer par téléphone c'est pas tout le temps simple, on peut pas s'y rendre aussi rapidement qu'on voudrait »*. E3L196

### **v. Manque de moyens humains en milieu rural**

Un point particulier de notre attention s'est focalisé sur le milieu rural, où **les difficultés auxquelles peut faire face l'ambulatoire semblent exacerbées**. La principale difficulté mentionnée dans ces zones semble être le manque de bras pour faire face au travail demandé : *« parce que c'est gentil, parce que y a l'HAD mais y a aussi les soins palliatifs, y a les fins de vie à domicile, ils poussent pour l'ambulatoire mais on n'a pas le temps, on n'est pas assez nombreux, voilà »*. E10L15

### **vi. Manque de coordination en sortie d'hospitalisation sans hospitalisation à domicile**

Comme le suggèrent les données présentées ci-après, la gestion des situations complexes en ambulatoire passe souvent par une hospitalisation conventionnelle. Mais là encore, lors du retour à domicile d'un patient à la prise en charge complexe, sans hospitalisation à domicile, un certain **manque de coordination lors du retour à domicile peut remettre en lumière**

**voire générer des problèmes spécifiques** : « *Tu vois on récupère des patients dont on n'a pas entendu parlé depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines puis d'un seul coup ils sortent mais sans HAD, sans rien, sans soutien. Ils n'ont pas ce qu'il faut à domicile .* » E11L322

## **b. Gestion ambulatoire d'une situation complexe**

### **i. Des soins complexes peuvent être gérés sans HAD**

C'est toutefois un constat qui s'impose, des situations complexes à domicile sont gérées au quotidien par les intervenants ambulatoires, que ce soit le médecin généraliste : « *moi en tant que médecin traitant j'ai réussi à gérer pas mal de choses...* » E11L29, ou les infirmières libérales : « *avec les infirmiers comme si on mettait en place une HAD sur les fins de vie et les choses comme ça.* » E11L37

### **ii. Structures alternatives à l'HAD en ambulatoire**

Dans cette tâche de gérer des situations complexes à domicile, l'HAD n'est pas la seule équipe pouvant intervenir en appui à domicile et aider les intervenants locaux dans le domaine des soins et de leur coordination. Ont ainsi été citées les **équipes mobiles de gériatrie extra-hospitalières** : « *heureusement il y a les équipes mobiles de gériatrie maintenant* » E7L322 et une structure locale intervenant dans un de nos deux départements d'études, **la plateforme C.P.S (Coordination Proximité Santé), dont le champ d'action concerne la gestion de situations de soins palliatifs à domicile** : « *L'HAD ne couvre pas tout le temps les champs du palliatif. Quand vraiment il y avait des prises en charge palliatives on appelait la plateforme C.P.S., parce que souvent les infirmières en place et l'équipe qui est déjà en place, s'il y a juste quelqu'un pour les coordonner, comme la plateforme, parfois c'est suffisant, un appui pour le médecin généraliste, la psychologue pour la famille.* » E3L228

## **c. L'hospitalisation conventionnelle comme solution à une situation complexe**

Toutefois, parfois **l'hospitalisation conventionnelle semble la solution de choix pour le médecin généraliste qui fait face à une prise en charge complexe**, que ce soit en raison de l'état du malade ou de la disponibilité du praticien et des équipes intervenant à domicile : « *si c'est pour passer 3h à domicile, sur des situations complexes, ben des fois on se dit l'hôpital, peut-être, pourrait être une meilleure solution pour ces patients-là, à la fois pour leur état de santé mais aussi peut être que nous on n'est plus du tout dispos.* » E1L67

### 3. L'HAD depuis l'ambulatorio pour une situation complexe ?

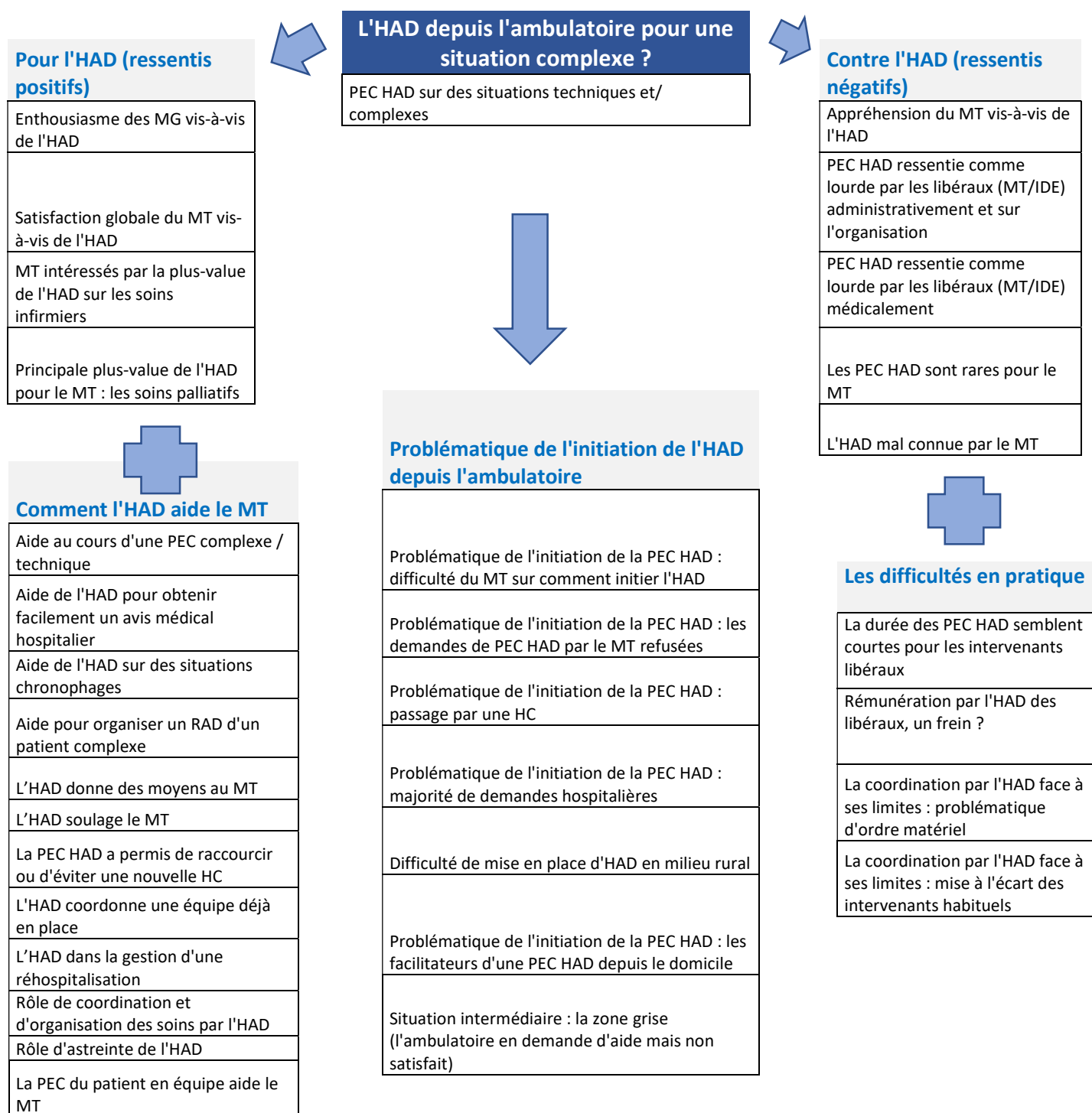


Figure 2 - L'HAD depuis l'ambulatorio pour une situation complexe

#### a. Prise en charge HAD sur des situations techniques et/ complexes

Se pose donc la question de savoir si l'HAD représente une solution pour la gestion de ces situations et comment elle le fait. (Figure 2)



L'HAD peut répondre à cette demande sur les prises en charges complexes car **elle intervient pour des situations techniques et/ou complexes à domicile, des prises en charges qui peuvent être lourdes**. Ceci est bien verbalisé par les médecins généralistes interrogés : « *ce sont les soins qui le nécessitent, la lourdeur des soins, là c'est sûr, des perfusions des nutritives, des choses un peu lourdes, des pansements des choses comme ça (...), soins plus lourds, pansements lourds et puis nutritives parentérales, perfusions, voilà globalement. Oui il faut qu'il y ait des soins importants.* » E6L91

## **b. Pour l'HAD (ressentis positifs)**

### **i. Enthousiasme des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD**

Dans toute interaction, il y a des ressentis, des a priori. De nombreux médecins se montrent par avance **enthousiastes vis-à-vis de l'HAD** et de l'aide qu'elle peut leur apporter : « *moi j'ai trouvé ça génial quand, j'essaye de me rappeler .... De voir l'hôpital qui sort de ses murs mais c'est tellement bien.* » E7L139

### **ii. Satisfaction globale du médecin traitant vis-à-vis de l'HAD**

Toujours dans le ressenti, de nombreux médecins ont eu affaire à l'HAD, et manifestent une **satisfaction globale** vis-à-vis de cette expérience : « *en plus un cas qui s'est très bien passé (...) Moi par rapport à l'exemple récent je dirais voilà si ça se passe comme ça tout le temps c'est parfait.* » E12L232

### **iii. Les médecins traitants intéressés par la plus-value de l'HAD sur les soins infirmiers**

Un domaine où les médecins soulignent l'apport potentiel de l'HAD est celui des **soins infirmiers** : « *C'est surtout les infirmières libérales qui n'ont pas le matériel pour, ou le temps pour, ce qui fait qu'on va s'aider de l'HAD.* » E5L40

### **iv. Principale plus-value de l'HAD pour le médecin traitant : les soins palliatifs**

Incluant le champ précédent, la principale plus-value de l'HAD selon le médecin traitant se situe dans **le domaine des soins palliatifs**. Ceci est résumé dans cette phrase : « *ça permet de respecter les intentions de mourir à domicile de certains patients.* » E7L132

### **c. Comment l'HAD aide le médecin traitant**

Sur le terrain, l'aide apportée par l'HAD au médecin traitant est multiple et les entretiens ont permis d'en faire ressortir différents aspects.

#### **i. Aide au cours d'une prise en charge complexe / technique**

Le cœur de métier de l'HAD se situe sur les **prises en charge complexes et techniques**, donc un appui dans ces domaines pour le médecin traitant : « *on peut s'appuyer sur quand même les moyens techniques, le PLUS que conseil.* » E7L142

#### **ii. Aide de l'HAD pour obtenir facilement un avis médical hospitalier**

Les avis des spécialistes hospitaliers ne sont pas toujours faciles à avoir pour les médecins généralistes en ville, **l'HAD étant à l'interface entre l'ambulatoire et l'hôpital**, elle peut permettre **au médecin traitant d'avoir rapidement un avis** : « *quand on finit avec une PCA de morphine à domicile, on a souvent d'autres soins (...) effectivement ça peut quand même alléger le médecin, de savoir qu'il y a un avis médical, rapide si besoin.* » E3L70

« *Je me dis que le coordinateur il a un pied dans l'hôpital et du coup lui il connaît le réseau et peut-être plus, donc ça nous faciliterait le travail de ne pas avoir à solliciter le réseau.* » E10L178

#### **iii. Aide de l'HAD sur des situations chronophages**

Comme mentionné plus haut, souvent le médecin traitant **ne dispose pas d'assez de temps** pour gérer des situations complexes, c'est pourquoi une aide dans ce domaine est très appréciée : « *on est débordé par ailleurs donc quand quelqu'un rentre en HAD on se dit ben il sera suivi comme il faut par les collègues.* » E2L99

#### **iv. Aide pour organiser un retour à domicile d'un patient complexe**

Souvent, quand la situation est trop complexe, un retour à domicile depuis l'hôpital n'est même pas envisageable ou celui-ci est jugé inévitable mais problématique par le médecin traitant, **l'HAD va permettre ce retour à domicile** : « *c'est ce que je me dis : à un moment donné il rentrerait donc là il y a un support à côté, et puis le médecin il fait ce qu'il peut aussi, mais je pense qu'il est plus facile de partir avec l'idée que c'est gagnant - aidant, d'être dans une relation de prise en charge commune à domicile où chacun à sa place, pour un patient qui est déjà très fragile, qui devrait peut être à l'hôpital.* » E3L214

#### **v. L'HAD donne des moyens au médecin traitant**

Au final, l'HAD **donne des moyens** au médecin traitant qu'il n'a pas habituellement : « *moi ça me rend certainement plus efficace.* » E7L133

#### **vi. L'HAD soulage le médecin traitant**

Et corollaire d'avoir plus de moyens et plus de temps, il se sent **plus léger** : « *ça se complète finalement, moi je le vois quand même comme un soulagement de la médecine libérale.* » E2L128

#### **vii. La prise en charge HAD a permis de raccourcir ou d'éviter une nouvelle hospitalisation conventionnelle**

Avec l'HAD, le patient reste moins à l'hôpital. Dans ce cadre, **l'hospitalisation conventionnelle** même si elle reste possible dans certains cas, **paraît moins obligatoire** : « *j'aurais été médecin généraliste sans HAD derrière, ce patient je pense qu'il retournait aux urgences.* » E3L51

#### **viii. L'HAD coordonne une équipe déjà en place**

Le rôle de l'HAD ne se limite pas à donner des moyens au médecin traitant, elle a **un rôle de coordination, en particulier des intervenants habituels auprès du patient**, autant de tâches en moins pour le médecin traitant. « *Il y avait tous les intervenants et l'HAD est venue en plus.* » E7L120

#### **ix. L'HAD dans la gestion d'une réhospitalisation**

Parfois, **le patient doit quand même retourner à l'hôpital**, la présence d'une HAD va alors **grandement faciliter les choses** : « *c'est vrai quand il y a une ré hospitalisation, c'est eux qui vont faire le lien de rappeler si on dit que ça ne va pas.* » E6L168

#### **x. Rôle de coordination et d'organisation des soins par l'HAD**

Plus que ça, l'HAD va ainsi pouvoir **faire le lien entre les différents intervenants** qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires, **organiser leurs interventions, juger du meilleur moment pour faire sortir à domicile** le patient, mais aussi **le faire revenir à l'hôpital** si nécessaire. « *La collaboration, la coordination c'est l'essentiel de notre mission finalement, en HAD pour le coup c'est vraiment essentiel.* » E4L382

## **xi. Rôle d'astreinte de l'HAD**

Certains généralistes ont souligné **l'importance de l'astreinte téléphonique permanente** concernant la plus-value de l'HAD pour leur prise en charge de patients lourds, ceux-ci nécessitant une disponibilité de tout instant, pas forcément pour se déplacer mais au moins pour donner un conseil par téléphone, ce qui est difficilement envisageable H24 pour un médecin généraliste seul. Hors force est de constater que parfois **seul lui et l'HAD connaissent le dossier** et peuvent donc apporter des réponses adaptées et ainsi éviter une hospitalisation conventionnelle. « *Tout ça, ça change la donne. Les gens sont à domicile et ils savent qu'ils peuvent joindre tout le temps quelqu'un.* » E12L105

## **xii. La prise en charge du patient en équipe aide le médecin traitant**

Lors de la prise en charge en HAD, le médecin généraliste se retrouvent à travailler **au sein d'une équipe** composée de différents professionnels : médecin coordinateur d'HAD, infirmières libérales et salariées de l'HAD, aides-soignantes, aides à domicile, assistante sociale, etc. **Cette prise en charge en équipe est une aide pour le médecin traitant** qui n'est plus seul face à la situation complexe de prise en charge : « *oui globalement c'est quand même mieux d'être accompagné que seul.* » E3L78

## **d. Contre l'HAD (ressentis négatifs)**

### **i. Appréhension du médecin traitant vis-à-vis de l'HAD**

Si elle apparaît d'une grande aide, la prise en charge en HAD soulève aussi des questions pour le médecin traitant voire une certaine appréhension : « *j'ai pas eu beaucoup d'expérience ici et j'ai pas l'impression que ça me rassure, en tout cas.* » E10L108

### **ii. Prise en charge HAD ressentie comme lourde par les libéraux (MT/IDE) administrativement et sur l'organisation**

Ce qui peut angoisser les libéraux, médecins généralistes comme équipe infirmière dans la prise en charge HAD, c'est avant tout une impression qu'ils vont être noyés sous les tâches administratives et d'organisation : «  *finalement c'était beaucoup de contrainte par rapport à cette histoire de médicament, de livraison de médicament et puis par rapport à ces papiers qu'il fallait, ça faisait encore un, un autre intermédiaire en plus pour se faire rémunérer des trucs qu'on peut laisser tomber.* » E10L47

### **iii. Prise en charge HAD ressentie comme lourde par les libéraux (MT/IDE) médicalement**

En parallèle, la prise en charge en HAD peut être ressentie comme lourde médicalement par le médecin traitant qui parfois préférerait que le patient soit hospitalisé : *« c'est dommage parce que voilà c'était un peu lourd, voilà c'était un peu lourd pour pas beaucoup de bénéfice pour le patient, parce qu'il a été mal pendant tout le weekend en fait jusqu'à ce qu'il soit réhospitalisé, 3 jours. » E6 L245*

Une raison avancée à cela est qu'**un patient en HAD, est souvent un patient lourd** ou en tout cas à risque de décompensation à domicile, qui va devoir être suivi de manière rapprochée par le médecin traitant ce qui ne serait pas le cas en hospitalisation conventionnelle, d'où de nombreuses visites à faire pour un seul patient et à des moments qui n'arrangent pas forcément. *« Si c'est juste pour des pansements complexes ça va aller mais si c'est pour euh pour euh ouais pour une situation médicale qui décompense facilement, bon du coup on est vite, vite dérangé plusieurs fois par semaine, donc ça déstructure je pense mes consultations. » E10 L114*

### **iv. Les prises en charge HAD sont rares pour le médecin traitant**

Le médecin traitant n'a pas souvent l'occasion d'avoir un de ses patients en HAD ce qui peut créer chez lui une certaine appréhension. *« Depuis que je suis médecin généraliste j'ai peu vécu d'expérience d'HAD. » E11 L12*

### **v. L'HAD mal connue par le médecin traitant**

Le corollaire de la rareté des prises en charge HAD est une **méconnaissance de celle-ci par les libéraux**. Ils voient l'HAD avant tout comme une entité hospitalière dont les réalités sont différentes des leurs : *« ils sont quand même hospitaliers et nous libéraux. » E6 L25*

## **e. Les difficultés en pratique**

### **i. La durée des prises en charge HAD semblent courtes pour les intervenants libéraux**

En pratique, les libéraux au premier rang, et plus particulièrement le médecin traitant peuvent se heurter à des difficultés plus concrètes. La première est **une durée de prise en charge prévue qu'ils jugent trop courte** : *« au bout d'un moment ils déterminent que c'est terminé, sauf que les escarres sont toujours là, la personne est toujours là, la famille est toujours là. » E1 L48*

## ii. Rémunération par l'HAD des libéraux, un frein ?

Le libéral intervenant avec l'HAD n'est pas payé à l'acte par le patient ou sa caisse, dans le cadre du tiers payant, il doit s'adresser à l'HAD pour être rémunéré. Certains médecins traitants voient cela comme un **frein à leur collaboration avec l'HAD** en raison **des difficultés administratives à se faire payer** : *« pour les infirmiers aussi un problème de financement, parce que du coup si jamais c'est en HAD ils sont payés, nous c'est pareil j'imagine on devrait être payé par l'hôpital, et pas, et pas la tarification à l'acte, ce que je n'ai pas fait hein, et c'est compliqué de se faire payer derrière, du coup les infirmiers ils sont un peu, ils sont pas très enthousiastes. » E9 L75*

Mais cela peut être aussi lié à une impression de **rémunération insuffisante** par rapport au travail fourni *« Ça me rajoute du temps pas forcément hyper bien rémunéré. » E10 L118*

## iii. La coordination par l'HAD face à ses limites : problématique d'ordre matériel

**L'HAD coordonne le matériel et les médicaments utilisés** pour les soins du patient : les HAD hospitalières, en tant que service de l'hôpital, ont **l'obligation d'utiliser le matériel en dotation à l'hôpital** et c'est la pharmacie hospitalière qui livre les médicaments. Cela peut engendrer des difficultés, par exemple quand les IDE libéraux doivent utiliser un autre matériel que celui dont ils ont l'habitude. *« L'HAD n'apporte que ses produits à lui, c'est pas forcément les outils, les perfusions, les kits qu'utilisent habituellement les infirmiers, ils sont pas forcément aussi bien que les produits qu'ils ont en ville, enfin les infirmiers libéraux sont un peu remontés contre l'HAD, sur le plan technique. » E5 L85*

## iv. La coordination par l'HAD face à ses limites : mise à l'écart des intervenants habituels

**L'HAD coordonne les intervenants**, mais elle a des contraintes et doit faire **des choix**, par exemple envoyer son équipe infirmières salariée plutôt que les libéraux habituellement en charge d'un patient. Parfois cela peut donner lieu à des critiques : *« ils interviennent sur une situation, effectivement, les intervenants, sont mis un peu à l'écart parce qu'on a moins besoin d'eux. » E1 L46*

## **f. Problématique de l'initiation de l'HAD depuis l'ambulatoire**

### **i. Problématique de l'initiation de la prise en charge HAD : difficulté du MT sur comment initier l'HAD**

L'ensemble de ce cadre ainsi posé - la difficulté de gestion des situations complexes en ambulatoire, les avantages que peut trouver à l'HAD le médecin traitant et les difficultés auxquelles il va faire face -, va permettre de se poser une question centrale : **est-ce que le médecin traitant va pouvoir solliciter l'HAD pour l'aider dans une situation complexe ?**

Premièrement le médecin traitant souvent **ne sait même pas qu'il pourrait avoir le droit** de le faire. « *Moi en tant que médecin généraliste j'ai jamais demandé une HAD extérieure en fait. Parce que je sais qu'on peut le faire, on peut le faire ?* » E3 L245

Il a des a priori sur la **difficulté à faire la demande**, une impression « *qu'on va avoir affaire à des montagnes, voilà, importantes, pour arriver à faire une demande mais comme tout ce qui a trait à l'hôpital aujourd'hui.* » E11 L107

Il imagine que cela va lui **demander beaucoup de temps** : « *un peu chronophage pour moi et pas simple quoi.* » E12 L138

En fait il **ignore tout simplement comment cela va se passer** : « *si ça se trouve c'est très simple, mais comme j'ai pas fait, j'en sais rien.* » E12 L146

### **ii. Problématique de l'initiation de la prise en charge HAD : les demandes de prise en charge HAD par le MT refusées**

Ensuite, il semble que certains médecins traitants ayant essayé de demander directement de faire admettre un patient en HAD se soient **heurtés à des refus** : « *je me souviens parce que j'avais dû demander, ça ne nécessitait pas suffisamment de, les soins n'étaient pas suffisamment lourds, c'est pour ça.* » E6 L259

### **iii. Problématique de l'initiation de la prise en charge HAD : passage par une hospitalisation conventionnelle (HC)**

Finalement, le médecin se dit que plutôt qu'aller vers l'inconnu et demander lui-même l'HAD pour son patient, il préfère que celui-ci soit hospitalisé et que ce soit ensuite **à partir de l'hôpital que le patient entre en HAD**. « *Dans le rush comme ça effectivement. Sans qu'il y ait de passage par l'hôpital pour la mise en place de l'HAD. Quelqu'un qui est à domicile et mettre en place l'HAD sans qu'il y ait passage par l'hôpital ça semble hasardeux.* » E12 L134

#### **iv. Problématique de l'initiation de la prise en charge HAD : majorité de demandes hospitalières**

En effet, la pratique montre que **les HAD sont majoritairement organisées depuis l'hôpital** et les médecins généralistes en ont bien conscience. *« C'est jamais moi qui ai déclenché l'intervention de l'HAD, ça a toujours été un service hospitalier, qui a voulu faire partir une personne de leur service, et qui a pour cette raison-là mis des soins d'HAD en cours. » E1 L84*

#### **v. Difficulté de mise en place d'HAD en milieu rural**

Vu les spécificités du milieu rural, la mise en place d'une HAD fait face à des contraintes particulières soulignées à la fois par les médecins coordinateurs et les médecins traitants.

En milieu rural la visite de patients par l'équipe de l'HAD **est tellement chronophage que cela peut devenir rédhibitoire** : *« moi j'aimerais bien aller dans \*\*\*\* (nom de vallée rurale), ou à \*\*\*\* (nom de commune rurale distante de 50 km / 1h de l'HAD de secteur), ou aux \*\*\*\* (nom de station de sports d'hiver) ou à \*\*\*\* (nom de commune située en montagne) mais c'est une demi-journée en gros. » E8 L147*

Si on veut quand même l'organiser, cela **accapare pendant une longue période les moyens humains** qui ne peuvent s'occuper des autres situations *« C'est vrai que nous on a agrandi notre secteur, donc tout ce qui est logistique bon on y arrive peu ou prou mais c'est vrai qu'en moyens humains quand on veut faire déplacer des personnes c'est plus compliqué parce que ça prend du temps. » E8 L163*

Du coup ce sont exclusivement **les soignants déjà sur place qui vont au chevet du patient alors qu'ils ne peuvent pas absorber de charge de travail supplémentaire**, comme on l'a vu plus haut : *« l'équipe de l'HAD ne se déplace pas ici donc c'est pas un soutien, c'est pas un réel soutien sur place parce qu'ils ne viennent pas ici pour pouvoir lancer des choses ou évaluer les gens. » E9 L96*

Donc **souvent l'HAD ne va pas être organisée** et on préférera une hospitalisation conventionnelle à la place : *« moi le concept il me plait bien mais ça reste très conceptuel malheureusement. » E9 L219*



## **vi. Problématique de l'initiation de la prise en charge HAD : les facilitateurs d'une prise en charge HAD depuis le domicile**

Dans l'initiation de la prise en charge HAD depuis l'ambulatorio, certains **facteurs favorisants** ont été relevés, c'est le cas par exemple du fait que le **patient soit hébergé en EHPAD** : *« je travaille aussi en EHPAD, et là on a eu des interventions de l'HAD en EHPAD, mais à domicile, j'ai jamais eu d'intervention directe de l'HAD pour des gens qui n'avaient pas été hospitalisés auparavant. » E1 L80*

Le fait que **certains soins techniques spécifiques** soient mis en place aide grandement à ce que la demande d'HAD soit acceptée, il faut que le patient corresponde aux indications prévues pour l'HAD : *« moi j'ai compris qu'il fallait un soin technique et heureusement il y a la pompe, la pompe à morphine. » E7 L76*

## **vii. Situation intermédiaire : la zone grise (l'ambulatorio en demande d'aide mais non satisfait)**

Malheureusement, il y a **une partie des demandes qui ne peuvent pas être satisfaites** soit par manque de capacité, soit car elles ne rentrent pas dans les indications d'HAD. Cependant, pour les libéraux, la prise en charge refusée reste lourde et ils auraient besoin d'aide, ce qui constitue une véritable **zone grise de prise en charge**. *« C'est juste cette histoire de quelques fois il y a pas assez de soins techniques, fin c'est ce que j'ai compris moi, qui limite la prise en charge, alors qu'on aurait besoin d'un coup de main. » E7 L317*

**Certains médecins voudraient ainsi que soient montés de nouvelles équipes mobiles extrahospitalières**, en particulier dans le domaine des soins palliatifs : *« s'il y avait une équipe vraiment mobile de soins palliatifs pour la ville ce serait vachement bien » E7 L328.*

La suite de ce travail permettra de mettre en lumière quels facteurs entrent en jeu en pratique dans l'initiation d'une demande d'HAD.

## 4. L'initiation de l'HAD, en pratique

| L'initiation de l'HAD, en pratique (depuis l'ambulatorio ou l'hospitalier)                                  |
|---|
| <b>L'HAD soumise à des contraintes extérieures</b>  |
| L'HAD soumise à des contraintes extérieures : demande du patient  |
| L'HAD n'est possible qu'avec un environnement porteur   |
| L'HAD soumise à des contraintes extérieures : respect des conditions d'interventions prévues par les textes |
| L'HAD soumise à des contraintes extérieures : demande des services hospitaliers                             |
| <b>La concertation avec les acteurs de terrain</b>  |
| Avis des différents intervenants lors du début d'une PEC HAD  |
| Le MT aimerait avoir le choix de l'équipe IDE avec qui il travaille   |
| Manque de concertation avec le médecin généraliste sur le RAD en pratique                                   |
| Accord du MT en début de PEC : avis ou information ?  |
| <b>Quelques pistes de réflexions autour d'un début de PEC HAD</b>   |
| Par quel biais le MT découvre l'HAD   |
| Propositions de moyens pour améliorer la connaissance de l'HAD par les MG (général)                         |
| Réticence des Mco à faire la promotion de l'HAD   |
| Solutions pour l'HAD en milieu éloigné/ rural   |

Figure 3 - L'initiation de l'HAD, en pratique (depuis l'ambulatorio ou l'hospitalier)

### a. L'HAD soumise à des contraintes extérieures

#### i. L'HAD soumise à des contraintes extérieures : demande du patient

Tout n'est pas possible avec l'HAD, il faut tout d'abord que **le patient soit demandeur de rentrer à domicile** : « *c'est au contraire, rien qui n'est imposé, je pense que si on demande au patient on comprendra tout de suite que lui il a envie.* » E3 L222

Le patient d'ailleurs peut parfois demander alors que son état rend le retour à domicile compliqué même avec une HAD : « *le patient certainement aussi voulait, mais c'était très lourd et c'est sûr que c'était un peu quitte ou double.* » E6 L242

## **ii. L'HAD n'est possible qu'avec un environnement porteur**

L'environnement à domicile est également très important : **le logement doit être adapté** et il faut qu'il y ait un **entourage** qui s'occupe du patient : *« il faut savoir aussi qui ouvre la porte » E8 L31*. Le cas échéant, comme pour tout retour à domicile, il faut un **plan d'aide** correspondant à l'état du patient. *« Ça veut dire tout bêtement qu'on peut avoir tous les soignants dans une prise en charge mais si on n'a pas le portage des repas, si on n'a pas l'auxiliaire de vie pour aider au transfert voire pour aider aux toilettes, c'est vrai que ça peut bloquer complètement un retour à domicile et une HAD. » E8 L20*

## **iii. L'HAD soumise à des contraintes extérieures : respect des conditions d'interventions prévues par les textes**

L'HAD ne peut pas accepter n'importe quel patient, il y a des **indications précises**. *« Bon après c'est les indications, c'est pas forcément l'HAD, je pense qu'ils les discutent les indications, voilà. » E6 L249*

## **iv. L'HAD soumise à des contraintes extérieures : demande des services hospitaliers**

L'HAD accepte des patients provenant d'autres services hospitaliers, cela se fait parfois dans des **conditions qui ne sont pas optimales** : *« eux aussi j'imagine sont bien tributaires des services qui doivent les prévenir parfois au dernier moment il est vrai. Après quand ils acceptent de prendre les gens en catastrophe voilà. » E6 L67*

## **b. La concertation avec les acteurs de terrain**

### **i. Avis des différents intervenants lors du début d'une prise en charge HAD**

Au début d'une prise en charge HAD, les intervenants qui vont participer à la prise en charge sont contactés, **on demande en particulier l'accord au médecin traitant du patient** : *« on contacte toujours le médecin généraliste, pour avoir son accord pour la prise en charge d'un de ses patients en HAD. » E8 L37*

### **ii. Le médecin traitant aimerait avoir le choix dans l'équipe infirmière avec qui il travaille**

Et il est ensuite question de l'équipe infirmière qui va s'occuper du patient. **Certains médecins voudraient avoir le choix du cabinet infirmier** ce qui n'est visiblement pas toujours le cas : *« là je savais pas qui était l'équipe infirmière j'ai pas demandé parce que, y avait eu par le passé des soucis avec ça, avec des gens qui n'avaient pas d'infirmières et du coup l'HAD en téléphone sans concertation alors que nous on doit travailler sur le terrain*

*avec les infirmières » E6 L10. Cela peut amener des intervenants locaux ne s'appréciant pas à devoir travailler quand même ensemble. « C'était une infirmière libérale avec qui je m'entends pas bien. Et là, ben là c'est merdique. » E7 L291*

### **iii. Manque de concertation avec le médecin généraliste sur le retour à domicile en pratique**

**Quand le patient rentre chez lui avec l'HAD, il n'y a pas toujours de concertation** sur la date avec le médecin traitant ce qui peut être source de tensions : *« On comprend bien qu'ils ont des impératifs mais enfin si ça peut se passer en cours de semaine c'est quand même un tout petit peu plus simple que un vendredi soir. » E6 L127*

### **iv. Accord du MT en début de PEC : avis ou information ?**

Se pose alors la question de l'accord demandé au médecin traitant, lui demande-t-on vraiment son accord ? Pour certains médecins traitant la réponse est claire : *« de fait on a des patients qui rentrent en HAD, de fait on ne choisit pas. » E3 L226* A la lumière des entretiens la règle semble que quand le médecin est appelé pour un de ses patients entrant en HAD, celui-ci n'ait pas vraiment le choix, **il est informé et mis devant le fait accompli.** *« Moi j'ai plus l'impression qu'en tant que médecin généraliste l'HAD mise en place est un fait accompli effectivement, euh, de par l'hospitalisation et la rentrée à domicile » E3 L252.* Toutefois, cela n'est pas vécu forcément comme une contrainte, le médecin sait que son patient devait dans tous les cas rentrer, **il n'estime pas avoir son mot à dire.** *« Ah non parce que moi j'ai pas la notion que l'HAD ce soit pour moi ou pas pour moi. Et donc je rentre pas tellement en compte. » E11 L288*

## **c. Quelques pistes de réflexions autour d'un début de prise en charge en HAD**

### **i. Par quel biais le médecin traitant découvre l'HAD**

Quand on parle d'initiation d'HAD, il peut être intéressant de savoir ce qui pourrait en améliorer le fonctionnement. On a vu précédemment qu'un problème important est le flou qui entoure l'HAD pour le médecin traitant. Certains entretiens donnent des pistes sur comment y remédier. Par exemple, le médecin traitant peut être amené à participer à des **groupes de pairs** avec d'autres médecins, ceux-ci pourraient servir à aborder la question de l'HAD. *« Peut-être ce qui est intéressant aussi c'est les groupes de pairs voilà. » E4 L269* L'HAD peut être découverte au cours d'une prise en charge, il semble même que ce soit le moyen préférentiel pour le médecin traitant, c'est comme ça qu'il fait la connaissance des médecins coordinateurs : *« la communauté de patients qui rapproche les généralistes, fin les médecins*

*entre eux. C'est-à-dire on ne se connaît pas forcément mais le fait d'avoir des patients en commun ça crée des liens entre » E4 L387. Cela peut être aussi une expérience personnelle du médecin qui a été amené à travailler au sein de l'HAD à un moment donné : « je me suis retrouvée à vivre l'HAD en tant qu'interne au sein de l'HAD. Donc mon expérience d'HAD elle est plus intra HAD qu'en tant que médecin généraliste. » E11 L9*

## **ii. Propositions de moyens pour améliorer la connaissance de l'HAD par les médecins généralistes**

Une autre solution serait d'employer des moyens de communication pour faire découvrir l'HAD aux médecins généralistes mais les acteurs de terrain ne sont pas forcément convaincus : *« en terme de temps investi et d'énergie investie versus le bénéfice qu'on en requiert. Faire une publicité, une promotion à grande échelle pour tous les généralistes, il me semble, c'est ce qu'on c'est en tout cas ce qu'on a un peu discuté, moi personnellement je me dis ça va être beaucoup d'énergie pour un gain assez maigre » E4 L235. Peut-être que la solution viendrait des instances qui pourraient avoir les moyens d'organiser une telle campagne de découverte : « je ne crois pas à la grosse campagne HAD mais pourquoi pas mais à ce moment-là c'est un truc à voir avec l'ARS si on a envie de faire la promotion de l'HAD je leur laisse faire la pub quoi. » E4 L279*

## **iii. Réticence des médecins coordonnateurs à faire la promotion de l'HAD**

Venant de la part des médecins coordonnateurs d'HAD, ils se demandent si telle est leur mission première : *« nous, on n'a pas vocation à, bon on fait de la promotion parce que quand on est en collectivité on est content de rameuter, voilà d'avoir des patients et tout, mais c'est pas notre mission à la base quoi. » E4 L 289*

## **iv. Solutions pour l'HAD en milieu éloigné/ rural**

La question des difficultés spécifiques aux prises en charge ambulatoires en milieu rural et à la mise en place d'une HAD dans ce milieu a été abordée précédemment. Pour faire face à ces difficultés, certaines solutions existent déjà : il s'agit **de petits moyens comme une visite du médecin coordonnateur auprès du patient quand celui-ci se déplace à l'hôpital** pour une consultation spécialisée ou un examen : *« quand ils viennent sur le centre hospitalier on va les voir, mais sinon on ne va pas à domicile pour voir ces patients qui sont loin » E8 L185. D'autres solutions pourraient se développer au sein de l'HAD, comme la télémédecine. « Sans parler du coût, si on avait un appareil de télémédecine, de téléassistance dans tous les domiciles notamment les domiciles qui sont loin, le médecin traitant qui est à domicile pourrait nous contacter, et appeler une infirmière. » E8 L169*

## 5. Le médecin traitant au cours d'une prise en charge HAD

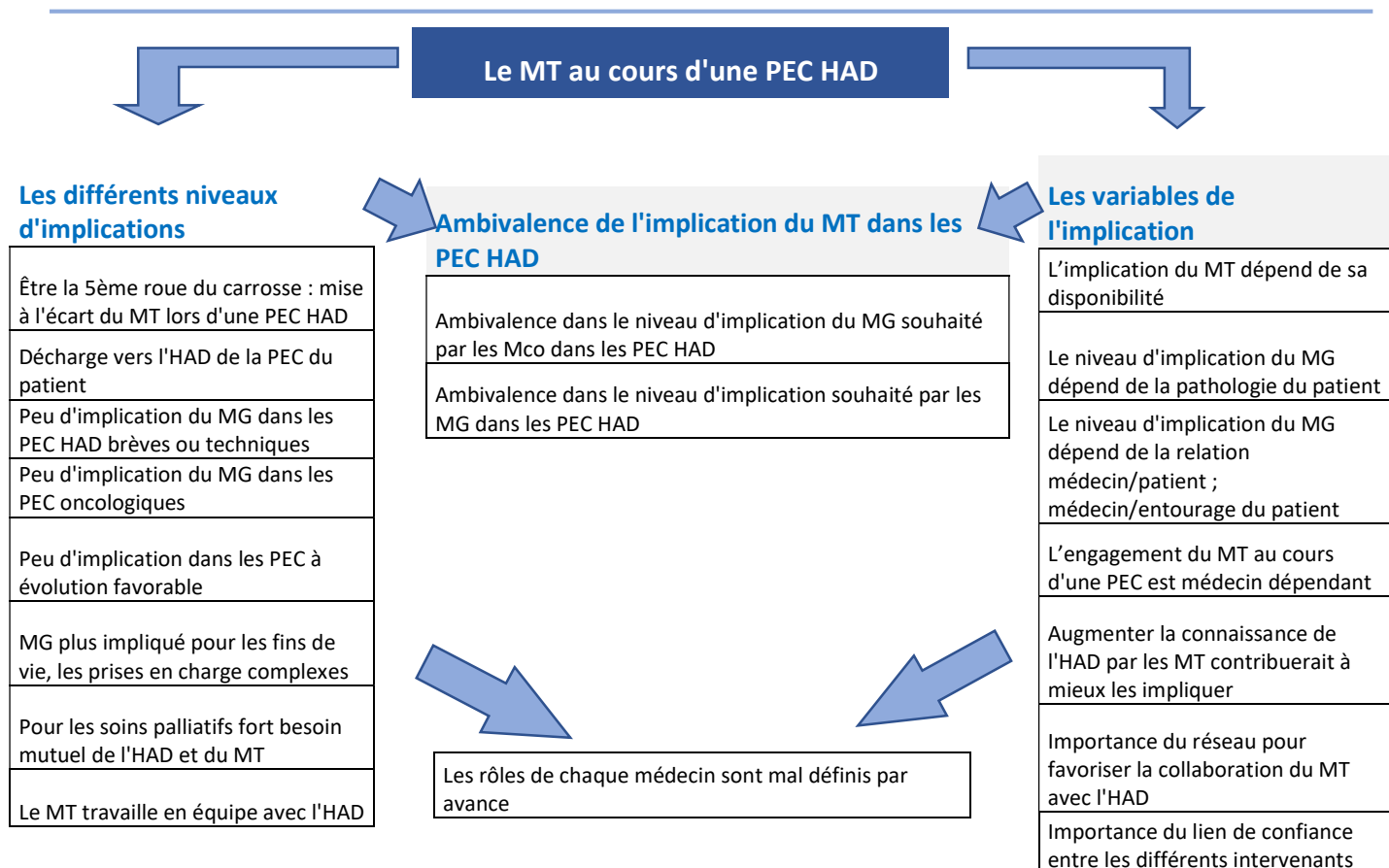


Figure 4 – Le médecin traitant au cours d'une prise en charge HAD

### a. Les différents niveaux d'implications

#### i. Être la 5<sup>ème</sup> roue du carrosse : mise à l'écart du médecin traitant lors d'une prise en charge HAD

Au cours d'une prise en charge HAD, le médecin traitant va être plus ou moins impliqué. Parfois, il se sent clairement mis de côté : « *des fois un peu la cinquième roue du carrosse.* » E2 L50

Il ne participe pas forcément activement à la prise en charge, il est parfois seulement informé de ce qui se passe : « *lors des dernières HAD je n'ai pas été tant sollicité que ça. Informé plutôt.* » E5 L56

Parfois il est carrément mis à l'écart et les soignants ne passent même pas par lui pour régler les problèmes. « *Aussi, les infirmières se retournent volontiers vers l'HAD et le médecin HAD pour régler des problèmes.* » E8 L120

Cela peut d'ailleurs être mal perçu chez certains médecins : *« je sais que j'ai pas mal de confrères qui sont un peu réticents parce qu'ils se trouvent un peu exclus du jeu dans le suivi du patient.. » E5 L78*

## **ii. Décharge vers l'HAD de la prise en charge du patient**

A l'inverse, le fait de ne pas participer peut aussi arranger le médecin : *« quand tout est déjà fait c'est bien. » E2 L53*

Comme il y a déjà des médecins et une équipe qui s'occupent du patient, ce n'est finalement pas la peine de s'en occuper soi-même. *« C'est sûr que certains cas on peut s'appuyer sur eux en disant c'est plus la peine que j'aïlle la voir. » E2 L104*

## **iii. Peu d'implication du médecin généraliste dans les prises en charge HAD brèves ou techniques**

Dans des prises en charge HAD brèves ou techniques, pour une perfusion par exemple, le médecin traitant est peu impliqué. *« Ils s'impliquent beaucoup plus que si c'est un traitement intraveineux, si c'est un pansement ou voilà. » E8 L55*

## **iv. Peu d'implication du médecin généraliste dans les prises en charge oncologiques**

De la même manière, en oncologie, par exemple dans le cadre d'une HAD pour une chimiothérapie, c'est souvent l'oncologue qui prend en charge le patient. Le médecin traitant va peu s'impliquer considérant que cela n'est pas de son ressort : *« quand c'est de la cancéro forcément, ça nous regarde pas... euh on est moins impliqué. » E2 L73*

## **v. Peu d'implication dans les prises en charge à évolution favorable**

De manière générale, quand tout suit son cours, que tout est organisé en amont par l'HAD et qu'il n'y a pas d'événement intercurrent, le médecin traitant est peu impliqué : *« c'est tombé un peu sur des situations particulières, donc quand ça roule bien je ne sais pas, il n'y a peut-être pas besoin de nos services non plus. » E6 L237*

**vi. Le médecin généraliste plus impliqué pour les fins de vie, les prises en charge complexes**

A l'autre bout de l'échiquier, le médecin traitant va être beaucoup plus impliqué dans une prise en charge HAD pour une fin de vie ou une situation complexe : *« ça dépend aussi du motif de prise en charge en HAD du patient. C'est vrai que pour des patients en soins palliatifs, les médecins généralistes ils font tout pour aller à la maison, pour se déplacer... »* E8 L51

**vii. Pour les soins palliatifs fort besoin mutuel de l'HAD et du médecin traitant**

Dans le cas des soins palliatifs à domicile, le médecin traitant va beaucoup plus considérer qu'il a un rôle à jouer, et parallèlement l'HAD va avoir besoin de lui pour réévaluer fréquemment cliniquement le patient. *« A l'inverse pour des prises en charge longues euh où voilà le médecin traitant il est vraiment essentiel, je pense notamment aux prises en charge soins palliatifs, de fin de vie. »* E4 L124

**viii. Le médecin traitant travaille en équipe avec l'HAD**

Le médecin traitant peut ainsi se retrouver complètement intégré dans une équipe au sein duquel il aura un rôle clef à jouer. *« Moi je ressens un travail d'équipe et ça j'apprécie beaucoup. »* E7 L258

**b. Les variables de l'implication**

**i. L'implication du médecin traitant dépend de sa disponibilité**

Qu'est ce qui détermine que le médecin peut s'impliquer ou pas dans la prise en charge ? Vient tout d'abord **sa disponibilité** : *« à la fois ils ont changé de médecin car moi étant sur \*\*\*\* (commune semi rurale située à 11 km de la commune de résidence de la patiente) j'arrivais plus à être assez disponible pour eux, donc ils ont pris un médecin sur \*\*\*\* (commune résidentielle à 40 km du centre d'HAD) »* E11 L22.

**ii. Le niveau d'implication du médecin généraliste dépend de la pathologie du patient**

Ensuite, **selon la pathologie** dont il est question, le médecin va pouvoir plus ou moins s'impliquer en fonction de ses compétences : *« ça dépend quand même de la pathologie initiale quand même »* E2 L70.



**iii. Le niveau d'implication du médecin généraliste dépend de la relation médecin/patient ; médecin/entourage du patient**

**Pour un patient qu'un médecin suit de longue date**, dont il connaît toute la famille, son implication en cas d'HAD est **souvent très importante**. *« Je trouve que le médecin traitant a vraiment une place primordiale hein, quand même. Ça dépend beaucoup du degré de relation, de confiance, et de de comment ça fonctionne avec les proches et la famille aussi. »*  
E7 L268

A l'inverse, **quand le médecin ne connaît ni le patient ni la famille**, par exemple lors d'un remplacement, **il peut avoir plus de mal à pouvoir s'impliquer**. *« Je me souviens d'une fois où l'HAD m'a demandé, ça était, le médecin traitant était en vacances et euh, il fallait voir, c'était un monsieur qui avait, un monsieur diabétique je crois et en attente de dialyse ou dialysé enfin quand même en mauvais état. Et qui avait une énorme plaie, je crois que c'était une plaie de la cuisse suite à une intervention je sais plus. Et ben là ça a été compliqué car je n'étais pas le médecin traitant. »* E7 L285

**iv. L'engagement du médecin traitant au cours d'une prise en charge est médecin dépendant**

Tous les médecins n'ont pas non plus la même appétence pour travailler avec l'HAD, certains sont clairement **pleins de bonne volonté** : *« je l'ai là, HAD voilà je vais dans mes favoris (regarde sur son ordinateur et ouvre le logiciel). »* E7 L149

**v. Augmenter la connaissance de l'HAD par les médecins traitants contribuerait à mieux les impliquer**

Parfois devant une situation donnée, le médecin **ne pense tout simplement pas à l'HAD car il ne la connaît pas** : *« il y a peut-être des généralistes du coup qui ne nous appellent pas parce que ils ne savent pas que l'HAD pourrait intervenir. »* E4 L240

Beaucoup sont demandeurs d'être **mieux informés** pour savoir quel est leur rôle à jouer au sein de la prise en charge : *« nous expliquer vraiment comment ça fonctionne, que ce soit en termes de mise en place à quel moment on est informé, quelle est notre place là-dedans. Qu'est-ce qu'on attend de nous ou pas ? »* E9 L162

## **vi. Importance du réseau pour favoriser la collaboration du médecin traitant avec l'HAD**

Le rôle du réseau est loin d'être anecdotique, **un médecin traitant qui connaît personnellement les médecins coordinateurs de l'HAD va avoir beaucoup plus de facilité à travailler avec l'HAD.** *« Le fait de connaître les médecins sur place, le fait de les rencontrer, de discuter, et d'échanger sur nos métiers réciproques, ça a permis de, voilà, de débloquer certaines situations. » E1 L101*

## **vii. Importance du lien de confiance entre les différents intervenants**

Quand **les intervenants ont confiance entre eux et réussissent à bien travailler en équipe**, cela donne une **impression de travail bien fait** : *« y a vraiment des prises en charge où euh en particulier pour des prises en charge qui sont prenantes, les soins de vie, les soins de confort à domicile, les soins en fin de vie et les soins palliatifs y a vraiment des belles choses humaines de belles aventures humaines en fait, même que ce soit qu'au téléphone ; y a des généralistes je sais même pas la tête qu'ils ont et vice versa quoi. Ya des belles prises en charge communes et euh et on est content, on est content, fin ça se sent on est content d'avoir collaboré. » E4 L389*

A l'inverse, **si des soignants n'ont pas confiance, ils peuvent devenir réfractaires à travailler ultérieurement avec l'HAD** : *« il faut gérer un peu les gens qui sont réfractaires à l'HAD, mais pas les patients, plutôt les soignants, qui sont réfractaires. » E11 L84*

Certains médecins traitants ne sembleraient pas prêts à partager la prise en charge du patient à domicile, mais ces cas ont toujours été décrits comme le fait d'autres médecins : *« je pense qu'il y a encore beaucoup de médecins qui ont l'impression qu'on marche sur leurs plates-bandes dès que, dès qu'on vient travailler là où ils sont. » E11 L158*

## **c. Ambivalence de l'implication du médecin traitant dans les prises en charge HAD**

### **i. Ambivalence dans le niveau d'implication du médecin généraliste souhaité par les médecins coordonnateurs dans les prises en charge HAD**

Il y a une ambivalence dans l'implication du médecin traitant dans la prise en charge HAD, celle-ci concerne tout d'abord **la place que le médecin coordinateur est prêt à lui accorder** : *« si y a vraiment des gros points je vais l'impliquer mais grosso modo je ne l'implique pas tellement parce que (...) j'ai pas besoin d'une collaboration étroite avec lui. » E4 L122.*

## **ii. Ambivalence dans le niveau d'implication souhaité par les médecins généralistes dans les prises en charge HAD**

Ensuite cela concerne la place que le médecin traitant voudrait avoir dans la prise en charge. **Il souhaite être impliqué mais n'a pas forcément beaucoup de temps pour.** *« D'un autre côté aussi, ça nous arrange bien de pas avoir à gérer de choses compliquées parce que du temps, on cherche où est ce qu'on peut trouver cinq petites minutes à gauche où à droite pour pouvoir faire ce qu'on a à faire. » E5 L108*

## **d. Les rôles de chaque médecin sont mal définis par avance**

Tout ceci amène au constat que la place du médecin traitant est variable au sein de la prise en charge HAD, et va pouvoir être **très différente d'une fois à l'autre.** *« Et bien de mémoire oui, celle-ci où j'ai jamais pu voir mon patient, le médecin, l'HAD a fait la prise en charge à domicile, c'est la seule fois. » E3 L41*

Chacun des médecins, coordinateur et généraliste peut ne pas savoir quel rôle il jouera à l'avance dans la prise en charge, et fait au mieux à un instant donné pour prendre en charge le patient : *« pour le reste ben voilà chacun, voilà ... chacun fait ce qui lui semble bien. » E4 L210*

## 6. La qualité de la communication comme variable de la place du médecin traitant dans la prise en charge HAD

| La qualité de la communication comme variable de la place du MT dans la PEC HAD                |
|--|
| <b>La communication est centrale dans la PEC HAD</b>   |
| Importance de la communication en début et en fin de PEC HAD                                   |
| Importance du partage d'information pour la collaboration autour du patient                    |
| Satisfaction du MT par rapport à la communication avec l'HAD                                   |
| Moyen de communication préférentiel  |
| <b>Les écueils de la communication</b>   |
| Méconnaissance du dossier médical commun avec l'HAD  |
| Les problèmes d'utilisation par MT du logiciel médical de l'HAD                                |
| Ratés dans l'échange d'information au sujet de la PEC HAD                                      |
| Manque de temps pour la communication entre le médecin généraliste et le médecin coordonnateur |
| La qualité de la communication est médecin dépendante  |
| <b>Les stratégies d'adaptation de la communication du fait des difficultés</b>                 |
| L'HAD s'adapte à la disponibilité du MT pour communiquer                                       |
| Nécessaire sélection des informations transmises selon leur pertinence                         |
| Le niveau d'information vers le MG dépend du type de PEC                                       |
| Les paramédicaux permettent de faire du lien entre les intervenants au domicile                |

**Figure 5** - La qualité de la communication comme variable de la place du médecin traitant dans la prise en charge HAD

### a. La communication est centrale dans la prise en charge HAD

#### i. Importance de la communication en début et en fin de prise en charge HAD

Comme le médecin coordonnateur et le médecin traitant vont devoir travailler ensemble, la communication est primordiale. Les médecins interrogés insistent sur le rôle de la **communication aux moments charnières que sont le début et la fin de la prise en charge HAD**. « *Le coup de téléphone pour présenter la situation avant le retour à domicile. Donc je trouve c'est très confraternel, c'est bien, on est dans l'échange des dernières informations.* »

E3 L31

Le médecin traitant ne sait pas exactement tout ce qui s'est passé lors de l'hospitalisation conventionnelle ou pendant une prise en charge oncologique. Donc quand le patient rentre à domicile avec une HAD, le médecin coordinateur va mettre au courant le médecin traitant : *« des patients où vraiment c'est une prise en charge lourde, compliquée, je vais les appeler, euh, éventuellement refaire la synthèse un peu de ce qui s'est passé en hospitalisation complète avant qu'il ne soit pris en HAD. » E4 L128*

## **ii. Importance du partage d'information pour la collaboration autour du patient**

On voit que **la communication est garante d'une bonne collaboration** entre les intervenants, par exemple entre le médecin traitant et l'équipe d'infirmier libéraux. *« On a des cabinets on n'a pas de retour on n'a rien, si faut courir après l'information c'est déjà pas simple, des pathologies un peu lourdes et voilà, donc il faut déjà faire le lien avec l'HAD. Si déjà ça ne se fait pas bien nous en libéral, sur le terrain c'est sûr que c'est plus, c'est plus compliqué. » E6 L100*

Quand la collaboration avec l'équipe d'HAD est aisée, le médecin traitant peut intervenir dans de bonnes conditions, il juge cela **indispensable**. *« À partir du moment où la communication est facile avec l'équipe et notamment le médecin prescripteur, le médecin de l'HAD quoi, moi je... par contre ça c'est indispensable ça, il faut que la communication soit facile quoi. » E12 L203*

La communication lui permet à la fois de savoir concrètement où en sont les prescriptions mais aussi où en est la prise en charge et de pouvoir ainsi le **réexpliquer au patient et à sa famille**, ce qui est un rôle important du médecin généraliste : *« Par contre ça c'est indispensable, ouais, s'il y a pas de communication alors là ça devient le binz là. On sait pas ce qu'est prescrit, on ne sait pas ce qui est fait. Alors là on peut plus répondre aux gens de ce qui se dit, de ce qui se fait. » E12 L215*

## **iii. Satisfaction du médecin traitant par rapport à la communication avec l'HAD**

Globalement, beaucoup de médecins traitants se disent satisfaits de la communication avec l'HAD. *« Alors moi ça a été très facile en fait, de ce côté-là, j'ai pu joindre le médecin responsable pour le coup euh, qui... c'est \*\*\*\* (nom d'interne en HAD), donc j'ai pu la joindre très très facilement. Donc il n'y avait aucun souci, dès qu'il y avait une interrogation, la communication c'était bon, impeccable. » E12 L120*

#### **iv. Moyen de communication préférentiel**

Le moyen de communication plébiscité demeure **le téléphone** : *« oui par téléphone c'est quand même bien. » E6 L214*

#### **b. Les écueils de la communication**

##### **i. Méconnaissance du dossier médical commun avec l'HAD**

Demeurent toutefois des écueils, des éléments qui ne favorisent pas la communication, comme par exemple la méconnaissance par certains médecins généralistes de l'existence d'un dossier médical commun avec l'HAD. *« Ça existe peut-être mais on ne m'a pas expliqué, et je n'ai pas cherché non plus (rire). Voilà ils doivent avoir certainement mais je ne sais pas si du coup nous de l'extérieur on peut aller y mettre quelque chose, voilà, disant visite du médecin le : tac tac tac j'ai vu. » E6 L226*

##### **ii. Les problèmes d'utilisation par médecin traitant du logiciel médical de l'HAD**

Ce dossier médical est informatisé, dans un des deux centres d'étude, le médecin traitant peut y avoir accès mais cela n'est pas toujours simple d'autant qu'il ne s'en sert pas forcément souvent s'il a peu de patients en HAD : *« franchement je le trouve vraiment pas bien. J'ai toujours pas compris, alors je bidouille, je bidouille, je bidouille. » E7 L150*

##### **iii. Ratés dans l'échange d'information au sujet de la prise en charge HAD**

Enfin, même par téléphone, cela n'est pas toujours simple de toujours communiquer, il peut y avoir des ratés. Par exemple le médecin coordonnateur peut ne pas avoir prévenu le médecin traitant. *« Des fois ça peut passer à l'as mais j'essaie de m'astreindre au maximum à ça. » E4 L349*

A l'inverse le médecin traitant peut avoir du mal à joindre l'HAD. *« Du coup il m'a donné un numéro de téléphone lui (le patient ndlr) de l'HAD, que j'ai appelé, je suis tombée sur une coordinatrice je pense, ou une infirmière je ne sais pas, qui m'a dit que ... elle n'était pas au courant, et bien ça a ramé. » E9 L15*

Parfois, un patient a été en HAD mais le médecin traitant n'a jamais eu l'occasion de communiquer avec l'HAD : *« je n'ai jamais été en contact avec l'HAD pour ce patient. » E9 L25*

#### **iv. Manque de temps pour la communication entre le médecin généraliste et le médecin coordonnateur**

C'est souvent le **manque de temps qui dégrade la qualité de la communication** : *« des fois quand tu es débordé dans ton boulot t'as juste pas le temps de faire du lien même si tu aimerais en faire que ce soit dans un sens ou dans l'autre. » E4 L370*

#### **v. La qualité de la communication est médecin dépendante**

Mais **tous les médecins ne sont pas non plus égaux devant leurs capacités et possibilités de communiquer**. *« Après aussi y a la volonté personnelle de chaque intervenant de plus ou moins de communiquer. » E4 L368*

### **c. Les stratégies d'adaptation de la communication du fait des difficultés**

#### **i. L'HAD s'adapte à la disponibilité du médecin traitant pour communiquer**

Pour contourner le problème du manque de disponibilité pour communiquer des intervenants tous les moyens sont bons et **l'HAD s'adapte** : *« et là on fait de façon un peu succincte en fait on peut fonctionner aussi avec les mails, voire des sms, ça m'est arrivé avec certains médecins généralistes. » E8 L95*

#### **ii. Nécessaire sélection des informations transmises selon leur pertinence**

Toutes les informations ne sont pas pertinentes et **certaines peuvent être omises** ; *« que je cible l'intérêt derrière du généraliste d'avoir l'info. » E4 L334*

De toute manière un médecin noyé sous l'information ne va pas en tirer bénéfice, le médecin traitant **préfère des informations qui lui servent et qui vont à l'essentiel** : *« ils nous envoient leur grand, pas très pratique ce courrier immense avec les plans pour y aller, avec tout des trucs un peu bizarres, euh tous leurs médicaments nous une ordonnance ça nous suffit, le protocole, le voilà , toute la planification des soins je trouve un peu lourde et pas très euh voilà bon. » E6 L74*

#### **iii. Le niveau d'information vers le médecin généraliste dépend du type de prise en charge**

Pour une **prise en charge technique où il n'aura qu'un rôle mineur à jouer, l'information pour le médecin traitant a un intérêt moindre** et les moyens de communication sont ainsi adaptés. *« Une prise en charge on va dire purement technique euh voilà je laisse les secrétaires informer le médecin traitant. » E4 L118*

#### iv. Les paramédicaux permettent de faire du lien entre les intervenants au domicile

Les intervenants **paramédicaux** à domicile, présents très fréquemment au lit du malade, ont un **rôle crucial pour faire naviguer les informations** entre les différents médecins, le patient et son entourage : « *c'est souvent je pense leurs infirmières qui font quand même le lien puisque elles voient, voilà elles voient qu'il y a un changement, les changements de traitement puisque c'est elles qui apportent les médicaments, tout ça, on fait les ordonnance elles prennent les ordonnances, elles prennent, donc euh voilà.* » E6 L231

### 7. Le médecin traitant et le médecin coordonnateur : deux médecins pour un seul patient

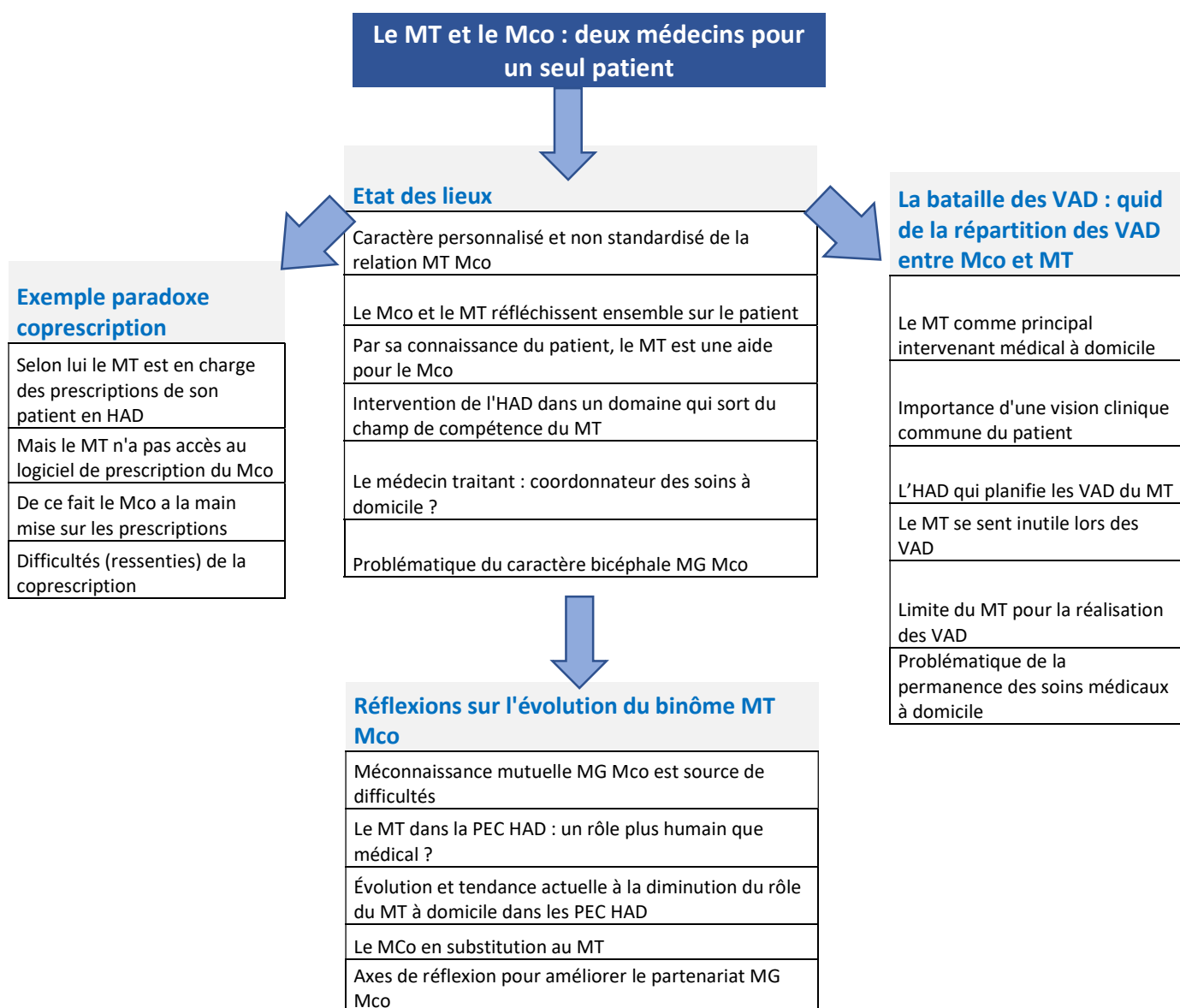


Figure 6 - Le médecin traitant et le médecin coordonnateur : deux médecins pour un seul patient.



## **a. Etat des lieux**

### **i. Caractère personnalisé et non standardisé de la relation médecin traitant / médecin coordonnateur**

Comme décrit précédemment, lors d'une prise en charge HAD, il y a souvent deux médecins autour du malade, le médecin coordonnateur et le médecin traitant. Leur interaction ne peut pas être standardisée, c'est **une relation à géométrie variable et personnalisée** : *« pour moi ça fait référence à une relation et comme dans toutes les relations ben c'est à géométrie variable ça dépend des ça dépend de la personne, de l'interlocuteur, donc à chaque médecin généraliste finalement on se retrouve avec une nouvelle façon de procéder quoi un peu. » E4 L62*

### **ii. Le médecin coordonnateur et le médecin traitant réfléchissent ensemble sur le patient**

Chacun des deux médecins a ses spécificités cela leur permet d'avoir **un apport différent sur la situation et de réfléchir ensemble autour du patient** : *« je trouve que le médecin coordonnateur de l'HAD, moi je trouve qu'il a sa place à côté de nous, en tout cas il est très aidant. » E3 L30*

Il y a un **caractère bicéphale** de cette réflexion : *« c'est vraiment une réflexion à deux têtes » E4 L61*

**Réfléchir à plusieurs peut être une force** *« Et puis même réflexion entre pair, quoi, on réfléchit mieux à plusieurs. » E7 L337*

**Schématiquement, le médecin coordonnateur apporte le côté technique hospitalier alors que le médecin traitant lui a la connaissance de son patient et de son entourage.** *« Mais éventuellement qu'on en discute ça permet d'avoir une discussion, un avis technique sur les thérapeutiques pour lesquelles je suis pas forcément tip top, et puis moi j'ai peut-être une connaissance peut-être du patient, son ressenti, comment il est, psychologique et puis l'entourage aussi. Ce que m'en dit l'entourage aussi. » E12 L174*

### **iii. Par sa connaissance du patient, le médecin traitant est une aide pour le médecin coordonnateur**

**Le médecin traitant apporte une aide au médecin coordonnateur, il possède des informations** que le médecin coordonnateur n'a pas : *« discuter sur une prise en charge,*

*discuter d'un patient où je suis pas à l'aise, où il me manque des éléments, voilà avoir des infos du côté du médecin traitant, qu'est-ce qu'il en pense. » E4 L344*

**Le médecin coordinateur va souvent intervenir ponctuellement** dans le parcours du patient alors que **le médecin traitant le connaît d'avant voire parfois de longue date** donc il lui apporte cette expertise là. *« C'est ça, parce que moi je vois quelqu'un que je connais potentiellement, avec un entourage que je connais. Je pense que les gens ils peuvent dire des choses au médecin qui est bien connu, plus facilement des fois qu'à un médecin hospitalier, moins connu, voilà. » E12 L181*

#### **iv. Intervention de l'HAD dans un domaine qui sort du champ de compétence du médecin traitant**

A l'inverse, **des prises en charge techniques** comme la nutrition parentérale peuvent ne pas être bien maîtrisées par le médecin traitant, il laisse l'HAD gérer cet aspect. *« Moi j'avais dit clairement que je ne voulais pas m'occuper de la nutrition parentérale. Parce que c'était pas mon domaine. Et que je n'y connaissais rien. » E1 L19*

Idem dans le domaine des **soins palliatifs**, certains médicaments sont plutôt d'usage hospitalier habituellement et leur adaptation nécessite une expérience que n'a pas toujours le médecin traitant. Le médecin d'HAD en a plus l'habitude. *« Après techniquement, euh, j'aurais plutôt tendance à laisser la part au médecin de l'HAD. Notamment si on parle de palliatif avec jonglage sur des thérapeutiques pour lesquelles je n'ai pas une grande habitude. » E12 L157*

#### **v. Le médecin traitant : coordonnateur des soins à domicile ?**

On peut donc se poser la question du rôle du médecin traitant à domicile, est-ce vraiment lui qui coordonne les soins ? Certains médecins ont vraiment l'impression d'avoir été **le chef d'orchestre** de la prise en charge, **des coordinateurs** : *« le chef d'orchestre c'était le médecin traitant et j'ai toujours eu cette impression dans une intervention d'un patient suivi par l'HAD, ce n'est que mon point de vue mais d'être le coordinateur en fait, c'est à dire... » E3 L170*

Mais cette coordination à domicile peut être vue comme une charge, et une **aide est plutôt bienvenue** : *« et de la coordination en plus. Même si peut être que il faudrait que je sache utiliser plus si y a une infirmière coordinatrice, plus l'utiliser, tu vois mais... ouais ça demande de la coordination en plus. » E10 L119*

Parfois le médecin traitant ne sait même pas exactement quels sont les intervenants, **il participe à la prise en charge mais ne coordonne pas**, c'est l'HAD qui s'en charge : *« les*

*intervenants qui peuvent intervenir hors équipe de l'HAD, euh, en dehors de moi je sais pas bien qui citer. Je sais pas... pour moi les infirmières libérales n'interviennent pas. » E12 L82*

Donc dans ce cadre il serait lui-même plutôt comme **un des intervenants** mais sans gérer les autres : *« j'ai un doute, savoir s'il y a pas eu une intervention infirmière effectivement du local, je ne sais pas. » E12 L88*

#### **vi. Problématique du caractère bicéphale MG médecin coordonnateur**

On a vu que dans la prise en charge HAD, deux médecins interviennent autour du patient : *« c'est le fait d'être bicéphale en fait dans la prise en charge. » E4 L68*

#### **b. Exemple du paradoxe de la coprescription**

##### **i. Selon lui le médecin traitant est en charge des prescriptions de son patient en HAD**

Ce caractère bicéphale induit des paradoxes, le plus évident est celui qui concerne la **coprescription**.

De son point de vue, le médecin traitant est en charge des prescriptions lors de la prise en charge HAD. *« Alors justement je n'ai pas mémoire, de souvenir, de prescriptions qui ont été faites par l'HAD et ne me concernaient pas en fait. » E3 L154*

C'est lui qui adapte, qui décide : *« on fait quoi on change un traitement, on modifie, on hospitalise, voilà euh. Voilà Ça a été souvent comme ça des échanges comme ça. » E6 L173*

##### **ii. Mais le médecin traitant n'a pas accès au logiciel de prescription du médecin coordonnateur**

Dans nos territoires d'étude, le médecin traitant n'a pas accès au logiciel de prescription de l'HAD, il peut faire des prescriptions mais pas directement sur le logiciel : *« c'est le logiciel où c'est juste le coordonnateur de l'HAD qui a accès. » E4 L96*

##### **iii. De ce fait le médecin coordonnateur a la main mise sur les prescriptions**

Donc quand le médecin traitant fait une prescription cela passe forcément par le médecin coordonnateur : *« d'avoir un logiciel où il n'y a que le médecin coordonnateur de l'HAD qui vraiment a accès, voilà c'est quelque chose, il faut un partenariat. » E4 L68*

##### **iv. Difficultés (ressenties) de la coprescription**

Une coprescription effective paraît difficile à réaliser : *« il y aura des choses qui de toute façon ne pourront pas se mettre en place je pense. Euh voilà, par exemple la coprescription*

*effective, c'est-à-dire systématiquement à chaque changement de traitement, non je pense que c'est illusoire. » E4 L205*

Le médecin traitant ne vit pas forcément mal la situation mais il veut que cela reste confraternel, qu'il ne soit pas jugé. *« moi ça me gêne pas qu'on me donne des conseils de prescription, qu'on prescrive à ma place, la seule chose peut-être que j'apprécierais pas c'est qu'on me poignarde par derrière. Je sais qu'il y a beaucoup de gens qui ont tendance à critiquer. » E11 L227*

Le médecin traitant a parfois l'impression qu'il **faut faire un choix pour plus de cohérence quitte à perdre son rôle de prescripteur** dans cette situation. *« Ça me frustre pas de pas être prescripteur donc est-ce qu'il faut réévaluer pour que je puisse être prescripteur, non parce que je pense que 2 prescripteurs en parallèle c'est plus forcément toujours bien cohérent. » E12 L199*

### **c. La bataille des visites à domicile (VAD) : quid de la répartition des VAD entre médecin coordonnateur et médecin traitant**

#### **i. Le médecin traitant comme principal intervenant médical à domicile**

Un autre domaine où se manifeste la dualité médecin traitant – médecin coordonnateur est le champ des **visites à domicile**.

Normalement **les visites sont l'apanage du médecin traitant**. *« Ouais normalement on est censé y aller régulièrement. » E2 L107*

Un patient en HAD est souvent lourd, il faut donc **des visites fréquentes** : *« de patients qui étaient suivis par l'HAD j'y allais, je faisais mon suivi euh hebdomadaire, ou 2 - 3 fois dans la semaine s'il fallait, si ça s'aggravait, mais sinon plutôt hebdomadaire quand c'était tranquille. » E3 L157*

Il faut pouvoir y aller au moment où le patient s'aggrave, c'est-à-dire **à n'importe quel moment** : *« quand il s'est aggravé la nuit, moi j'y suis allée, elles étaient là, c'était super vraiment. » E7 L102*

Le médecin se sent un peu **obligé d'y aller**, surtout si ce sont des patients du cabinet qu'il suit habituellement. *« Je vais pas commencer à suivre les gens pendant vingt ans et quand ils vont moins bien qu'ils peuvent plus bouger, ah non non je ne me déplace pas. Ça m'énerve. » E7 L306*

Il sait vraiment sa plus-value à domicile, connaissant le contexte du patient et permettant **d'intervenir dans la prise en charge globale**. *« Le généraliste il connaît un peu plus le contexte, il est, il voit plus comment c'est à la maison et il connaît plus les intervenants locaux. Donc il peut faire, peut-être aider dans la prise en charge globale, et comme il est sur le terrain il serait effecteur de terrain. » E10 L160*

Le médecin traitant sait que le médecin de l'HAD ne peut pas forcément se déplacer à domicile à la demande, donc lui va y aller et évaluer son patient cliniquement. *« si ça permet d'éviter un aller – retour du médecin de l'HAD à domicile, moi je vois le truc clinique et voilà je l'ai vu comme ça, il faut peut –être ajuster une thérapeutique, et je le laisse faire ! » E12 L186*

## **ii. Importance d'une vision clinique commune du patient**

Etre les yeux du médecin coordinateur n'est pas forcément suffisant pour avoir **une vision commune du patient**, parfois le médecin traitant voudrait pouvoir faire une visite ensemble pour avoir les mêmes idées. *« Pour orienter le traitement, juste réajuster. Parce qu'un coup de fil c'est bien mais allez voir le patient ensemble à domicile c'est encore mieux. » E7 L333*

## **iii. L'HAD qui planifie les VAD du médecin traitant**

A l'inverse, le médecin coordinateur **doit parfois pousser le médecin traitant** pour qu'il évalue régulièrement le patient : *« j'essaye de voir avec eux si on ne peut pas fixer une visite à domicile de leur part sur une base régulière de manière à ce que ben voilà eux soit vraiment actifs. » E4 L130*

Ce dernier point n'est pas forcément apprécié par le médecin traitant qui voudrait avoir la liberté d'y aller quand bon lui semble. *« Si on me dit, "tu dois faire deux visites par semaine" et qu'elles servent à rien, non là ça va pas le faire. » E11 L282*

**Le médecin traitant fait des visites mais quand il pense que c'est utile**. *« J'irai faire le nombre de visites que j'estime nécessaire. Mais je les ferai quoi. Sans aucun souci. » E11 L282*

## **iv. Le médecin traitant se sent inutile lors des VAD**

Parfois, le médecin traitant fait une visite mais **il ne se sent pas utile sur place** : *« quelque part des fois tout est fait comme il faut donc euh on n'a plus grand-chose à faire sur place. » E2 L107*

Il constate des symptômes mais il a l'impression que son action ne change pas la prise en charge. « *Le monsieur à part vérifier que ben effectivement oui il commençait à avoir un peu de fièvre euh voilà, euh qu'est-ce que je vais faire.* » E6 L35

#### **v. Limite du médecin traitant pour la réalisation des VAD**

Parallèlement, malgré sa bonne volonté, le médecin traitant **est limité dans sa possibilité de faire des visites à domicile.** « *Les VAD c'est très chronophage, c'est usant physiquement. C'est fatigant de devoir prendre sa bagnole de s'en aller ... chercher... ça prend du temps.* » E5 L129

De surcroît, le médecin n'a **pas l'impression d'être dans des conditions idéales** pour travailler. « *T'as pas de dossier médical sous les yeux, donc il va manquer la dernière bio, la creat t'en sais rien et puis il a pas eu déjà un bilan cardio au fait ? Qu'est-ce qu'il disait ? Ben t'en sais rien, t'as pas de dossier, c'est le bordel, ça t'énerve, t'avances pas, tu fais pas de la bonne médecine.* » E5 L130.

Quand on lui demande de passer, il lui est **souvent difficile de pouvoir y aller rapidement** « *je leur ai bien dit, vous leur dites que je vais passer, je vais passer ben, quand je pourrai, quand j'aurais tout fini au cabinet.* » E6 L27

#### **vi. Problématique de la permanence des soins médicaux à domicile**

Le médecin d'HAD se retrouve souvent face à un vrai problème, **il ne sait pas qui faire intervenir à domicile** quand lui-même n'est pas disponible pour y aller. « *Une fois on appelle SOS médecins, une fois c'est nous qui nous déplaçons, une fois c'est la famille qui va au cabinet du médecin généraliste pour avoir un traitement pour récupérer une ordonnance. Une fois c'est quand même le médecin traitant qui va à domicile donc c'est vrai que c'est problématique.* » E8 L45

#### **d. Réflexions sur l'évolution du binôme médecin traitant médecin coordonnateur**

##### **i. La méconnaissance mutuelle médecin généraliste - médecin coordonnateur est source de difficultés**

Ceci nous amène à discuter des évolutions en cours et de celles à prévoir dans le binôme médecin généraliste – médecin coordonnateur. Il est intéressant de rappeler pour cela ce qui peut être une pierre d'achoppement. La **méconnaissance mutuelle** est une source de difficultés : « *Toujours l'impression que l'autre fait pas son métier ou veut pas le faire et tout et tout.* » E1 L92

Chacun vit dans **des réalités différentes** et toute la difficulté est de faire le lien : *« comment faire le lien alors qu'on est dans des réalités différentes avec euh on est dans des bulles quoi donc c'est poreux mais ça reste quand même des bulles. »* E4 L176

**ii. Le médecin traitant dans la prise en charge HAD : un rôle plus humain que médical ?**

Certains entretiens suggèrent que finalement le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge HAD **ne serait pas tant de s'occuper des prescriptions, de la coordination et du côté technique mais plutôt d'être présent auprès de son patient.** *« Et de m'inclure dans la prise en charge et de garder le lien de confiance du patient et de son médecin traitant. »* E3 L15

Ceci est clairement dit par certains médecins. *« Peut-être que finalement si l'HAD prend le relais, ils se mettent à prendre en charge la technique et nous on est là pour le versant peut-être plus psychologique, et accompagnement. »* E11 L215

Le médecin traitant **garderait sa place mais plus dans l'accompagnement et l'information** concernant la prise en charge plutôt qu'en tant qu'acteur technique. *« De référent connu, oui voilà, moi je me positionnerais plutôt comme ça, comme référent connu, disponible pour donner des explications ou rediscuter. »* E12 L153

Son rôle central serait donc plus dans le relationnel : *« et puis moi plutôt sur le côté relationnel. »* E12 L165

**Cela est corroboré par le fait de vouloir laisser au médecin coordinateur la prescription dans un souci de cohérence :** *« Alors moi je ne suis pas frustré de ne pas être le prescripteur. »* E12 L192

**iii. Évolution et tendance actuelle à la diminution du rôle du médecin traitant à domicile dans les prises en charge HAD**

Pour ce qui est de l'intervention à domicile du médecin traitant, l'évolution sur notre territoire d'étude semble aller vers de moins en moins de participation de celui-ci. *« Je dirais que de plus en plus j'ai de moins en moins à interagir en HAD, je suis de moins en moins sollicité. »* E5 L52

**L'HAD va de plus en plus faire le travail elle-même** sans faire appel au médecin traitant. *« C'est de plus en plus l'hôpital qui a un tentacule à la maison du patient. »* E5 L53

Peut-être cela est-il à mettre sur le compte de **la moindre disponibilité des médecins généralistes pour faire des visites à domicile.** *« Par contre ce qu'ils nous disent de plus en plus souvent c'est qu'ils ne peuvent pas faire de visites à domicile. » E8 L39*

Le médecin généraliste qui ne peut pas faire de visite à domicile va donc nécessairement **s'appuyer sur l'HAD et le médecin coordinateur :** *« je pense qu'il y a une évolution des rôles de chacun. Soit du médecin coordinateur, soit des médecins généralistes. Je pense que les médecins généralistes s'appuient beaucoup sur le médecin coordonnateur, plus qu'avant. » E8 L107*

Le médecin coordinateur, lui, **aimerait avoir un appui, mais il ne le trouve pas toujours.** *« Et parallèlement le médecin coordonnateur il n'arrive pas à avoir cet appui autant qu'avant sur certaines prises en charge. Donc il fait plus de choses, euh, donc il devient beaucoup plus prescripteur qu'il y a cinq, six ans. » E8 L116*

#### **iv. Le médecin coordonnateur en substitution au médecin traitant**

Tout cela va dans le sens **d'une substitution du médecin coordinateur au médecin traitant au cours d'une prise en charge HAD :** *« un médecin traitant qui n'est jamais joignable et que je ne sens pas forcément impliqué c'est sûr que là pour le coup je vais pas insister et je fais les choses moi-même. » E4 L137*

#### **v. Axes de réflexion pour améliorer le partenariat médecin généraliste médecin coordonnateur**

Comment améliorer les choses ? Peut-être **définir à l'avance, avant chaque prise en charge quels seront les rôles de chacun.** *« Faudrait justement peut être définir à l'avance qu'est-ce qu'on va faire, qui pour faire quoi... Mouais. » E2 L101*

**Rediscuter avant chaque prise en charge, de manière personnalisée quel rôle chacun va pouvoir prendre :** *« voir à l'avance, essayer de discuter à l'avance euh, ok la personne rentre en HAD, mais quels sont les objectifs et quelle est la place de chacun à l'avance, qui va gérer quoi dans l'affaire. » E5 L114.*



## **IV. Discussion**

### **1. Forces de l'étude**

Pour répondre à notre question, la méthode qualitative était un point fort de l'étude car permettant une exploration large et sans limitation de ce que vivent au quotidien les médecins généralistes. Elle permet aux médecins d'aller plus au fond de leur réflexion. A l'inverse, un questionnaire n'aurait pas été pertinent, car l'étude cherchait à explorer de manière ouverte les points de vue des médecins traitants sur leur rôle lors d'une HAD. Ce type de méthodologie paraît plus adapté dans la recherche spécifique d'intérêt et d'insuffisance dans un fonctionnement. C'est ce qui avait été fait à l'HAD de Crest. (14) A ce stade de la réflexion concernant notre sujet, une méthode d'analyse quantitative ne nous paraissait pas plus adaptée car n'ayant pas d'hypothèse à tester, nous ne cherchions pas un résultat chiffré. A l'issue de ce travail toutefois, les hypothèses mises en évidence pourront être testées, soit via une méthodologie purement quantitative, soit affinées puis testées via une méthode mixte. (15)

L'étude concernait deux secteurs d'HAD, ce qui permettait d'avoir un retour d'expérience plus large des médecins traitants. En effet chaque HAD a ses spécificités de fonctionnement et un secteur d'intervention plus ou moins large. Si dans le cadre de notre étude qualitative nous ne pouvons pas parler d'augmentation de la puissance, le fait de ne pas nous limiter à un seul secteur d'HAD nous a toutefois permis d'augmenter la population potentielle étudiée et ainsi d'obtenir plus de données.

Ainsi, les médecins traitants ont pu être recrutés sur des secteurs très variés, avec des profils variés, correspondant à la recherche de variation maximale afin de recueillir des opinions disparates.

Les investigateurs ont participé à une formation de deux jours sur la recherche qualitative via l'école d'automne de la FAYRGP, avant de débiter la phase de recueil des données. Ceci a permis d'augmenter la qualité méthodologique de ce travail.

Avant de débiter les entretiens, les investigateurs ont mis en avant leur a priori sur la question de recherche afin de s'en détacher pour le travail de recherche.

Les deux premiers entretiens ont été effectués en binôme par les investigateurs, dans le but d'être le plus reproductibles entre eux dans la manière de mener les entretiens.

Une triangulation de l'analyse a été effectuée par les deux investigateurs, permettant de renforcer la validité des résultats. (16)

Nous avons pris en compte les critères COREQ. (11)

## **2. Limites de l'étude**

### Biais de sélection

Nous n'avons réalisé que deux entretiens avec des médecins coordonnateurs principalement parce qu'ils sont peu nombreux et que notre travail se focalisait plus sur le point de vue du médecin traitant.

### Biais de mémorisation :

Les prises en charge HAD restaient rares pour les médecins interrogés. Au cours des entretiens, nous constatons régulièrement que les souvenirs des prises en charge passées manquaient de précision.

### Biais d'information

Les médecins interrogés étaient au courant du sujet de l'entretien avant le déroulement de ce dernier, ils ont pu réfléchir par avance aux réponses qu'ils voulaient formuler.

### Biais d'investigation / de recueil

Malgré deux entretiens initiaux faits en commun à deux investigateurs, étant donné que les suivants ont été faits par l'un ou l'autre des deux investigateurs, il peut persister un manque de reproductibilité entre les entretiens.

Certaines personnes interrogées étaient connues de l'un ou l'autre des investigateurs. Dans ce cas, c'est l'investigateur ne connaissant pas la personne interrogée qui effectuait l'entretien.

Un médecin traitant a eu une prise en charge commune avec un des auteurs qui a travaillé à l'HAD. Ce n'est pas elle qui a réalisé l'entretien mais le médecin traitant n'a peut-être pas osé évoquer des aspects négatifs sur la prise en charge.

C'est également notre premier travail en recherche qualitative. Du fait de notre manque d'expérience, nous avons pu manquer d'objectivité dans les relances.

Un seul entretien a été fait de manière téléphonique en raison des restrictions imposées par l'épidémie de COVID 19 mais l'investigateur n'a pas ressenti d'altération de la qualité de l'échange.

### Biais d'interprétation

Du fait du manque d'expérience des investigateurs, la sélection des verbatims et leur interprétation est perfectible. La triangulation des données et l'aide de la directrice de thèse a pu limiter cela.

L'un des auteurs ayant travaillé pour l'HAD de Chambéry a pu manquer d'objectivité dans l'interprétation du verbatim. Le fait que l'autre investigateur soit extérieur à l'HAD était un moyen de compenser ce biais.

### Saturation des données

La réalisation de seulement douze entretiens nous a conduit à la suffisance des données car il n'émergeaient plus de nouvelles catégories à l'issue de l'analyse du verbatim. Nous préférons parler de suffisance de données, plutôt que de saturation, car une véritable saturation des données nécessiterait un nombre théorique d'entretiens bien supérieur. Ceci était difficile à mettre en œuvre dans le cadre de ce travail. (17)

## **3. Discussion des résultats**

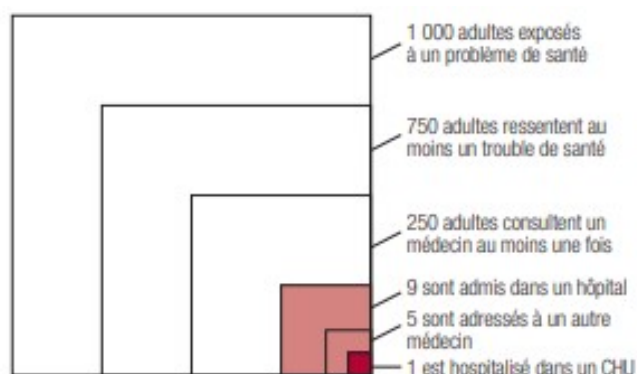
### **a. La place du médecin traitant lors de l'initiation de l'HAD**

#### **i. Les demandes d'HAD par le médecin traitant sont rares**

Un constat revient souvent au travers des différents entretiens, c'est que les médecins généralistes sont rarement à l'origine des demandes d'HAD et peuvent même se questionner sur leur droit à demander une HAD. Ils ont le sentiment de devoir passer par une hospitalisation conventionnelle avant. De plus la mise en place par les MT est ressentie comme complexe. Le travail de thèse dijonnais de Charly RUFFINO sur l'HAD retrouve les mêmes difficultés ressenties. (18).

Plusieurs explications à ces ressentis. Les pathologies prises en charge en HAD sont rares pour le MT. En témoigne le peu de patients pris en charge en HAD des médecins interrogés, mais également le peu de patients dans leur patientèle qui correspondraient aux indications d'HAD. Objectivement, les pathologies prises en charge en HAD correspondent souvent à des patients lourds qui ont de nombreux suivis hospitaliers. Dans ces prises en charge, le médecin traitant est souvent plus à l'écart de la prise en charge car l'hôpital a pris le relais. Le modèle du Carré de White (**figure 7**) peut aussi argumenter cela. Son étude, décrit le phénomène suivant : sur 1 000 individus suivis pendant un mois, 750 présentent un problème de santé. Parmi eux, 250 consultent un médecin, 9 sont hospitalisés, 5 adressés en soins secondaires et seulement un individu est pris en charge au sein d'un centre hospitalier universitaire (CHU).

(19) Les patients d'HAD étant des patients qui, sans HAD, relèverait d'une hospitalisation, sont donc déjà peu fréquents pour le médecin généraliste.



**Figure 7 - Carré de White**

Le travail de thèse d'Alexandre GERMILLET dans le Var va dans ce sens aussi : les patients en HAD représentent une faible part de l'activité des médecins généralistes. Ce faible recours participe au manque de connaissance de l'HAD. (20)

### ii. Le médecin traitant évoque d'autres solutions que l'HAD

Lorsque les médecins traitants songent à une HAD, c'est parfois lors d'un évènement aigu chez le patient ou lorsque la situation est trop chronophage pour eux. Il leur semble alors plus adapté de faire hospitaliser le patient.

Il existe aussi des situations, notamment de soins palliatifs, relevant de l'HAD mais pour lesquels le médecin traitant se sent de gérer sans ; cela dépend de ses compétences personnelles dans ce type de prise en charge.

### iii. Initiation de l'HAD ressentie comme complexe

La lourdeur administrative et médicale d'une HAD freine les médecins traitants dans les demandes d'HAD depuis le domicile. D'autres études retrouvent ces difficultés concernant le circuit de la demande d'entrée (18) (5). Une autre explication se dessine concernant ce ressenti. Nous avons mis en avant une sorte de « zone grise », qui correspond à des situations où le médecin ressent un besoin d'aide par l'HAD, mais la situation ne correspond pas forcément aux indications d'HAD. C'est le cas de situations de fins de vie (ou autres situations complexes au domicile) mais sans soins techniques. Les médecins seraient demandeurs d'une aide pour l'accompagnement du patient mais aussi pour eux : un autre point de vue sur la situation. À Chambéry, l'absence d'équipe mobile de soins palliatifs extra hospitalière peut expliquer ce sentiment de vide.

#### iv. Le médecin traitant demandeur d'HAD pour les soins palliatifs

Ce qui ressort des entretiens, c'est que le médecin traitant est demandeur d'HAD de manière majoritaire pour des soins palliatifs.

Plusieurs hypothèses à cela. D'abord ce sont en effet des situations où il est à nouveau au cœur de la prise en charge. Le travail de thèse nantais d'Audrey HERVE sur l'HAD et les soins palliatifs (21) explique le principe de réinvestissement dans les prises en charge oncologiques : le MT peut être très impliqué lors du diagnostic d'une pathologie oncologique, puis l'hôpital prend le relais. Le MT est alors plus en retrait dans la PEC. Cependant si la pathologie devient évolutive et que des soins palliatifs sont décidés, il doit se réinvestir dans la prise en charge. Il peut alors se sentir parfois en difficulté dans la prise en charge et ressentir le besoin d'un soutien de l'HAD. Le même travail de thèse montre entre autres que les MT font appel à l'HAD lors d'une nécessité de PCA, un sentiment de manque de connaissance et/ou d'isolement. (21) Une autre étude pointe également les difficultés de coordination et le manque de formation des médecins généralistes dans les prises en charge palliative en HAD. (22)

Une autre hypothèse est que c'est en effet un des principaux motifs de prise en charge en HAD. Les chiffres de la FNEHAD (Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile) sont parlants : à l'échelle nationale, en 2017, les soins palliatifs représentent 25% du nombre de journées en HAD. Cependant les pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) étaient devant avec 28% du nombre de journées en HAD.(23)

#### v. Problématique du milieu rural

Les entretiens ont révélé plusieurs problématiques spécifiques au milieu rural. Depuis 2005, une dynamique volontariste de généralisation de l'offre d'HAD sur le territoire national a été mise en œuvre (24). Cependant les entretiens font remonter la problématique des soignants sur ce type de territoire qui sont peu nombreux, ne permettant alors presque aucune prise en charge complexe. C'est notamment le cas si les infirmières libérales n'ont pas le temps de faire des soins longs. Les praticiens exerçant sur ces secteurs aimeraient avoir de l'aide humaine de la part des HAD, mais la distance les séparant ne permet pas cela. L'HAD est alors presque impossible, et le patient est plutôt orienté vers une hospitalisation conventionnelle. Des solutions ont été évoquées pour le milieu rural, notamment la télémédecine. C'est en 1999 que la première expérimentation a eu lieu sur Grenoble. (25)

Cependant cette dernière ne répondrait pas à la problématique du manque de moyens humains.

#### vi. L'accord du médecin traitant

Lors que les demandes d'HAD émanent des services hospitaliers, l'accord du médecin traitant est systématiquement recherché. Les analyses des entretiens ont montré que suivant le type de prise en charge, cela peut correspondre à une simple information envers le médecin traitant ou alors à un vrai échange d'information autour du patient. Certains médecins traitants demandent à ce que leur avis soit bien pris en compte, d'autres vont plus voir cela comme une sortie d'hospitalisation où l'HAD est un plus par rapport à un retour à domicile classique. Ils ne verraient donc pas pourquoi refuser une HAD.

### b. La place du médecin traitant au cours d'une prise en charge HAD

#### i. La place du médecin généraliste dépend de nombreux facteurs

Des travaux de recherche montrent que les médecins traitants ont des difficultés de positionnement au sein d'une HAD. (26) Ceci peut être en partie expliqué par les résultats de notre étude : la place du médecin traitant ne peut être fixe dans les prises en charge HAD. L'implication du MT peut être très limitée, soit de son initiative (décharge de la prise en charge vers l'HAD) soit de l'initiative de l'HAD (sentiment d'être la 5<sup>ème</sup> roue du carrosse)(20). Son implication peut aussi être importante et le médecin traitant fait partie intégrante de l'équipe d'HAD.

De nombreux facteurs rentrent en compte :

**Sa disponibilité**, entre autres pour les visites à domicile. Si le médecin traitant a déjà une grosse charge de travail, il va être en difficulté pour suivre un patient lourd d'HAD, nécessitant des visites à domicile très régulières. (18)

**La pathologie du patient** : le médecin traitant aura tendance à être moins impliqué dans les prises en charge purement techniques, brèves ou à évolution favorable, alors qu'il sera plus actif dans une prise en charge palliative.

**Son rôle dans la prescription** : certains médecins traitants voient leur rôle de prescripteur en HAD identique à celui exercé habituellement. Cependant sur les HAD étudiées, les médecins traitants n'ont pas accès au logiciel de prescription. Il leur semble alors parfois normal de ne pas être en charge des prescriptions. Ils expriment plusieurs fois le

« plaisir » de ne pas prescrire. Mais s'ils ne sont pas prescripteurs, une implication moindre est logique.

**Sa connaissance sur les pathologies prises en charge en HAD et des thérapeutiques associées.** Certains médecins traitants évoquent des limites dans leurs connaissances théoriques. Les lacunes évoquées concernaient notamment l'alimentation parentérale, les manipulations des PCA et les thérapeutiques utilisées en soins palliatifs. De plus, la rareté de ce genre de prise en charge entraîne un oubli des acquis.

**La relation du médecin traitant avec le patient et l'entourage :** ce degré de relation semble aussi être une variable de l'implication du médecin traitant. Plus le médecin traitant a des liens forts avec le patient et la famille, plus sa place sera importante dans une HAD.

**Les relations du médecin traitant avec l'HAD et les connaissances sur le fonctionnement de l'HAD.** Un des constats d'un médecin coordonnateur est qu'il travaille bien avec les médecins ayant travaillé anciennement en HAD ou qui ont déjà eu des patients en HAD. La connaissance du système favoriserait donc son utilisation. La question est : comment augmenter la connaissance de l'HAD par les médecins traitants ? L'ouverture des terrains de stage d'HAD aux internes permet déjà cela. Connaître physiquement les médecins d'HAD aiderait possiblement les médecins généralistes : cela pourrait se faire à l'occasion d'une présentation de l'HAD lors de formations médicales continues à destination des médecins généralistes ou lors des soirées ville hôpital existantes à Chambéry.

**Une attention particulière à la communication :** celle-ci est décrite comme un indispensable à l'implication du médecin traitant. Elle ne peut être exhaustive donc chacun doit sélectionner les informations pertinentes à transmettre vis-à-vis des autres. Une manière moins chronophage de transmettre l'information serait de mieux informer les médecins généralistes du dossier médical partagé existant à Chambéry. Il est le recueil de toutes les transmissions entre soignants et médecins sur une prise en charge. Le médecin traitant y a accès depuis n'importe quel ordinateur mais ceci reste méconnu des médecins traitants. C'est un nouveau logiciel à apprivoiser et du fait de la rareté des prises en charge, cela n'est pas évident. Ce genre de dispositif n'existe pas sur Grenoble. De plus, les médecins généralistes insistent sur l'importance de la disponibilité des médecins coordonnateurs pour obtenir facilement leurs conseils.

**La demande du médecin traitant :** certains médecins traitants vont naturellement s'investir dans ces prises en charge complexes et vivront mal le fait d'être exclu d'une prise

en charge, alors que d'autres voit l'HAD comme un service hospitalier à qui ils « confient » leur patient.

**La rémunération :** les prises en charge étant chronophages, certains médecins apprécieraient une revalorisation. Cette problématique est retrouvée dans d'autres thèses où elle est qualifiée de complexe et d'insuffisante (20). Depuis début 2019 il existe cependant une nouvelle nomenclature revalorisant la visite longue : VL+MD = 70€(27). Elle est réservée aux médecins traitants, notamment pour des patients en soins palliatifs, mais limité à trois visites par an. Outre que le montant de la rémunération, la complexité administrative et les retards de règlement ont aussi été mis en avant.

Nous retrouvons au cours des entretiens une certaine **ambivalence** du médecin généraliste sur sa place. Le médecin généraliste pense que la prise en charge des patients en HAD serait intéressante, mais d'un autre côté apprécie aussi le temps libéré par l'HAD lorsqu'elle « prend la main ».

Dans l'état actuel des choses, il semble donc que la place souhaitée par le médecin généraliste n'est pas fixe et dépend de nombreux facteurs. Il semble donc nécessaire de la définir au début de chaque prise en charge.

## ii. La répartition des rôles entre médecin coordonnateur et médecin traitant

Plusieurs études parlent de la difficulté de répartition des rôles entre médecin traitant et médecin coordonnateur (7) (28) (29). Cette idée a également été retrouvée dans notre travail mais avec quelques éléments de réponse : nous avons mis en évidence une interdépendance entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant. Le premier apporterait plutôt les compétences techniques, le second la connaissance du patient et le suivi clinique. Une difficulté se fait donc ressentir lorsque le médecin traitant ne peut pas réaliser de VAD facilement.

Le médecin traitant s'interroge aussi sur son rôle de coordonnateur au domicile, mais conclue finalement que c'est à l'HAD que revient cette mission. D'autres fonctions sont aussi attribuées à l'HAD : la gestion du retour à domicile, la gestion des réhospitalisations, la prise d'avis médicaux auprès des spécialistes et l'astreinte 24h/24.

Finalement, certains médecins traitants mettent en avant le sentiment d'avoir un rôle plus humain que médical au cours de prise en charge, avec parfois même un certain plaisir à ne pas prescrire. L'attente d'un rôle « humain » du médecin traitant au cours d'une HAD est aussi retrouvée dans une thèse qualitative de Julie Brothomeau sur le point de vue des aidants sur le



médecin traitant lors d'une prise en charge en soins palliatifs : « les attentes vis-à-vis du médecin généraliste en termes de qualités humaines et relationnelles sont systématiquement évoquées par les aidants, bien avant les qualités techniques et scientifiques. » (30)

L'analyse des entretiens fait aussi ressortir un sentiment de diminution du rôle du médecin traitant ces dernières années. Cette hypothèse pourrait être testée. Les différents facteurs explicités plus haut peuvent expliquer cela (prise en charge rares, limites de connaissance du médecin traitant, patients complexes, prescriptions faites par l'HAD, manque de temps du MT, astreinte par HAD). Une analyse mixte, qualitative et quantitative, pourrait être pertinente pour investiguer chacun de ces facteurs que nous avons mis en évidence. Cependant les directives nationales ont pour but de développer l'HAD sur tout le territoire (24), rendant le médecin traitant indispensable dans une prise en charge HAD pour des raisons de distances. Il va donc falloir rendre cela possible en jouant sur les différents facteurs faisant varier l'implication du médecin traitant dans une prise en charge en HAD.

#### **4. Perspectives**

Pour une question de faisabilité et de pertinence de l'analyse, nous avons décidé de n'interroger que des médecins généralistes et coordonnateurs sur ce sujet. Le point de vue des infirmières libérales, des patients ou encore des aidants seraient une perspective intéressante pour compléter ce travail.

Aussi, les chiffres nationaux de la FNEHAD parlent de 30% de prise en charge HAD initiée depuis le domicile en 2017/2018. (23) Concernant l'HAD de Grenoble en 2019, sur 840 demandes d'HAD, seules 35 demandes étaient à l'initiative des médecins traitants et 18 depuis un EHPAD. Les HAD étudiées sont des HAD hospitalières ce qui peut expliquer qu'inconsciemment les prises en charge depuis l'hôpital sont facilitées.

Ceci pour appuyer que les fonctionnements des HAD étant très spécifiques de l'une à l'autre, il serait intéressant de transposer ce travail sur d'autres territoires pour pouvoir mettre en évidence des différences de positionnement du médecin traitant.

## V. Conclusion

L'HAD est en pleine expansion sur le territoire avec un rôle central du médecin traitant réaffirmé régulièrement par les directives nationales. Cette étude qualitative nous a permis d'explorer la place du médecin généraliste lors d'une prise en charge en HAD sur les secteurs de Grenoble et de Chambéry.

Le médecin traitant est rarement à l'origine d'une demande d'HAD. Plusieurs freins expliquent cela :

- peu de patients relevant d'une indication d'HAD pour le médecin traitant
- manque de connaissance sur l'HAD
- prise en charge ressentie comme lourde
- préférence pour une hospitalisation conventionnelle
- situation décompensée nécessitant une hospitalisation conventionnelle
- manque de moyens humains permettant une prise en charge complexe au domicile notamment en milieu rural

Au cours d'une prise en charge, la place du médecin traitant ne peut être standardisée et semble se rejouer à chaque nouvelle prise en charge selon la disponibilité du médecin traitant, la pathologie du patient, les connaissances du médecin traitant à la fois médicales et sur le fonctionnement de l'HAD, son rôle dans la prescription, la relation du médecin traitant avec le patient et l'entourage, la qualité de la communication avec l'HAD, le caractère propre à chaque médecin. Il conviendrait donc dans la mesure du possible de définir au début de chaque prise en charge le rôle de chaque médecin.

Le médecin coordonnateur apporte ses compétences techniques et le médecin traitant semble avoir un rôle humain via une connaissance du patient et de l'entourage.

Sur les secteurs étudiés, une tendance à la diminution du rôle du médecin traitant au cours des prises en charge se faisait ressentir. Les HAD doivent veiller à limiter cela si elles veulent pouvoir suivre les directives nationales qui visent à développer les HAD, pour peu que les médecins généralistes aient le temps de s'investir dans ces prises en charge.

**THÈSE SOUTENUE PAR : Marion CETRE et Paul SEMERARO**

**TITRE :**

**REGARDS CROISES SUR LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE LORS DE LA PRISE EN CHARGE D'UN DE SES PATIENTS EN HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD). ETUDE QUALITATIVE SUR LES SECTEURS DE L'HAD DE CHAMBERY ET DE GRENOBLE**

**CONCLUSION :**

L'HAD est en plein expansion sur le territoire avec un rôle central du médecin traitant réaffirmé régulièrement par les directives nationales. Cette étude qualitative nous a permis d'explorer la place du médecin généraliste lors d'une prise en charge en HAD sur les secteurs de Grenoble et de Chambéry.

Le médecin traitant est rarement à l'origine d'une demande d'HAD. Plusieurs freins expliquent cela :

- peu de patients relevant d'une indication d'HAD pour le médecin traitant
- manque de connaissance sur l'HAD
- prise en charge ressentie comme lourde
- préférence pour une hospitalisation conventionnelle
- situation décompensée nécessitant une hospitalisation conventionnelle
- manque de moyens humains permettant une prise en charge complexe au domicile notamment en milieu rural

Au cours d'une prise en charge, la place du médecin traitant ne peut être standardisée et semble se rejouer à chaque nouvelle prise en charge selon la disponibilité du médecin traitant, la pathologie du patient, les connaissances du médecin traitant à la fois médicales et sur le fonctionnement de l'HAD, son rôle dans la prescription, la relation du médecin traitant avec le patient et l'entourage, la qualité de la communication avec l'HAD, le caractère propre à chaque médecin. Il conviendrait donc dans la mesure du possible de définir au début de chaque prise en charge le rôle de chaque médecin.

Le médecin coordonnateur apporte ses compétences techniques et le médecin traitant semble avoir un rôle humain via une connaissance du patient et de l'entourage.

Sur les secteurs étudiés, une tendance à la diminution du rôle du médecin traitant au cours des prises en charge se faisait ressentir. Les HAD doivent veiller à limiter cela si elles veulent pouvoir suivre les directives nationales qui visent à développer les HAD, pour peu que les médecins généralistes aient le temps de s'investir dans ces prises en charge.

**VU ET PERMIS D'IMPRIMER**

**Grenoble, le : 28 /09 /2020**

**LE DOYEN**

  
Pour le Président  
et par déléguation  
Le Doyen de Médecine  
Pr. Patrice MORAND

**Pr. Patrice MORAND**

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE**



**Pr. Laurence BOUILLET**

## VI. Bibliographie

1. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Circulaire n° DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. Paris: DH; 2000 mai.
2. Code de la santé publique - Article R712-2-1. Code de la santé publique.
3. FNEHAD. Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD). Rapport d'activité 2018-2019. Paris; 2018 2019.
4. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Circulaire n°DHOS/O/2004/44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile. Paris: DHOS; 2004 févr.
5. Leung I, Casalino E, Pateron D, Grateau G, Garandeau E, Stampa M de. Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile. *Sante Publique (Bucur)*. 27 oct 2016;Vol. 28(4):499-504.
6. Mallet-Georger A. Ressenti du médecin généraliste lors d'une prise en charge avec l'HAD: étude qualitative sur le secteur de l'HAD de Perpignan [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.
7. Audren E. Attentes et freins à l'utilisation de l'HAD par les médecins généralistes en Bretagne: étude sur le secteur sanitaire N°3 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2017.
8. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Armand Colin; 2012. 288 p.
9. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. De Boeck Supérieur; 2019. 162 p.
10. Glaser BG, Strauss AL. La découverte de la théorie ancrée: stratégies pour la recherche qualitative. Armand Colin; 2010. 409 p.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 1 déc 2007;19(6):349-57.
12. Jacob S, Furgerson S. Writing Interview Protocols and Conducting Interviews: Tips for Students New to the Field of Qualitative Research. *Qual Rep*. 15 oct 2012;17(42):1-10.
13. Jouannin A, Andres E, Fallois M de, Chevance A, Donnadiou S, Reymann J-M, et al. Validation d'un outil de classification de la recherche à destination des internes de médecine générale d'après la loi « Jardé ». *Exercer*. 2019;(155):306-13.
14. Musquar I. Intérêts et insuffisances de l'HAD selon le ressenti du médecin généraliste: expérience de l'HAD de Crest [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2008.
15. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Armand Colin; 2016. 297 p.
16. Caillaud S, Flick U. Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche. 2016;227-40.
17. O'Reilly M, Parker N. 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research: *Qual Res [Internet]*. 17 mai 2012 [cité 4 août 2020]; Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468794112446106>
18. Ruffino, Charly. Vécu et ressenti des médecins généralistes dijonnais au cours d'une prise en charge palliative en HAD : une étude qualitative. Dijon; 2020. 130 p.
19. Giet D. ECOLOGIE DES SOINS MÉDICAUX, CARRÉ DE WHITE, SOINS PRIMAIRES ET MÉDECINE GÉNÉRALE. *Rev Med Liege*. :8.

20. Gremillet A. Difficultés ressenties et opinions des médecins généralistes quant à la prescription d'une hospitalisation à domicile : étude qualitative en focus groupe réalisée auprès des médecins généralistes du Var. 5 déc 2017;72.
21. Herve, Audrey. A quel moment les médecins généralistes font-ils appel à l'HAD pour la prise en charge de leurs patients en soins palliatifs ? Nantes; 2019. 49 p.
22. Dupuis C. Soins palliatifs en HAD, quelle place pour le médecin généraliste ? : Etude observationnelle des prises en charge palliatives en HAD en 2014 par les médecins généralistes du territoire de santé n°4 [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2015.
23. FNEHAD. Le rapport d'activité 2017-2018 de la FNEHAD [Internet]. 2018 [cité 13 août 2020]. Disponible sur: [https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2018/11/FNEHAD\\_RA1718\\_WebP-1.pdf](https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2018/11/FNEHAD_RA1718_WebP-1.pdf)
24. Ministère des affaires sociales et de la santé. CIRCULAIRE N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD). 2013 sept.
25. Amico L. Télémédecine et réseau d'hospitalisation à domicile, première évaluation d'un système expérimental de téléassistance par visiophonie à Grenoble. 29 nov 1999;109.
26. Leung I, Casalino E, Pateron D, Grateau G, Garandeau E, Stampa M de. Participation des médecins généralistes dans les prises en charge de leurs patients en hospitalisation à domicile. Sante Publique (Bucur). 27 oct 2016;Vol. 28(4):499-504.
27. Visite longue, nouvelle version - MG France [Internet]. [cité 13 août 2020]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/actualite/profession/2035-visite-longue-nouvelle-version>
28. Crotet R, Jehenne B. 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 [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
29. Trigatti A-C. Continuité des soins en hospitalisation à domicile: rôle et perception des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2012.
30. Brothomeau, Julie. Point de vue du proche aidant, au cours et au décours d'une prise en charge palliative en HAD : son vécu de l'accompagnement, ses attentes et ses représentations vis-à-vis du médecin généraliste. Poitiers; 2019. 126 p.

## VII. Annexes

### 1. ANNEXE 1 : Lettre informative

Bonjour,

Nous sommes deux internes en médecine générale travaillant sur une thèse sur la place du médecin généraliste lors d'une prise en charge en HAD, dont l'intitulé est :

**Regards croisés sur la place du médecin généraliste lors de la prise en charge d'un de ses patients en hospitalisation à domicile (HAD). Etude qualitative sur les secteurs de l'HAD de Chambéry et de Grenoble**

Ce travail de recherche qualitative est encadré par le Dr Pauline GIRARD, Médecin Généraliste à Saint Martin d'Hères.

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous aimerions effectuer des entretiens avec des médecins généralistes ayant un lien avec l'HAD de Grenoble ou de Chambéry.

Votre participation nous serait précieuse et si vous le souhaitez nous pourrions convenir d'une date et d'un lieu d'entretien.

Ces entretiens comprendront un enregistrement audio et leur retranscription sera anonymisée.


Vous pouvez nous contacter par mail aux adresses suivantes :

[Données à caractère personnel]

Bien cordialement.

Paul SEMERARO et Marion CETRE

## 2. ANNEXE 2 : Formulaire de recueil de consentement

|  |   |
|--|---|
| DEPARTEMENT DE MEDECINE GENERALE<br>UNIVERSITE GRENOBLE ALPES    |  |
| <b>FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT ECLAIRE</b>             |   |
| <b><i>Participation à un travail de recherche qualitatif</i></b> |   |

(Fait en 2 exemplaires : un exemplaire est remis à la personne, l'autre est conservé par l'investigateur)

De : M., Mme, Mlle

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

|                   |                 |
|-------------------|-----------------|
| Mlle CETRE Marion | M SEMERARO Paul |
|-------------------|-----------------|

m'ont proposé de participer à un travail de recherche intitulé :

**Regards croisés sur la place du médecin généraliste lors de la prise en charge d'un de ses patients en hospitalisation à domicile (HAD). Etude qualitative sur les secteurs de l'HAD de Chambéry et de Grenoble**

Dont le promoteur est Dr Anne GODINOT - HAD de Grenoble – CHU Grenoble Alpes

Et l'investigateur principal est le Dr Pauline GIRARD 1 rue FRANZ SCHUBERT - 38 400 Saint Martin d'Hères 04 76 24 22 82 pauline.girard@univ-grenoble-alpes.fr

J'ai reçu oralement toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude.

J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises.

Interruption de la participation :

Vous aurez la possibilité de retirer, sans justification, votre consentement à participer à tout moment à l'étude sans que cela n'impacte votre prise en charge

En foi de quoi, j'accepte de participer à cette étude.

Recueil des données :

Toutes vos données seront protégées par le secret professionnel et l'anonymisation des entretiens.

Votre identité, votre lieu d'habitation/d'exercice et l'enregistrement audio seront connus uniquement des deux chercheurs durant l'étude puis supprimés de nos données au terme de la rédaction de la thèse.

Concernant l'enregistrement audio :

Je donne mon accord pour que des enregistrements audios soient retranscrits par écrit de manière anonyme.

Toutes informations permettant de vous identifier comme les lieux (lieu d'habitation, lieu de travail, ...), la profession, les éventuelles données nominatives fournies lors de l'entretien, de référence d'événements permettant de vous identifier seront retirées au moment de la transcription par écrit, afin de pouvoir conserver l'anonymat et ne garder que les catégories patient, aidant, profession para médicale, médecin généraliste, médecin spécialiste, médecin coordinateur

Les enregistrements audios ne seront accessibles qu'aux deux enquêteurs puis seront détruits au terme de cette thèse

La retranscription anonyme de votre entretien sera accessible aux chercheurs, à la directrice de thèse, au jury de thèse, aux lecteurs de la thèse papier et à vous pour l'entretien vous concernant.

Informatisation des données :

Conformément à la Loi Informatique et Libertés, vous aurez accès, dans les 2 mois suivant l'entretien, à l'intégralité de la retranscription de l'entretien par simple demande écrite auprès directeur de thèse (courrier postal ou courriel) et vous pourrez à tout moment faire opposition à l'utilisation des données concernées et / ou les rectifier.

**Coordonnées de contact :**

**Dr Pauline GIRARD 1 rue FRANZ SCHUBERT - 38 400 Saint Martin d'Hères**

**pauline.girard@univ-grenoble-alpes.fr**

Information :

Je peux demander à être informé(e) des résultats globaux de l'étude, à l'issue de celle-ci.

Obligations :

*Je certifie ne pas être sous sauvegarde de justice.*

Je conserve un exemplaire de la note d'information et du présent formulaire de consentement.

| <i>Partie à remplir par le participant</i> |
|--|
| Nom et Prénom                              |
| Signature                                  |
| Date et Lieu                               |



### 3. ANNEXE 3 : Guide d'entretien

*Nous sommes deux internes de médecine générale réalisant une thèse pour échanger sur la place du médecin généraliste au sein de la prise en charge en Hospitalisation à Domicile (HAD). Si vous acceptez, Nous allons enregistrer l'entretien afin de pouvoir l'analyser, cependant les données seront anonymisées. Votre expérience nous sera très précieuse.*

*Avant que nous commencions, souhaitez-vous d'autres précisions sur le déroulement de l'entretien ?*

**Médecin généraliste :**

- 1) Racontez-moi votre dernière expérience avec l'HAD ?
- 2) Selon vous, qu'est ce qui fait que le patient va être éligible à une HAD ?
- 3) Quels sont pour vous les acteurs de la PEC HAD ?
- 4) Qu'est-ce que la prise en charge en HAD change pour vous ?
- 5) Quelles seraient les choses à modifier dans les prises en charge HAD ? (Et vous dans votre rapport avec l'HAD ?)
- 6) En pratique, comment voyez-vous la place des différents médecins dans la prise en charge en HAD ?
- 7) Comment repenser la place du médecin généraliste ?
- 8) Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

**Médecin coordo :**

- 1) Comment en êtes-vous venu à travailler avec l'HAD ?
- 2) Selon vous, qu'est ce qui fait que le patient va être éligible à une HAD ?
- 3) Quels sont pour vous les acteurs de la PEC HAD ?
- 4) Quelles seraient les choses à modifier dans votre rapport avec les médecins généralistes ?
- 5) En pratique, comment voyez-vous la place des différents médecins dans la prise en charge en HAD ?
- 6) Comment repenser la place du médecin généraliste ?
- 7) Avez-vous d'autres choses à ajouter ?

**Caractéristiques de la personne interrogée :** (données extraites de l'entretien ou recherchées spécifiquement à la fin de l'entretien si non abordées au décours de l'entretien)

Spécifique médecins :

- genre, âge, profession
- depuis quand travaillez-vous avec l'HAD
- Eloignement du lieu de vie ou d'exercice par rapport au centre d'HAD correspondant et caractéristique du lieu de vie ou d'exercice : rural, semi-rural, urbain ?
- type d'exercice : Exercice libéral ou salarié. Exercice à l'hôpital ou en ville. Pour les médecins exerçant en libéral : exercice seul(e), en groupe, ou au sein d'une maison médicale.
- Quotité travaillée hebdomadaire.
- Typologie de la patientèle : enfants ? personnes-âgées ? Femmes ? Hommes ?
- Nombre de patients estimé dans la patientèle ?
- Pour les médecins généralistes : nombre de visites à domicile (VAD) faites par semaine ?

#### 4. ANNEXE 4 : Verbatims

1 ENTRETIEN n°1

2 *Pour commencer nous allons commencer par vous demander de raconter votre dernière expérience*  
3 *avec l'HAD.*

4 Dernière expérience avec l'HAD, euh c'est une situation où j'ai un patient en ville, en médecine de  
5 ville, en médecine générale, qui a une sclérose en plaques, qui est tétraplégique, qui euh, est quasiment  
6 comateux, qui ne répond plus aux ordres simples, qui ne communique plus, et qui a été pris en charge  
7 par l'HAD.

8 L'expérience a été très courte parce qu'il était très opposé à ce que l'HAD intervienne, parce qu'ils  
9 avaient l'impression qu'il y avait l'intrusion d'un nouvel organisme chez eux. C'est une situation qui est  
10 très fusionnelle entre une mère âgée, malade, et son fils qui a une quarante, cinquantaine d'année,  
11 malade aussi. Voilà. Et l'intrusion de l'HAD a été très mal vécue par la mère, essentiellement. Ensuite  
12 elle l'a acceptée, mais euh, le relais a été assez rapide, en fait euh entre l'HAD et un service hospitalier  
13 qui s'occupe de la nutrition parentérale. Donc c'est une expérience assez courte et j'avoue que j'ai pas  
14 tellement euh pas tellement participé à cette expérience.

15 *D'accord. Parce qu'en pratique comment est-ce que vous voyez la place des différents médecins dans*  
16 *la prise en charge en HAD ? Par rapport au médecin coordinateur, au médecin généraliste ?*

17 Euh, la question elle est vague.

18 *Ouais, par exemple dans cette situation ?*

19 Moi j'avais dit clairement que je ne voulais pas m'occuper de la nutrition parentérale. Parce que c'était  
20 pas mon domaine. Et que je n'y connaissais rien. Donc j'avais dit ok pour faire intervenir. L'HAD  
21 m'avait interpellé pour savoir s'ils avaient mon accord et j'avais donné mon accord. Donc clairement  
22 j'avais dit moi je gère le reste, mais je ne veux pas gérer la nutrition parentérale pour laquelle je suis  
23 complètement incompetent.

24 *D'accord.*

25 Voilà, donc la place de l'HAD ça a été une gestion, alors, ça a été une gestion essentiellement de cette  
26 nutrition. Tout le reste a été géré par des infirmières, enfin tout le reste, le nursing, les soins de  
27 drainage bronchique, ça a été géré par une équipe qui était déjà en place, libérale de kinés,  
28 d'infirmières. Euh il y avait aussi un prestataire pour l'oxygène, et pour les appareils de  
29 désencombrement, donc il y avait un prestataire déjà qui est "nom de prestataire". Donc l'HAD s'est  
30 rajoutée à une équipe déjà en place. Mais pour un problème très précis.

31 *Vous voyez d'autres acteurs dans la prise en charge HAD qu'il pourrait y avoir ?*

32 Assistante sociale.

33 *D'accord, assistante sociale. Ok. Donc, qu'est-ce que cette prise en charge HAD a pu changer pour*  
34 *vous ? Vous apporter ou au contraire...*

35 Euh, si on reparle de cette situation, voilà, moi je répète qu'elle a été très courte. Euh, la prise en  
36 charge a été très courte, je crois qu'elle a duré un mois un mois et demi. Euh, ça a pas changé grand-  
37 chose à ma prise en charge du patient si ce n'est qu'effectivement ça a concerné un domaine que je ne  
38 sentais pas capable de... techniquement de prendre en charge.

39

40 *Hm, du coup vous voyez des choses qui pourraient être à modifier dans la prise en charge avec l'HAD,*  
41 *ou dans votre rapport que vous avez pu avoir.*

42 Euh, dans les prises en charge de l'HAD, moi je trouve qu'elles sont souvent un peu courtes en fait.  
43 Euh, parce qu'ils interviennent sur des situations qui sont graves, compliquées, difficiles à prendre en  
44 charge, et malheureusement ils ont un délai qui est assez défini, en fait, et... c'est pas un  
45 désinvestissement mais au bout d'un moment ils passent la main à d'autres personnes donc on  
46 recommence, on refait toute une équipe. Alors, ils interviennent sur une situation, effectivement, les  
47 intervenants, sont mis un peu à l'écart parce qu'on a moins besoin d'eux. Ils interviennent sur cette  
48 situation complexe, ça peut être des soins d'escarres très complexes, et tout et tout... Et au bout d'un  
49 moment ils déterminent que c'est terminé, sauf que les escarres sont toujours là, la personne est  
50 toujours là, la famille est toujours là. Et en fait on reprend au début ce qu'on avait laissé de côté à un  
51 moment quoi.

52 *D'accord.*

53 Donc oui, j'aimerais des interventions, donc à partir du moment où ils décident d'intervenir, des  
54 interventions qui soient plus longues en fait.

55 *Ok. Et quand on reparle de la place du médecin généraliste ? Est ce qu'il y auraient des choses à*  
56 *repenser pour vous dans cette place, comment on pourrait changer peut être ?*

57 Le problème n'est pas celui de l'HAD, il est de la situation, à partir du moment où on fait intervenir  
58 l'HAD à domicile, c'est forcément une situation complexe, qui nécessiterait s'il n'y avait pas d'HAD  
59 une hospitalisation, et qui malheureusement nous demande un investissement en temps qui est énorme,  
60 en tant que généraliste.

61 *Hm Hm*

62 Au même titre que certains soins palliatifs, donc euh, peut-être plus de déplacements du médecin, euh,  
63 coordonnateur de l'HAD à domicile, pour avoir peut être un peu plus de vision de la situation elle-  
64 même, euh, voilà, en fait.

65 Donc sur des situations complexes, des soins complexes, voilà. On est en ville, vous vous verrez plus  
66 tard si vous vous installez en tant que généraliste, chaque minute est comptée. Là j'ai eu une minute  
67 pour manger aujourd'hui, chaque minute est comptée, et si c'est pour passer 3h à domicile, sur des  
68 situations complexes, ben des fois on se dit l'hôpital peut-être pourrait être une meilleure solution pour  
69 ces patients-là, à la fois pour leur état de santé mais aussi peut être que nous on n'est plus du tout  
70 dispos, quoi.

71

72 *Hm, et euh selon vous, qu'est ce qui fait que selon vous le patient va être à votre avis éligible à une*  
73 *HAD, justement. Qu'il va pouvoir bénéficier de cette situation.*

74 Situation complexe où moi je sens que les libéraux, les infirmiers libéraux sont débordés, par la  
75 technicité des soins.

76 *D'accord.*

77 Et euh voilà. Je n'ai jamais pour l'instant en médecine générale pu faire admettre de gens en HAD,  
78 sans qu'ils soient d'abord passés par l'hôpital en fait.

79 *D'accord, ça vous est jamais arrivé de solliciter vous-même ?*

80 Si mais j'ai jamais eu de réponse. Fin je n'ai jamais eu d'accord en tout cas, ouais. Je travaille aussi en  
81 EHPAD, et là on a eu des interventions de l'HAD en EHPAD, mais à domicile, j'ai jamais eu  
82 d'intervention directe de l'HAD pour des gens qui n'avaient pas été hospitalisés auparavant.

83 *D'accord.*

84 Donc c'est jamais moi qui ai déclenché l'intervention de l'HAD, ça a toujours été un service  
85 hospitalier, qui a voulu faire partir une personne de leur service, et qui a pour cette raison-là mis des  
86 soins d'HAD en cours. Et moi si je me sens débordé, si je sens des infirmiers débordés, à domicile, je  
87 n'ai pour l'instant jamais réussi à faire intervenir l'HAD directement, sans passer par la case hôpital.

88 *D'accord. Euh, est ce que vous avez d'autres choses à ajouter ?*

89 Euh, de par ma fonction je suis (*fonction dans l'association des médecins coordonnateurs*) (*d'EHPAD*  
90 *N.D.R.*), on s'est rapprochés de l'HAD, depuis peu, euh. Avant ce rapprochement c'était difficile les  
91 rapports entre les médecins coordonnateurs et les médecins libéraux, et l'HAD, euh, parce que  
92 personne connaît le métier de l'autre en fait. (*Dit plus bas*) Toujours l'impression que l'autre fait pas  
93 son métier ou veut pas le faire et tout et tout. (*Dit tout fort*) Depuis peu, moi connaissant bien (*nom de*  
94 *médecin coordonnateur d'HAD*), connaissant mieux (*nom d'un autre médecin coordonnateur d'HAD*)  
95 je connais mieux leur travail, je connais leurs possibilités et leurs limites donc effectivement les  
96 rapports se passent bien, en fait.

97 *Vous avez fait des réunions avec eux ?*

98 Oui on a fait des réunions, on se croise assez souvent avec (*nom de médecin coordonnateur d'HAD*),  
99 pour des colloques de soins palliatifs, (*nom de médecin coordonnateur d'HAD*) faisait partie de  
100 l'association des médecins coordonnateurs (*d'EHPAD, N.D.R.*) jusqu'à présent, donc voilà on se  
101 rencontrait très régulièrement. Le fait de connaître les médecins sur place, le fait de les rencontrer, de  
102 discuter, et d'échanger sur nos métiers réciproques, ça a permis de, voilà, de débloquent certaines  
103 situations. Alors que quand on se connaît pas, ben c'est comme dans tous les métiers, quand on se  
104 connaît pas on a l'impression que les autres font pas leur boulot, ne veulent pas intervenir, ne veulent  
105 rien faire, et tout et tout. Voilà, et c'est un peu la guerre des fois entre les différents services, enfin on  
106 peut être considérés comme un service nous-même, et les médecins libéraux. Voilà, je pense que s'il y  
107 avait un peu plus de connaissance des métiers des uns et des autres ça passerait bien mieux. Et le fait  
108 de les connaître un peu plus effectivement, fait que voilà, ça s'améliore de jour en jour.

109 *Donc vous êtes médecin coordonnateur d'EHPAD, c'est ça qui vous a amené à avoir une relation*  
110 *privilegiée avec l'HAD, ce rôle-là ?*

111 Oui c'est le fait d'être (*fonction dans l'association des médecins coordonnateurs*) qui fait que voilà et  
112 dans le bureau il y avait (*nom de médecin coordonnateur d'HAD*). Quand (*nom de médecin*  
113 *coordonnateur d'HAD*) est partie à l'HAD, effectivement on s'est dit qu'on va essayer de collaborer, on  
114 va essayer de discuter entre nous.

115 *Finalement c'est via un autre canal, que c'est arrivé.*

116 Mais très souvent les réseaux c'est ce à quoi ça sert, hein les réseaux en fait, c'est pouvoir  
117 communiquer, voir les choses sous d'autres aspects.

118 *Si vous avez d'autres choses à ajouter ?*

119 Non, voilà moi je pense qu'effectivement l'HAD a commencé à mieux communiquer, moi je pense que  
120 c'est une bonne chose. Il faut qu'elle poursuive cette communication, sur leur rôle, sur leur possibilité,  
121 sur leurs interventions, sur les possibilités que nous on a de les contacter.

122 *Via quels canaux ils ont communiqué avec vous ?*

123 Ben nous c'était dans le cadre de l'association des médecins coordonnateurs (*d'EHPAD, N.D.R.*), donc  
124 on avait fait des réunions à thème et il y avait un des thèmes, (*nom de médecin coordonnateur d'HAD*)  
125 voulait que ce soit l'HAD, donc effectivement, mais je sais que mes collègues ils, elles ne connaissent  
126 absolument pas l'HAD.

127 *Du coup elles ne travaillent pas forcément avec ?*

128 Du coup elles travaillent très peu avec, et elles comprennent pas le sens de l'HAD. Mais je vous dis,  
129 c'est le fait de pas se connaître les uns les autres, on a beau faire des tas de choses, euh.

130 *A cette fin vous n'avez jamais par exemple reçu des brochures au cabinet qui présentent l'HAD ?*

131 Non, non. Non non on a rien reçu non.

1 ENTRETIEN n°2

2 *Est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière expérience avec l'hospitalisation à domicile ?*

3 Ben la toute dernière c'est un coup de fil mais c'était justement pour une chimio chez une dame qui  
4 ... ; c'est là qu'elle était en HAD pour la chimio. Son 5FU sera fait à domicile pour la chimio. Puis la  
5 précédente c'était il y a un an et quelques. C'était une fin de vie à domicile pour le coup, oui, ça a été  
6 beaucoup plus compliqué.

7 *Ça s'est passé comment ?*

8 Ben de toute façon c'était quelqu'un qui avait déjà une démence aussi et qui donc euh présentait un  
9 cancer aussi, enfin, une adénopathie à priori cancéreuse : (lit son observation sur ordi) : volumineuse  
10 tumeur cervicale évolutive qui n'a pas été ponctionnée puisque vu l'état général du patient il n'a pas  
11 été décidé de faite ni quoi que ce soit comme investigation et donc ben il est mort à domicile. C'était  
12 probablement un lymphome mais enfin voilà. Contre-indication de chimiothérapie et chirurgie, il a fini  
13 en HAD chez lui en janvier 19.

14 *Selon vous qu'est ce qui va faire qu'un patient va être éligible ou non à une HAD ?*

15 Euh ah ben ouais, en principe c'est justement quand ya des soins, souvent de soins, on va dire continus  
16 et fréquents par des ... ce qui est plutôt soins infirmiers. Quand il faut qu'ils passent tous les jours  
17 pour des soins complexes.

18 *D'accord, sans ...*

19 A priori quand il a en plus il a, fin quand les gens ne veulent pas aller à l'hôpital notamment.

20 *Et selon vous qui sont les acteurs d'une prise en charge en hospitalisation à domicile ?*

21 La plupart des cas ce sont quand même les hospitaliers effectivement qui décident mais j'ai déjà eu  
22 l'occasion d'appeler l'HAD pour dire j'aurais besoin de vous pour finir justement, patient qui avait un  
23 cancer aussi pulmonaire métastasé et en fin de vie à domicile, c'est moi qui ai appelé pour leur  
24 demander de me, de s'en occuper quoi.

25 *D'accord, et ça s'est passé comment du coup ?*

26 Euh ah ben ça a été, donc après euh justement une fois que les médecins de l'HAD prennent le relai  
27 souvent ils mettent tout en place et ça nous laisse un peu aussi de disponibilité pour avoir moins («  
28 rire ») à se déplacer au domicile etc. « d'accord ». Ça c'est intéressant aussi. Parce qu'effectivement  
29 j'avais aussi un patient à \*\*\*\* (village rural éloigné de 11km par rapport au cabinet, 20 min de route)  
30 là qui était aussi en fin de vie et y aller tous les jours voir comment ça allait, c'était pénible (rire).  
31 Donc l'HAD a aidé quand même a pas mal aidé.

32 *D'accord*

33 *Hum*

34 *On en a un peu parlé déjà mais pour vous la prise en charge en HAD qu'est-ce que ça change pour*  
35 *vous surtout ?*

36 Ah ben une aide, une aide surtout pour d'autres médecins qui voient le patient. Hum. Et puis donc,  
37 enfin je pense que c'est surtout intéressant pour les soins infirmiers. *Ouais*. Ou justement les

38 infirmières à domicile sont aidées par toute l'infrastructure hospitalière, matériel, etc., les pousses  
39 seringues, tout le ... rire.

40 *Et qu'elles seraient les choses à modifier dans les prises en charge en HAD en général comment c'est*  
41 *là maintenant ?*

42 A modifier ?

43 *Ouais*

44 Ah ben ouais ... « *haha* » silence. Euh ouais peut être dans les protocoles de mise en HAD souvent on  
45 est juste appelé pour dire bon ben tel patient sera en HAD. Ben c'est sûr que des fois faudrait pouvoir  
46 participer aux réunions, aux RCP etc. mais enfin c'est pas évident pour nous les libéraux « *rire* » mais  
47 effectivement qu'on puisse pouvoir intervenir justement peut être d'avantage sur les... Parce que ya  
48 pas mal des gens en HAD ensuite ils sont... ils sont donc suivi bien comme il faut et nous on a plus  
49 qu'à faire certaines ordonnances, de renouvellement notamment de Skénan quand ils ont pas eu le  
50 temps de le faire eux même quoi. Surtout des fois un peu la cinquième roue du carrosse dans les HAD

51 *Ouais c'est un peu votre sentiment ...*

52 Oui des fois. Cela dit c'est bien aussi qu'ils, d'être aidé parce que nous voilà des fois on est débordé en  
53 bas et d'aller voilà. Quand tout est déjà fait c'est bien (*rire*). C'est quand même une aide intéressante  
54 même si des fois on participe plus vraiment.

55 *Et du coup-là, ouais quand vous dites : vous ne participez plus vraiment, qu'est-ce que fin, là*  
56 *maintenant du coup comment vous voyez la place des différents médecins qui s'articulent autour du*  
57 *patient.*

58 Oh ben c'est vrai par exemple celle qui a donc les métastases en ce moment son 5FU en HAD euh moi  
59 je la verrai pratiquement quasiment plus maintenant en principe.

60 *Ouais*

61 Sauf si elle a un truc intercurrent etc. Auquel cas on met... mais en général effectivement on est  
62 quand l'HAD est là, on est mis un peu de côté. Même si ça peut être une bonne chose pour nous aider  
63 à faire le reste du boulot.

64 *Oui ya du boulot. Et euh la place du médecin généraliste là maintenant comment vous la repenseriez*  
65  *finalement ? qu'est-ce que vous changeriez ?*

66 Ben ouais c'est sûr qu'à priori, peut-être être l'acteur principal de l'HAD pourrait être intéressant dans  
67 certains cas. Finalement, quand ya forcément une chimiothérapie, fin toutes les chimios... ça dépend  
68 quand même aussi de la pathologie puisqu'on a quand même aussi la pathologie en fin de vie chez  
69 certains patients grabataires, qui se retrouve donc, où les soins infirmiers sont prioritaires. L'HAD  
70 intervient moins quoi. C'est vraiment, ça dépend quand même de la pathologie initiale quand même.

71 *Vous avez des exemples autres ?*

72 Notamment ce qui est plutôt Alzheimer fin de vie on est plus là, on est quand même plus présent.  
73 Tandis que quand c'est de la cancéro forcément, ça nous regarde pas... euh on est moins impliqué  
74 quoi.

75 *Ouais c'est moins...*

76 C'est pas nous qui mettons en place les protocoles de chimio quoi.

77 *Oui*

78 On participe même pas aux RCP etc. donc du coup on se retrouve avec les comptes rendu et à tenir le  
79 dossier, et à mettre les dossiers, à tenir le dossier quoi.

80 Hum hum hum

81 *Euh ... Et sur l'HAD en général vous avez des choses à ajouter ?*

82 Sur l'HAD ?

83 *Ouais*

84 Euh ben ya les protocoles sur les patients, les rémunérations tout ça c'est pas la sécu, c'est pas facile à  
85 comprendre ce qui se passe.

86 *C'est-à-dire ?*

87 Comme aujourd'hui ya encore des trucs en arriéré du mois de mars.

88 *Ah rire*

89 Bon ça c'est un détail.

90 *Oui fin ça compte aussi*

91 *Parce que du coup ça se passe comment ?*

92 Ben normalement on leur donne une feuille de maladie sur place et ils la prennent et ils l'envoient je  
93 sais pas à qui et ça met des mois.

94 ....

95 C'est pas pratique quand une patient est à \*\*\*\* (village rural éloigné de 11km par rapport au cabinet,  
96 20 min de route), qu'il faut monter voir, renouveler son ordonnance de morphinique.

97 C'est pratique l'HAD mais effectivement voilà ils sont tellement bons fin ils sont suffisamment  
98 présents si je puis dire que d'un seul coup on se retrouve soit exclu du soin, soit, mais en fait des  
99 fois c'est carrément bien. On est débordé par ailleurs quoi donc quand quelqu'un rentre en HAD on se  
100 dit ben il sera suivi comme il faut par les collègues. Ça peut être aussi un inconvénient dans le sens où  
101 on est exclu d'un seul coup. Faudrait justement peut être définir à l'avance qu'est-ce qu'on va faire,  
102 qui pour faire quoi... Mouais.

103 *Un peu plus au cas par cas finalement ?*

104 C'est sûr que certains cas on peut s'appuyer sur eux en disant c'est plus la peine que j'aille la voir quoi  
105 fin.

106 *Parfois ils vous sollicitent pour aller au domicile pendant une HAD ?*

107 Ouais normalement on est censé y aller régulièrement mais quelque part des fois tout est fait comme il  
108 faut donc euh on n'a plus grand-chose à faire sur place.

109 *Et ils communiquent bien l'HAD ?*

110 Oui oui oui on reçoit fax fin mail, ils appellent régulièrement pour donner des nouvelles. Oui ça c'est  
111 pas de problème, on est au courant de tout ce qui se passe.



- 112 *Les courriers aussi c'est ça ?*
- 113 Oui oui oui les courriers, non là tout, ya une bonne relation. Tout l'hôpital de tout façon on est bien, on  
114 est beaucoup, bon courrier, bon retour.
- 115 *Vous avez à faire avec les différents intervenants de l'HAD ?*
- 116 Oui oui ya \*\*\*\* « prénom d'un médecin coordo » qui appelle et ya le secrétariat sont sympas ils  
117 appellent à l'avance : on va peut-être mettre quelqu'un en HAD, on l'a mis en HAD, il est sorti  
118 d'HAD. Bon ben voilà ils appellent 2-3 fois.
- 119 *C'est toujours le cas ?*
- 120 Oui oui
- 121 *Ou parfois devant le fait accompli ?*
- 122 Ah oui ils nous appellent toujours pour prévenir. J'ai jamais loupé un appel. Peut-être des fois je suis  
123 pas là mais ils rappellent. On est bien au courant quand quelqu'un rentre en HAD, quand il ressort etc.  
124 Par téléphone et ensuite par des courriers.
- 125 *Et au niveau de la relation des autres intervenants de l'HAD qui pourraient venir sur place ?*
- 126 L'infirmière libérale donc elles sont justement sollicitées en HAD donc du coup c'est elles qui font  
127 l'HAD, c'est les mêmes que je connais d'habitude. Et eux ils m'appellent moins car justement quand  
128 ils ont un problème ils appellent seulement l'HAD. Quand ya pas l'HAD ils m'appellent moi. Ça se  
129 complète finalement, moi je le vois quand même comme un soulagement de la médecine libérale quoi.  
130 Je me demande si les infirmières libérales jusqu'à quel point elles sont soulagées ou au contraire  
131 ça les sollicite davantage. Parce que des fois yen a quelques-unes, fin elles doivent passer tous les  
132 jours.
- 133 *C'est sûr ça change quand même*

1 ENTRETIEN n°3

2 *Pour commencer, est ce que vous pouvez me raconter votre dernière expérience avec l'HAD ?*

3 Alors, ma dernière expérience avec l'HAD a été pour le suivi d'un patient en soins palliatifs qui était  
4 sur \*\*\*\* (Nom de commune périurbaine). Moi je suis installée sur \*\*\*\* (Nom de commune  
5 périurbaine), l'HAD je trouve était très précieuse, dans la mesure où j'avais peu de temps pour me  
6 retourner pour des visites, pour des symptômes un peu urgents et qui nécessitent effectivement la  
7 présence d'un médecin assez rapidement, à moins de courir le soir même là-bas. Donc, du coup c'est le  
8 Dr \*\*\*\* (nom de médecin coordonnateur d'HAD) qui a fait le lien, et euh, voilà et cette dernière  
9 expérience elle était très bien parce que finalement je me suis jamais rendu sur place. Alors il n'est pas  
10 resté très longtemps chez lui, il a été réhospitalisé à sa demande, et il est rentré de nouveau à \*\*\*\*  
11 (Nom de Structure Hospitalière) où il était suivi, où il a fini ses jours là-bas ce patient. Je trouve que  
12 l'HAD m'a permis, tout en lien avec le médecin traitant parce qu'elle m'a toujours fait les retours, elle a  
13 été le voir, elle avait fait des prescriptions, du coup le patient je l'avais après au téléphone, donc je  
14 pense que l'HAD a permis la mise de traitements, une prise en charge, une écoute. Je pense qu'il n'y  
15 avait que l'intervention du médecin, il n'y avait pas l'équipe, il n'y avait pas d'infirmières, etc. Et de  
16 m'inclure dans la prise en charge et de garder le lien de confiance du patient et de son médecin traitant,  
17 parce que du coup...

18 *Ça a été possible du coup ?*

19 Ah oui, ça a été possible, et ce que j'aime en fait, c'est ce que j'ai aimé dans cette dernière prise en  
20 charge oui. Même si je n'étais pas là physiquement, en tout cas le lien était suffisamment assez  
21 cohérent pour que l'on fonctionne comme une sorte de trinôme comme ça.

22 *D'accord, le patient, le médecin coordinateur et ...*

23 Et moi-même.

24 *Du coup au niveau de la place des différents médecins dans la prise en charge ? Vous voyez cette*  
25 *répartition comme ça plutôt équilibrée ?*

26 Oui.

27 *Donc c'est à dire la place c'était le médecin coordinateur lui il gérait ... ?*

28 Alors peut être qu'elle a un peu fait mon travail de médecin traitant hein, dans cette prise en charge là,  
29 mais il s'avère que c'est ma dernière donc euh, donc on parle de ma dernière expérience.

30 Sinon quand j'ai d'autre expérience en tête, hormis cette dernière-là, je trouve que le médecin  
31 coordinateur de l'HAD, moi je trouve qu'il a sa place à côté de nous, en tout cas il est très aidant. Le  
32 coup de téléphone pour présenter la situation avant le retour à domicile. Donc je trouve c'est très  
33 confraternel, c'est bien, on est dans l'échange des dernières informations, la mise en place qu'ils  
34 proposent en fait, voilà donc est au courant. Après nous on fait le suivi, donc c'est à nous de prendre le  
35 relais en terme de fréquence de visite, s'il nous a demandé de refaire le point ben on se débrouille, on  
36 peut l'organiser, c'est ça qui est bien en amont, c'est que du coup on peut l'anticiper. Dans un retour à  
37 domicile c'est plus simple, que effectivement euh, parfois dans d'autres cas. Mais voilà...

38 *Et ça dans d'autres prises en charge HAD, vous avez eu d'autres prises en charge HAD auparavant,*  
39 *ça c'était toujours passé comme ça ? Ou c'était la seule ?*

40

41 Et bien de mémoire oui, celle-ci où j'ai jamais pu voir mon patient, le médecin, l'HAD a fait la prise en  
42 charge à domicile, c'est la seule fois. Bien sûr sinon j'ai plutôt des échanges téléphoniques.

43 *Ils préviennent toujours du coup ?*

44 Ils préviennent de la... voilà. Et puis qu'est-ce que j'ai eu besoin ? Oui, avec la permanence  
45 téléphonique aussi, j'avais besoin de rétrocession de midazolam, ça a été hyper rapide. Donc du coup  
46 pour un de mes patients, mais il y a fort longtemps, il y a quelques années. On a pu l'accompagner  
47 chez lui, avec voilà, ce qu'il fallait...

48 *Du midazolam.*

49 Oui, avec un petit PSE qui a été mis en place, mais tard dans la soirée, et euh, il est décédé le  
50 lendemain matin. De mémoire, c'est pour moi grâce à la rétrocession rapide et l'intervention de l'HAD,  
51 que ça a pu se faire. J'aurais été médecin généraliste sans HAD derrière, ce patient je pense qu'il  
52 retournerait aux urgences.

53 *Ouai, d'accord, donc ça a permis d'éviter une hospitalisation.*

54 Oui puis une fin de vie en plus, les urgences c'est un lieu où ils n'ont pas forcément leur place.

55 *Oui tout à fait, ce n'est pas forcément adapté. Et du coup selon vous, ce qui va faire qu'un patient est  
56 éligible à une HAD, ce serait quelle situation ?*

57 Quelle situation ?! J'ai pas vraiment réfléchi parce que quand on pense à demander une HAD à  
58 l'hôpital, effectivement on les appelle et c'est eux qui viennent faire l'évaluation en fait. Ils viennent  
59 sur place, le médecin pose des questions puis après ils font pas la (rires), en fonction de critères  
60 patients puis de leur disponibilité aussi j'imagine. Donc j'ai peur que ma réponse soit biaisée, parce que  
61 c'est quand même des patients lourds pour lesquels j'ai l'habitude de penser à l'HAD en fait, quand il y  
62 a des soins techniques. C'est vrai que je rejoins ces indications hein. Quoiqu'il y a des infirmières  
63 libérales maintenant il y a certaines elles sont quand même bien formées, mais par exemple on a  
64 accompagné très récemment une dame sans HAD avec une PCA de morphine à domicile. Et il a fallu  
65 que tout le cabinet infirmier se forme sur cette personne, euh. Cette personne ça laisse un petit peu du  
66 temps, parfois des défauts, euh, des erreurs, parce que on sait pas forcément puis le temps qu'elles  
67 s'approprient le matériel euh, voilà donc, euh...

68 *C'est compliqué.*

69 Il y a eu des hauts et des bas, mais ça c'est très bien fait finalement sans HAD. Donc je, de dire qu'il  
70 faut que tous les patients avec une PCA doivent être gérés par l'HAD, non, par exemple, mais  
71 (hésitation) quand on finit avec une PCA de morphine à domicile, on a souvent d'autres soins avec  
72 hein; sonde à demeure, mais oui soins techniques lourds, effectivement ça peut quand même alléger le  
73 médecin, de savoir qu'il y a la gestion du matériel, coordination, un avis médical, rapide si besoin.  
74 Euh, une maladie un peu évoluée, des symptômes compliqués, beaucoup d'angoisse... Je sais pas tout  
75 ça c'est vrai que...

76 *Toutes ces situations là...*

77

78 Ben oui, ben oui globalement c'est quand même mieux d'être accompagné que seul. Après on peut  
79 travailler son réseau hein, il y a pas que l'HAD hein, mais bon dans le cadre de votre travail, c'est  
80 intéressant de leur faire une place bien sûr.

81 *Et du coup vous verriez quels acteurs dans la prise en charge HAD ? Quels sont pour vous les  
82 différents acteurs ?*

83 Dans une prise en charge idéale ou dans ce qui se fait... ?

84 *Non, dans une prise en charge idéale ou en pratique, hein, on peut faire les deux.*

85 Alors, moi je partirais de la prise en charge pratique parce que je trouve qu'elle fonctionne, alors peut-  
86 être qu'il faudrait que j'y réfléchisse encore plus. Alors il y a le med co (médecin coordinateur de  
87 l'HAD, NDR), il y a l'infirmière, qui coordonne aussi l'HAD, que j'avais déjà eu, plus après parfois  
88 elles peuvent peut-être parfois dégager du temps d'infirmière euh, sur l'équipe je sais pas, s'il y a des  
89 infirmières intra HAD. Souvent ce qu'elles font c'est qu'elles appellent des infirmières libérales, si j'ai  
90 bien compris pour se libérer.

91 *Oui souvent oui.*

92 Est-ce qu'au sein d'une HAD on aurait besoin d'une psycho ? Moi je pense que oui, mais je pense qu'il  
93 y en a pas. Il n'y en a pas à l'HAD ?

94 *Non.*

95 Et oui, ce serait bien. Euh, quel autre intervenant ? Ecoutez là pour l'instant comme ça j'en vois pas  
96 plus.

97 *Hmm*

98 Ça rejoint un peu le fonctionnement de la plateforme là où ils ont leur binôme médecin - infirmière -  
99 psycho - assistante sociale.

100 *La plateforme c'est ?*

101 La plateforme CPS.

102 *Hmm*

103 Je sais pas si tu connais ?

104 *Je veux bien qu'on me réexplique.*

105 Pour moi la plateforme c'est un appui pour la prise en charge de patients complexes à domicile, qui  
106 peut être sollicité par les médecins généralistes ou la famille. En tout cas par des professionnels de  
107 santé ou la famille, sur des situations de maintien difficile à domicile complexes, voilà.

108 *Et il peut y avoir l'HAD dans cette prise en charge ?*

109 Non.

110 *C'est différent.*

111 Oui, c'est différent, de toute façon.

112 *C'est complémentaire ?*

113 Je pense que si on a la chance d'avoir l'une ou l'autre, il faut fonctionner avec l'une ou l'autre de ces  
114 équipes.

115 *Tout à fait.*

116 C'est dommage, il y a tellement de besoins que du coup, c'est dommage de les mettre sur une même  
117 prise en charge. Et puis après elles se coordonnent hein, honnêtement. CPS, soins palliatifs, s'il était  
118 suivi à l'USP, il y a l'HAD derrière, on peut avoir des avis faciles derrière. Je pense que vraiment ça  
119 doit pas forcément se rejoindre.

120 *D'accord. Et du coup si on résume un peu, la prise en charge HAD, ce qu'elle a changé pour vous ?*

121 Ce qu'elle a changé pour moi dans les diverses expériences que j'ai eu, pour résumer et trouver des  
122 mots clefs parce qu'on en a pas beaucoup quand on parle hein,

123 *(Rires)*

124 Euh. Efficacité. Parce que sur une prise en charge en soins palliatifs quand on peut avoir l'impression  
125 d'accompagner plutôt bien son patient parce que une rétrocession de produits hospitaliers disponibles  
126 sur le midazolam, je trouve que ça c'est important.

127 Efficacité en termes de confort, parfois c'est difficile de mettre les deux chose ensembles.

128 *Pour le patient, pour le médecin...*

129 Mais pour les deux confort et efficacité, ben oui s'il a pu effectivement rester chez lui, que la famille  
130 était présente, que ... c'est une épreuve douloureuse, mais que les choses elles ont pu être un minimum  
131 contrôlé sur les symptômes de fin de vie ben c'est bien. C'est ce que je pense en fait parce que c'est  
132 quand même pour moi assez technique, quand j'envisage l'HAD, je vois des patients plutôt avec des  
133 traitements, des pousses, des PCA, du midazolam, ou voilà.

134 *Qui sont pas utilisés en ville habituellement.*

135 C'est ça. C'est ça. Quand on me parle HAD, j'ai plutôt effectivement une vision un peu technique de la  
136 prise en charge.

137 *D'accord. Et ce que vous voyez des choses à modifier dans la prise en charge en HAD ou dans le  
138 rapport avec eux ?*

139 *(Réflexion).* J'en vois pas trop maintenant. Mais euh, parce que je trouve que euh, puis l'HAD c'est vrai  
140 que euh, en fait c'est complémentaire avec la plateforme quand il y a besoin d'être aidé, du coup je  
141 trouve que ... hmm hmm.

142 *Que ça marche bien.*

143 Que ça marche bien actuellement.

144 *Et au niveau de la communication avec eux ?*

145 Avec l'HAD ? Ben ils ont un numéro assez facile à contacter. Le téléphone, après il y a les mails, avec  
146 \*\*\*\* (nom de médecin coordonnateur) j'ai souvent échangé par mail. Sans problème. Du \*\*\*\* (nom  
147 de structure hospitalière). L'HAD c'est sur \*\*\*\* (nom de ville) ? hein ?

148 *Oui.*

149 D'accord ok. Oui oui, moi je l'ai trouvée disponible par mail, même bien plus par mail qu'au téléphone  
150 ouai.

151 *Donc ça fait une relation directe avec le médecin de l'HAD quand il vous connaît quoi.*

152 *Oui, oui.*

153 *Ok. Et au niveau de la communication, avec les prescriptions qu'ils font, et euh, celles...*

154 Alors justement j'ai pas mémoire, de souvenir, de prescriptions qui ont été faites par l'HAD et ne me  
155 concernaient pas en fait.

156 *D'accord, donc ils... ?*

157 C'est à dire que moi, dans mes souvenirs, mais peut être que c'est pas complètement vrai, de patients  
158 qui étaient suivis par l'HAD j'y allais, je faisais mon suivi euh hebdomadaire, ou 2 - 3 fois dans la  
159 semaine s'il fallait, si ça s'aggravait, mais sinon plutôt hebdomadaire quand c'était tranquille.

160 *Hmm Hmm.*

161 Avec dans l'idée que je faisais mes prescriptions et ma feuille de soins pour me faire régler.

162 *Oui.*

163 Et du coup je n'avais pas d'autres prescriptions en parallèle. Donc je reprenais ce qui était en fait dans  
164 le dossier, hein, de fait s'il rentre avec tel traitement, tel traitement, mais s'il y avait des nausées, des  
165 douleurs, ...

166 *Plus une prolongation puis après une adaptation.*

167 Une adaptation voilà en fonction des symptômes qui arrivaient et j'ai pas l'impression qu'il y avait...

168 *C'était pas déjà tout prescrit et euh il fallait, on savait pas trop ce que...*

169 Alors heureusement que c'était tout prescrit dans le sens d'une continuité de soins de retour à domicile,  
170 avec des infirmières qui donc appliquaient ce qui était fait, tenu dans le cahier de l'HAD, mais après le  
171 chef d'orchestre c'était le médecin traitant et j'ai toujours eu cette impression dans une intervention  
172 d'un patient suivi par l'HAD, ce n'est que mon point de vue mais d'être le coordinateur en fait, c'est à  
173 dire...

174 *Pas d'être exclu de la prise en charge.*

175 Pas du tout. On attendait mon passage pour réévaluer les chose, savoir comment faire, et d'ailleurs  
176 dans mes expériences avec mes patients suivis en HAD c'est moi qui prescrivait et pour moi l'HAD  
177 était vraiment un prestataire : technique, voilà, de coordination s'il y avait besoin ou si je savais qu'il y  
178 avait une réaggravation je pouvais avoir un avis rapidement plutôt que de le faire basculer aux  
179 urgences s'il est suivi en HAD, on a tous les moyens techniques d'en discuter, non franchement, de  
180 confronter nos avis, euh, mais jamais aucune exclusion dans mes expériences. Non non.

181 *Du coup il n'y aurait pas forcément besoin de repenser la place du médecin généraliste, elle serait pas  
182 mal là ?*

183 Pour moi il n'y a pas du tout.

184 *Il n'aurait pas besoin alors justement est ce qu'il serait trop impliqué et que ça le surchargerait de  
185 travail ?*

186 De toute façon une prise en charge à domicile, alors c'est vrai qu'HAD j'ai souvent associé à fin de vie,  
187 et c'est pas tout le temps le cas, et je pense que dans leurs prises en charge, il y a des patients d'HAD  
188 qui sont pas forcément dans des soins palliatifs, dans des soins chroniques. Peut-être que je me  
189 trompe.

190 *Ouai.*

191 Oui je me trompe ?

192 *Non non (rires)*

193 Voilà il y a de tout, oui peut être que la plupart effectivement c'est comme ça, mais ce que je veux dire  
194 que cette prise en charge elle est de toute manière impliquante, l'HAD c'est toujours un plus.

195 *Être aidé c'est toujours mieux.*

196 C'est ça, c'est toujours un plus, ben oui. Parce que ben il faut être capable d'avoir un appel toute la  
197 journée, de le gérer au cabinet, de savoir comment on fait, quand on a nos rendez-vous, un patient qui  
198 vomit, euh, beaucoup, euh, c'est pas tout le temps simple, ou qui est très agité euh, même si on peut le  
199 gérer par téléphone c'est pas tout le temps simple, on peut pas s'y rendre aussi rapidement qu'on  
200 voudrait. Mais en fait je pense qu'avec l'expérience ça peut se gérer, donc ça c'est en dehors de l'HAD,  
201 je trouve que c'est déjà, pas simple de garder cette disponibilité là, faut faire de la place. Donc oui  
202 effectivement s'il y a l'HAD en plus c'est toujours bon à prendre.

203 *C'est pas du coup une impression de mise devant le fait accompli ? Ah ben du coup votre patient il est  
204 en HAD, il arrive.*

205 Mais moi j'ai pas ça en mémoire. Mais le problème c'est que je suis pas peut être représentative d'une  
206 opinion de médecin généraliste.

207 *Mais non, il faut toutes les opinions, c'est ça qui est bien.*

208 Il faut toutes les opinions c'est ça, alors moi je suis dans l'opposé complet où si en plus l'hôpital a  
209 demandé une HAD et qu'il y a un retour en HAD à la maison, ben en fait merci quoi. C'est une réalité,  
210 si ce patient rentre avec une prise en charge supplémentaire, ben il faut bien qu'il rentre peut-être qu'à  
211 un moment donné c'est dans son parcours, ça doit l'être comme ça et puis voilà, après le médecin  
212 traitant fait ce qu'il peut en face.

213 *Parce que sinon il rentrerait dans tous les cas.*

214 C'est ce que je me dis : à un moment donné il rentrerait donc là il y a un support à côté, et puis le  
215 médecin il fait ce qu'il peut aussi, mais je pense qu'il est plus facile de partir avec l'idée que c'est  
216 gagnant - aidant, d'être dans une relation de prise en charge commune à domicile où chacun à sa place,  
217 pour un patient qui est déjà très fragile, qui devrait peut être à l'hôpital mais qui s'il rentre souvent c'est  
218 à sa demande : on ne met pas des HAD en place contre la volonté des patients hein. C'est à dire que  
219 c'est une chance à se donner.

220 *C'est des patients qu'on sait qu'ils veulent rentrer, qu'on sait que ça va être possible, et on met tout en  
221 place pour qu'ils puissent rentrer un peu.*

222 Exactement, c'est ça, donc c'est au contraire, rien qui n'est imposé, je pense que si on demande au  
223 patient on comprendra tout de suite que lui il a envie. Bon on va travailler ensemble alors, il n'y a pas  
224 de raison. Je pense que c'est un chouette travail honnêtement, c'est un support pour l'ambulatoire, c'est  
225 tant mieux qu'il existe des équipes qui sortent de l'hôpital pour nous donner des moyens intéressants.

226 De fait on a des patients qui rentrent en HAD, de fait on choisit pas.

227 *[...] (caractéristiques médecin)*

228 L'HAD ne couvre pas tout le temps les champs du palliatif. Quand vraiment il y avait des prises en  
229 charge palliatives on appelait la plateforme CPS, parce que souvent les infirmières en place et l'équipe  
230 qui est déjà en place, s'il y a juste quelqu'un pour les coordonner, comme la plateforme, parfois c'est  
231 suffisant, un appui pour le médecin généraliste, voilà la psycho pour la famille. Et puis le médecin

232 généraliste qui dit "moi je sais pas gérer, je sais pas gérer, et puis [Nom de personne travaillant à la  
233 plateforme] qui dit mais si on fait ci, on fait comme ça, on vous suggère de faire comme ça puis  
234 comme ça les choses elles passent aussi.

235 *Et des fois ça vous est arrivé d'utiliser l'HAD ?*

236 De moi l'appeler en tant que médecin ?

237 *Est-ce que le fait d'avoir l'habitude avant de travailler avec l'HAD ça peut jouer ?*

238 Le problème c'est que quand on est à l'hôpital et quand on est en ville on a le même nom mais on a pas  
239 les mêmes moyens en fait.

240 C'est juste que de par mon expérience j'ai été de l'autre côté du rideau donc connaître la mise en place,  
241 etc. Pour connaître les aboutissants quand ils arrivent à la maison, mais du coup je peux comprendre  
242 mon collègue qui fait pas forcément des soins palliatifs, un patient un peu lourd, tout ça, ça peut être  
243 compliqué, mais une fois de plus c'est pas la structure qui rend ça compliqué, c'est la situation elle l'est  
244 quoi, de fait la maladie et l'avancement de tout ça.

245 Alors on est pas les mêmes personnes et moi en tant que médecin généraliste j'ai jamais demandé une  
246 HAD extérieure en fait. Parce que je sais qu'on peut le faire, on peut le faire ?

247

248 Mais j'ai jamais eu à le faire. Parce qu'il était peut-être hospitalisé avant, ou ben moi j'ai des patients là  
249 effectivement qui sont parfois en phase palliative. Là j'ai un patient il a été réhospitalisé il y a quelques  
250 jours à l'USP (*Unité de Soins palliatifs, NDR*), il en est sorti. Deux jours après il a été réadmis à l'USP  
251 en direct parce que ça n'allait pas. Donc là on a pas le temps de dire à l'HAD : "viens". Il est sorti de  
252 l'USP il en avait pas. Il retourne à l'USP puis ils verront, peut-être qu'il en relèverait. Mais moi j'ai  
253 plus l'impression qu'en tant que médecin généraliste l'HAD mise en place est un fait accompli  
254 effectivement, euh, de par l'hospitalisation et la rentrée à domicile. Moi j'ai pas eu l'occasion de me  
255 dire : "ben tiens ce patient je le mettrais bien en HAD toute seule" et de les appeler, de court - circuiter  
256 un petit peu j'aurais l'impression quand même.

257 *D'accord.*

258 Après c'est possible, c'est possible de le faire, je sais que ça existe. Il y a peut-être des gens qui veulent  
259 absolument pas mettre les pieds à l'hôpital, qui seraient d'accord que l'hôpital vienne directement chez  
260 eux. Je sais pas par quel moyen parce que parfois il faut accepter les choses et l'hospitalisation est une  
261 étape qui permet de se dire : "si je peux rentrer chez moi peut-être, à ce prix-là". Parce que c'est une  
262 intervention qui est lourde, techniquement ; il y a quand même des passages, ça tourne.

263 *Il y a un lit, du matériel, des choses...*

264 Exactement. A partir du moment où tu as des gens qui viennent à domicile, ben ta chambre elle  
265 ressemble vite à ça (*me montre une photo d'une pièce d'un patient pris en charge en soins palliatifs à*  
266 *domicile*). Et encore c'est que le bureau.

267 *C'est une intrusion ouai.*

268 Et c'était des infirmières libérales tu vois, qui travaillent d'ailleurs avec moi. A l'époque je les  
269 connaissais pas.

270 *Mais en même temps ça permet d'être chez soi.*



271 C'est ça. Moi je trouvais que c'était une belle image d'être chez soi, mais en même temps quand même  
272 il y a tout ça.

1 ENTRETIEN n°4

2 *Tu as des questions de manière générale sur le déroulement ?*

3 Euh non.

4 *Euh, comment t'en est venue à travailler avec l'hospitalisation avec l'HAD ?*

5 Euh comment j'ai fait ça, euh, par hasard. Euh non en fait moi je travaillais avant, donc après mon  
6 internat dernier semestre j'étais en gériatrie ici à xxxx. Le SASPAS s'était pas très bien passé. J'avais  
7 des craintes en disant je ne pourrai pas faire des remplacements par ce que mes maîtres de stage, ben  
8 ça ne s'est pas tellement bien passé, j'ai pas trop envie d'aller les recontacter et j'avais énormément  
9 aimé mon stage de gériatrie au CSG et je me suis dit je resterais bien là, j'ai ma thèse à faire, ça va être  
10 confortable je reste à l'hôpital, ils ont besoin de quelqu'un en gériatrie ; je vais continuer à me former  
11 en gériatrie. Donc j'ai atterri au SSR xxx, donc gériatrie rééduc et puis ben euh en fait ben au bout  
12 d'un petit moment jme sentais pas très bien dans le service et puis j'ai fait une pause et avant de faire  
13 la pause en fait ya quelqu'un qui m'a contacté en me disant, fin c'est une amie qui travaille ici, ya  
14 quelqu'un qui s'en va à l'HAD. Nous on va avoir besoin, je te verrai bien faire ça, renseigne toi. Bon  
15 je me suis renseignée, ça a fait tilt et voilà.

16 *Comme ça*

17 Comme ça.

18 *Parfait*

19 Euh à savoir quand même que ma thèse c'est sur le lien ville hôpital donc bon par définition c'est déjà  
20 un sujet qui m'intéresse.

21 *Ouais.*

22 Donc j pense que ça jouait aussi.

23 *Intéressant ça*

24 Oui (rires)

25 *Raconteras ta thèse (rire)*

26 *Et euh, selon toi, qu'est ce qui fait qu'un patient va être éligible à une HAD ?*

27 De manière générale.

28 *Hum*

29 Bon euh bon déjà il faut que ça soit, la prise en charge relève des critères de l'HAD. Voilà. Ensuite il  
30 faut que le médecin traitant soit d'accord, que le patient soit pris en HAD. Et bon après ça dépend  
31 mais globalement que le médecin traitant non seulement il soit d'accord et qu'il puisse se rendre  
32 disponible pour faire des VAD, en tout cas il faut qu'il y ait un suivi conjoint. Euh ensuite ben ça  
33 dépend des situations mais globalement si c'est un patient en soins palliatifs il faut qu'il y ait  
34 quelqu'un euh, un aidant à domicile. Euuuhhh, qu'est-ce que j'ai oublié ... je crois que c'est les points  
35 essentiels. J'ai peut-être dû oublier des trucs mais voilà.

36 *Mouais un peu tout ça*

37 Oui ; Critères HAD c'est l'essentiel.

38 *Qui sont donc ?*

39 Critères HAD ben voilà c'est les missions tel que défini, que ce soit on va dire « codable » euh pour  
40 parler crument, et puis qu'on soit dans l'aire géographique d'intervention de l'HAD aussi.

41 *Hum*

42 C'est-à-dire que si on n'est pas dans l'aire sur lequel on intervient ben on pourra pas prendre en charge  
43 le patient.

44 *C'est sûr. Et du coup qui sont les acteurs de la prise en charge en HAD ?*

45 Alors à l'hôpital l'équipe de l'HAD avec les médecins coordinateurs et toute l'équipe. Euh les  
46 généralistes en ville, les infirmiers libéraux, tous les intervenants en fait libéraux.

47 *Hum*

48 Donc euh infirmier mais aussi kiné quand il y a besoin, orthophoniste euh et puis ben pour revenir  
49 aussi à l'hôpital ben les spécialistes parce que voilà ya vraiment ce lien à faire entre les spécialistes et  
50 la ville.

51 *Quelles serait les choses du coup à modifier dans le rapport avec les médecins généralistes ?*

52 Qu'est ce qui serait à modifier, hum, je sais pas s'il y aurait des choses à modifier. Ben parce qu'en fait  
53 ça voudrait, fin, je suis pas capable de répondre à cette question parce que ça voudrait dire analyser  
54 toutes les difficultés qu'on rencontre nous à notre échelle en tant que coordonnateur à l'HAD, voir  
55 aussi les difficultés qu'ont les médecins traitants et à partir de là détecter des des des des lignes  
56 communes qui posent problèmes et que lesquels on peut travailler pour trouver des solutions. Euh  
57 moi mon ressenti, euh clairement c'est que le médecin généraliste on essaie de l'impliquer en tant que  
58 coordonnateur. Un frein évident c'est que la co prescription c'est compliqué à deux têtes euh et que  
59 ben voilà l'HAD veut qu'on ait un logiciel hospitalier, avec le médecin coordonnateur qui prescrit sur  
60 le logiciel avec les contraintes aussi en lien avec la pharmacie et que à côté de ça ya le médecin traitant  
61 qui lui, c'est pas lui qui fait la prescription donc voilà c'est vraiment une réflexion à deux têtes donc  
62 là ben pour moi ça fait référence à une relation et comme dans toutes les relations ben c'est à  
63 géométrie variable ça dépend des ça dépend de la personne, de l'interlocuteur, donc à chaque médecin  
64 généraliste finalement on se retrouve avec une nouvelle façon de procéder quoi un peu. Voilà.

65 *Ouais, hum*

66

67 Mais ça en tout cas, j'ai répondu de manière un peu voilà. Mais mais c'est sûr que le fait d'avoir un  
68 logiciel, fin c'est le fait d'être bicéphale en fait que la prise en charge. Sur la prescription, d'avoir un  
69 logiciel où il n'y a que le médecin coordonnateur de l'HAD qui vraiment a accès, voilà c'est quelque  
70 chose, il faut un partenariat. Donc réfléchir peut-être aux conditions de ce partenariat, à des conditions  
71 qui soit partagées.

72 *Ouais*

73 Et partageables.

74 *Qui dépendrait de quoi ? ça dépend de chaque médecin mais finalement ;*

75 Ben en fait ce que j'essaie de dire c'est que, je suis pas sûre honnêtement mais je sais pas, faut  
76 réfléchir, qu'il y ait un moyen de faire une, de standardiser ce genre de chose.

77 *Hum*

78 Alors après on peut peut-être écrire des grandes lignes mais encore une fois c'est une relation entre  
79 médecin coordonnateur et médecin généraliste sur un patient bien particulier donc c'est rejoué à  
80 chaque fois.

81 *Hum*

82 Et euh ça dépend tellement de ben voilà comme dans une relation, qui est chacun, comment il voit les  
83 choses, plus la conjoncture, le la situation à l'instant T, voilà. Je pense que c'est quelque chose  
84 finalement d'un peu singulier quoi.

85 *Ouais au cas par cas*

86 C'est ça. C'est comme ça que je le vis, mais encore une fois peut être qu'on pourrait dégager des  
87 grands points de travail.

88 *Ouais*

89 Des groupes de travail en commun mais il faudrait déjà identifier les difficultés des médecins  
90 généralistes, des coordonnateurs et voir après ce qui revient sans cesse en problématique et comment  
91 on essaye de régler les problèmes.

92 *Et du coup toi en tant que médecin coordonnateur, tes difficultés ?*

93 Alors mes difficultés ben oui c'est l'accessibilité du médecin généraliste, se dire peut-être je le  
94 dérange, quand est-ce que je le contacte ; euh le retour d'information, le partage d'information, moi  
95 vers lui, lui vers moi quand il fait ses VAD. Euh la problématique de la prescription pour les raisons  
96 que je viens fin que j'ai évoqué, c'est le logiciel où c'est juste le coordonnateur de l'HAD qui a accès,  
97 avec le fait que le médecin traitant lui de son côté il a pas notion de tout ce qu'on peut faire à l'hôpital.  
98 Ya une part peut être aussi de méconnaissance de l'HAD pour certains généralistes. Euhh, une  
99 méconnaissance aussi moi des réalités du médecin traitant parce que je sais un peu qu'est-ce que c'est  
100 que la réalité d'un médecin généraliste mais voilà est ce qu'il fait des VAD est ce qu'il n'en fait pas,  
101 euh, comment il s'organise lui en gestion d'urgence s'il faut vite se déplacer au domicile ou pas. Voilà.  
102 Tout ça, euh ... voilà je suis pas la vie du médecin généraliste, il n'est pas dans ma vie et euh voilà.

103 Rires

104 Je sais pas si je réponds à la question mais

105 *Sii c'est pas facile*

106 Ouais ouais ouais

107

108 *Euh mais du coup-là en ce moment en pratique comment tu vois la place des différents médecins là,*  
109 *comment tu la vois ?*

110

111 On va dire que moi dans ma situation euh bon déjà on va dire qu'à l'HAD aussi les médecins  
112 généralistes sont forcément contactés quand ya une demande d'HAD et aussi on les recontacte quand  
113 effectivement la prise en charge débute.

114 *Hum hum*

115 Euh la problématique c'est de savoir si on a... si on a récupéré leur accord au préalable ou pas parce  
116 que des fois voilà euh on peut annoncer et en fait on était, on ne s'est pas vraiment assuré s'il était  
117 d'accord ou pas. Donc ça c'est un peu voilà, les choses peut-être à améliorer du côté de l'HAD. Euh  
118 moi pour ma part euh ça dépend du type de prise en charge. Une prise en charge on va dire purement  
119 technique euh voilà je laisse les secrétaires informer le médecin traitant et euh à partir du moment où il  
120 ne va pas avoir une grosse part à jouer euh parce que soit c'est un soin ponctuel soit c'est un soin  
121 technique où bon ben pour le coup ya aucune plus-value à part le tenir informé et qu'il sache qu'on  
122 intervient, je... il aura son courrier de sortie ; si ya vraiment des gros points je vais-je vais l'impliquer  
123 mais grosso modo je ne l'implique pas tellement parce que parce que euh parce que j'ai pas besoin  
124 d'une collaboration étroite avec lui. A l'inverse pour des prises en charge longues euh où voilà le  
125 médecin traitant il a il est vraiment essentiel, je pense notamment aux prises en charge soins palliatifs,  
126 de fin de vie, euh là je suis beaucoup plus euh je les appelle plus régulièrement, en tout cas j'essaye de  
127 m'assurer qu'ils aient l'info. Je ne dis pas que je fais ça bien mais j'essaye de les informer, de les  
128 appeler déjà personnellement pour voilà, dans des dans des, pour des patients où vraiment c'est une  
129 prise en charge lourde, compliquée, je vais les appeler, euh, éventuellement refaire la synthèse un peu  
130 de ce qui s'est passé en hospitalisation complète avant qu'il ne soit pris en HAD, euh ensuite, j'essaye  
131 de voir avec eux si on ne peut pas fixer une visite à domicile de leur part sur une base régulière de  
132 manière à ce que ben voilà eux soient vraiment actifs et puis voir comment après on peut échanger les  
133 informations eux vers moi et moi vers eux si j'ai des éléments de mon côté. Euh, aussi pour des  
134 patients, sans que ce soit forcément des prises en charge lourdes mais des patients polypathologiques  
135 où il me semble qu'il y a un ajustement de traitement à voir même en dehors de la euh du motif  
136 associé à la prise en charge HAD euh je vais aussi contacter le médecin traitant pour autant que je  
137 sente qu'il est disponible et intéressé parce que après c'est sûr que un médecin traitant qui n'est jamais  
138 joignable et que je sens pas forcément impliqué c'est sûr que là pour le coup je vais pas insister et je  
139 fais les choses moi-même. Mais typiquement là j'ai un patient où il me semblait que peut être  
140 l'antidépresseur on pouvait revoir, ben j'ai appelé le médecin traitant pour lui demander qu'est-ce  
141 qu'elle en pensait, euh voilà lui demander ben depuis combien de temps il, ben c'était en place et on a  
142 on a décidé ensemble.

143 *Hum hum*

144 Et euh j'ai trouvé ça génial, j'ai trouvé ça top. Encore une fois ben ça dépend du type de prise en  
145 charge, ça dépend de l'interlocuteur en face, si je sens disponible ou pas, intéressé par la collaboration  
146 ou pas, mais en gros voilà à peu près ce que moi je me suis fixée comme ligne de conduite.

147 *Et pour les échanges avec les médecins ?*

148 Alors ça je conviens avec eux. Moi j'aime bien le téléphone.

149 *Ouais*

150 Euh en tout cas au moins pour le premier contact.

151 *Ouais*

152

153 Après euh je vois avec eux, c'est-à-dire que je suis accessible à tous les moyens de communication  
154 donc téléphone euh voilà si ils veulent ils ont mon numéro professionnel pour me joindre, euh le mail  
155 s'ils préfèrent. S'ils préfèrent juste laisser des messages dans anthadine, notre logiciel de coordination,  
156 ben très bien, tous les moyens sont bons ; donc après moi ça m'est bien égal du moment qu'il y a un  
157 vrai partage d'information et que je sens qu'il y a une vraie collaboration autour du patient, moi tout  
158 me va.

159 *Hum*

160 Ouais voilà j'aime bien le téléphone mais euh moi ce qui me va c'est que je sente la personne en face  
161 motivée et impliquée.

162 *Ouais et ça c'est cool*

163 Rire

164 *Alors j'en suis où, rire, c'était sur la thèse ça, rire*

165 J'ai compris rire

166 *Non après euh je sais plus oui, bon ça rejoint un peu la, fin les questions se recourent, euh après ; là*  
167 *tu disais un peu l'état actuel des choses mais si on va plus loin c'est comment la repenser cette place*  
168 *si on imagine.*

169 Alors moi ça fait, euh là je vois 2 choses. Déjà c'est la promotion de l'HAD, la connaissance de  
170 l'HAD au sein des médecins généralistes et là alors on voit que ya des généralistes qui euh soit sont  
171 passés en stage en HAD soit qui ont déjà eu à faire à l'HAD, bref qui ont une certaine connaissance de  
172 l'HAD, de ce que c'est que la réalité de l'HAD ; pourquoi l'HAD les missions, etc., comment ça se  
173 passe, parce que c'est quand même très spécifique l'HAD fin c'est pas du tout évident à comprendre.  
174 D'ailleurs on voit parce que les hospitaliers ils ont, pour la plupart encore rien compris ; fin yen a  
175 toujours ils ont pas compris comment ça marchait et puis donc c'est la connaissance de l'HAD et puis  
176 c'est aussi euh ça touche au lien ville hôpital ; comment faire le lien alors qu'on est dans des réalités  
177 différentes avec euh on est dans des bulles quoi donc c'est poreux mais ça reste quand même des  
178 bulles. Euh on n'a pas les mêmes outils de travail, on n'a pas la même temporalité et la même  
179 organisation. Euh donc c'est arriver à, à prendre en compte les réalités de chacun et euh et à se  
180 coordonner autour de ça. Donc comment on pourrait faire ? euh encore une fois comme tout le monde  
181 est différent, arriver à protocoliser ça ou en tout cas à se donner des lignes de conduite, je pense qu'il y  
182 a un minimum qui puisse être possible, euh un minimum, on va dire un socle, euh je sais pas par  
183 exemple le coordonnateur peut s'assurer que une fois par semaine ya un lien qui est fait avec le  
184 médecin traitant ou qu'en tout cas les infos lui sont passées.

185 *Hum hum*

186 S'astreindre systématiquement à chaque changement de traitement à revoir ça avec le médecin traitant  
187 mais là pour le coup la problématique elle est juste pratique, que c'est chronophage pour les deux  
188 quoi. Plus le fait que comme chacun a des temporalités différentes pour arriver à se coordonner, à  
189 trouver le bon temps pour voilà donc je pense qu'en terme de faisabilité ça me paraît très compliqué  
190 voire illusoire mais peut être que je me trompe, et en pratique euh je suis pas sûre que ça soit  
191 forcément une bonne chose parce que on ne peut pas tout maîtriser ; l'idée c'est que l'essentiel pour le  
192 patient c'est que ça soit fait et qu'après, il me semble, peut-être je suis utopiste fin mais euh ya quand  
193 même une notion de euh d'intention c'est-à-dire que l'intention, si le médecin généraliste on lui  
194 accorde sa place c'est-à-dire qu'on sait qu'il est essentiel et qu'on sait que ça reste le médecin de  
195 référence du patient c'est comme pour les hospitaliers. Les hospitaliers ils font ce qu'ils ont à faire à  
196 l'hôpital. Après tout l'art c'est de mettre au courant le médecin traitant, d'avoir conscience de ses  
197 réalités pour lui donner tous les éléments dont lui va avoir besoin pour la suite, euh et donc d'être  
198 soucieux aussi de lui de de de lui donner les bons éléments pour que derrière la prise en charge pour  
199 du patient et le suivi et la continuité des soins soit assurées de manière aisée pour lui sans que ce soit  
200 trop chronophage pour l'hospitalier en fait. Euh à partir du moment où y a une vraie volonté aussi de  
201 collaborer avec le médecin généraliste, euh mais bon encore une fois bon ça c'est moi qui vois midi à  
202 ma porte. Tout le monde n'est pas, peut-être ne voit pas les choses comme ça, je sais pas en fait.

203 *C'est un avis parmi tant d'autres hein*

204 C'est ça mais voilà la seule chose c'est que protocoliser oui autant que possible mais ya quand même  
205 des réalités qui font qu'il y aura des choses qui de toute façon ne pourront pas se mettre en place je  
206 pense. Euh voilà par exemple la co prescription effective, c'est-à-dire systématiquement à chaque  
207 changement de traitement, non je pense c'est illusoire. Par contre pour les gros trucs oui il faut  
208 s'astreindre à contacter le médecin généraliste, donc que le coordonnateur de l'HAD voit avec le  
209 médecin généraliste. Je pense qu'il faut sélectionner les points essentiels de la prise en charge qui  
210 méritent une vraie réflexion commune et puis pour le reste ben voilà chacun, voilà ... chacun fait ce  
211 qui lui semble bien.

212 *Hum*

213 Ouais. Faut faire du tri quoi.

214 *Dans la communication, amener les infos importantes*

215 C'est ça

216 *Ouais et après sur le, sur le fonctionnement entre les deux, comment faire finalement pour que les*  
217 *médecins connaissent mieux, je sais pas.*

218 Pour l'HAD ?

219 *Ouais*

220 Alors ça c'est une bonne question. Comment on pourrait faire. Euh c'est une réflexion actuellement  
221 qu'on mène. Euh on a une formation action là je sais pas si t'as entendu parler.

222 *Je sais pas du tout ce que c'est mais j'en ai entendu parler.*

223 En gros l'HAD est un petit peu en train de se réorganiser là sur xxx pour augmenter son activité.

224 *Ouais*

225 Et les trois postes de coordination ont été vraiment là, fin sont en cours d'établissement (*d'accord*)  
226 pour que ce soit, voilà pour que derrière toute la structure de l'HAD puisse se réorganiser de manière  
227 efficace et efficiente. Et bon une des bon voilà on a réfléchi sur les difficultés actuelles de l'HAD en  
228 interne en externe euh euh avec les partenaires et euh ben comme je disais précédemment une des  
229 problématiques notamment c'est la méconnaissance de l'HAD même au sein de l'hôpital et de des  
230 médecins euh voilà. Donc ya toute une réflexion là qui est en train de se mener pour faire en gros la  
231 promotion de l'HAD, pour expliquer voilà ben c'est quoi l'HAD, c'est quoi les particularités de  
232 l'HAD, quand est ce que l'HAD intervient ; euh qu'est ce qui faut à minima pour que l'HAD puisse  
233 intervenir. Donc ça à l'échelle hospitalier c'est une réflexion, à l'échelle des médecins généralistes  
234 c'est aussi une réflexion qu'on pourrait mener, la seule différence c'est que pour le coup il faut  
235 réfléchir à hum .... (Silence), fin en terme de temps investi et d'énergie investie versus le bénéfice  
236 qu'on en requiert. Faire une publicité, une promotion à grande échelle pour tous les généralistes, il me  
237 semble, c'est ce qu'on c'est en tout cas ce qu'on a un peu discuté, moi personnellement je me dis ça va  
238 être beaucoup d'énergie pour un gain assez maigre. Parce qu'au final qui est ce qui fait des demandes  
239 d'HAD ? C'est essentiellement en grosse majorité les hospitaliers ou alors des généralistes qui ont  
240 déjà travaillé avec l'HAD qui connaissent. Ayant dit ça alors je me rends compte que ya peut être des  
241 généralistes du coup qui ne nous appellent pas parce que ils ne savent pas que l'HAD pourrait  
242 intervenir et c'est une perte de chance pour le patient parce que ça serait intéressant. Comment on  
243 pourrait faire ? ... eh ben ... On pourrait je sais pas faire effectivement, pfouuu, ..., je sais pas c'est  
244 pas trop mon truc ce genre de truc. Voilà c'est peut-être aux généralistes voilà, alors on pourrait bon si

245 quand même pour répondre à la question peut être dans les magazines professionnels à destination des  
246 généralistes faire une information sur l'HAD par exemple, général euh, un truc général, euh pour  
247 rappeler les indications, peut-être ce serait un moyen de les toucher pour que eux en tout cas soit  
248 alertés et après y réfléchissent. Euuuh ... Je me dis comme c'est l'essentiel des hospitaliers euh enfin  
249 essentiellement c'est les hospitaliers qui font des demandes d'HAD, les médecins généralistes on les  
250 touche via les patients qui sont pris en HAD puisque nous on les contacte et quand ils ne savent pas ce  
251 que c'est l'HAD on leur explique. Enfin moi voilà si ya un médecin généraliste je l'appelle parce que  
252 son patient on nous a fait une demande, et qu'il sait pas du tout, il a jamais travaillé avec l'HAD ben je  
253 vais lui expliquer qu'est-ce que c'est que l'HAD. Ça m'est déjà arrivé, je trouve ça génial d'ailleurs ;  
254 euh et jusqu'à présent voilà les personnes que j'ai eues, les médecins généralistes étaient super  
255 contents d'avoir des infos et puis de découvrir ce que c'était. Donc voilà. Euh ça pour moi c'est peut-  
256 être un point le plus important. Et voilà. Sinon deuxième chose, je me dis à moindre frais et puis pour  
257 que ça soit quand même viable, euh puisque voilà envoyer des lettres, les médecins généralistes sont  
258 déjà surchargés d'infos de toujours donc ça va atterrir à la poubelle, les mails c'est la même chose on  
259 considère qu'on les lit pas, fin trop d'information tuant l'information faut que ce soit un truc ciblé. Les  
260 gens s'ils veulent trouver l'info ils l'auront. Euh voilà ben après ya le bouche à oreille et voilà via les  
261 patients. Je pense via les patients c'est une bonne façon de procéder. Ça veut dire que voilà  
262 potentiellement ya des patients qui sont pas pris en charge en HAD qui y relèveraient mais ça bon ben  
263 personne n'est Dieu et personne ne peut .... n'est omnipotent pour arriver à savoir, voilà par avance  
264 qui c'est qui aurait besoin et contacter le médecin généraliste en disant bon ben tu veux pas faire une  
265 demande d'HAD quoi.

266 *Ouais oui oui on peut pas faire à leur place tout façon*

267 C'est ça

268 *Ouais Cool*

269 Ben peut être ce qui est intéressant aussi c'est les groupes de pairs voilà.

270 *Oui*

271 Voilà encore une fois c'est aussi une façon de propagation, de propager. A partir du moment où ya un  
272 généraliste qui a eu à faire à l'HAD qui connaît un peu déjà l'HAD, si ya des situations évoquées par  
273 un pair qui n'aurait jamais pensé à l'HAD. Voilà c'est peut-être aussi un biais, ya ça aussi.

274 Ouais

275 On va dire de voilà de bouche à oreille, plus propagation comme ça.

276 *Ouais*

277 Indirect on va dire.

278 *Oui de à force de*

279 C'est ça. Je ne crois pas à la grosse campagne HAD mais pourquoi pas mais à ce moment-là c'est un  
280 truc à voir avec l'ARS si on a envie de faire la promotion de l'HAD je leur laisse faire la pub quoi.  
281 Comme ils savent faire les antibiotiques c'est pas automatique fin je sais pas ayez le réflexe HAD  
282 quoi.

283 *Ouais ouais*



284 Et ça pour le coup ça c'est plus de l'ordre des instances dirigeantes et des tutelles euh. Effectivement  
285 c'est dans l'air du temps de développer l'HAD, bon ben voir à eux comment ils feraient auprès des  
286 généralistes. Ils ont de ce côté-là plus de moyens et de poids peut être.

287 *Que l'HAD*

288 Voilà

289 *Euh*

290 Puis nous, on n'a pas vocation à, bon on fait de la promotion parce que quand on est en collectivité on  
291 est content de rameuter, voilà d'avoir des patients et tout, mais c'est pas notre mission à la base quoi.

292 *Oui*

293 On peut y réfléchir, euh moi je crois plutôt voilà de manière individuelle pour voilà via les patients on  
294 informe les nouveaux médecins traitants en disant voilà ben ça fonctionne comme ça l'HAD.

295 *Et tu leur dis quoi en général ?*

296 Qu'est-ce que je leur explique ?

297 *Ouais*

298 Euh alors ben je leur explique la particularité c'est que voilà on est à l'hôpital mais que on gère avec  
299 les intervenants locaux.

300 *Humhum*

301 Ils restent les centres, euh enfin le médecin de référence, que j'ai besoin d'eux pour travailler. Est-ce  
302 qu'ils sont d'accord sur le principe ; que je leur explique que voilà j'ai ce logiciel de prescription mais  
303 que théoriquement c'est quand même une co prescription, que voilà ils ont leur mot à dire, euh que je  
304 les tiens informés, qu'ils hésitent pas s'ils ont des questions à revenir vers moi. Euh qu'est-ce que je  
305 leur dis d'autre ... l'histoire de la carte vitale bien évidemment, que c'est nous qui fournissons les  
306 traitements tout ça, que si ils interviennent à domicile c'est nous qui allons les payer, que la feuille de  
307 soins ils nous l'envoie à nous ; euh... Qu'est-ce que je leur dis d'autre, je leur rappelle un petit peu  
308 pourquoi on intervient, en l'occurrence pour le patient ; pourquoi on intervient, voilà ça c'est une  
309 mission, ben une prise en charge hospitalière mais qu'on peut organiser à la maison.

310 *Humhum*

311 Soupire, euh ... Essentiellement c'est les infos que je leur donne et surtout voilà que je suis disponible,  
312 en tout cas autant que possible ; qu'ils hésitent pas à m'appeler, je suis demandeuse de retour que j'ai  
313 besoin d'eux, et j'insiste vraiment là-dessus. Voilà.

314 *Et du coup comment*

315 Oui globalement ça se passe bien et autant que possible j'essaie de leur faire un retour, de les informer  
316 autant que possible.

317 *Ouais c'est sûr*

318 Mais en pratique je ne le fais pas toujours c'est clair. J'informe plus fin je passe plus de temps à  
319 informer les patients et leur famille que d'informer les généralistes mais quand c'est un gros truc et  
320 que j'aurais besoin d'eux ben oui je les contacte, j'hésite pas.

321 *Et oui euh, quand est-ce que tu as besoin d'eux finalement ?*

322 Quand est ce que j'ai besoin d'eux ? Alors j'ai surtout besoin d'eux, alors comme j'ai dit pour les  
323 prises en charge eux complexes et euh de soins palliatifs et euh les patients qui sont difficiles à prendre  
324 en charge parce que polyopathologiques et qu'il faut un suivi quand même régulier. Euh ce qui est super  
325 c'est quand on peut collaborer avec eux qu'ils passent à domicile sur une base régulière où on sait  
326 qu'ils pourront se rendre disponibles si ya besoin d'aller en visite à domicile rapidement. Ça c'est top.  
327 Euh je les contacte quand voilà j'ai des réflexions sur le traitement, sur l'adaptation de traitement et  
328 voilà je leur pose la question. Bon ben je me rends compte aujourd'hui j'ai fait une adaptation de  
329 traitement j'ai pas posé la question au médecin traitant. Bon, mais je l'informerai ; si je ne lui en ai pas  
330 parlé en même temps ça paraît tellement évident. Voilà hypertension artérielle, fin bithérapie sur HTA  
331 mais voilà des petites tensions je veux dire il sera d'accord avec moi qu'on va arrêter, qu'on va baisser  
332 les traitements, fin voilà.

333 *Oui*

334 Mais par contre je vais l'informer fin. Ce que je veux dire c'est que je cible l'intérêt derrière du  
335 généraliste d'avoir l'info, enfin est ce que c'est super important ou est ce qu'il aurait fait comme moi,  
336 en fait bon ben oui à part me dire ok on fait ça ben pas vraiment de bénéfice ou est-ce qu'au contraire  
337 j'ai vraiment besoin d'une réflexion parce que là il s'agit de réfléchir sur la prise en charge du patient  
338 et que je peux pas prendre une décision toute seule ça serait pas du tout pertinent. Euh ça, euh les infos  
339 de toute façon ils les , il l'aura le médecin traitant car en général quand je mets fin à la prise en charge  
340 , quand j'envisage une fin de prise en charge et qu'il va y avoir du lien, yaura le courrier mais je les  
341 appelle , voilà ya tel point tel point tel point, voilà à peu près où on en est, voilà ce que j'ai fait parce  
342 que je sais que de toute façon le courrier il ne sera pas tout de suite , fin il ne l'aura pas tout de suite ,  
343 autant qu'il est l'info le plus vite possible. Euh mais donc pour revenir à quand est ce que je bon, visite  
344 à domicile, discuter sur une prise en charge, discuter d'un patient où je suis pas à l'aise, où il me  
345 manque des éléments, voilà avoir des infos du côté du médecin traitant, qu'est-ce qu'il en pense. Euh  
346 voilà je les contacte à la fin de la prise en charge pour les gros points de suivi pour qu'ils aient les  
347 éléments pour la suite. Essentiellement voilà. Et les points clés finalement du parcours de soin du  
348 patient j'essaie de m'assurer qu'ils auront les infos euh pour eux derrière poursuivre dans de bonnes  
349 conditions autant que possible. Des fois ça peut passer à l'as mais j'essaie de m'astreindre au  
350 maximum à ça. Voilà cibler quoi parce que sinon je ne vais pas passer ma vie au téléphone et puis eux  
351 c'est pareil.

352 *Oui*

353 Quand tu te fais interrompre pendant ta consultation c'est pénible quoi fin voilà faut aussi les cibler.  
354 Pareil pour les moyens de communication tout est bon parce que euh voilà être dérangé en plein milieu  
355 d'une consult c'est juste pénible donc ils peuvent me rappeler quand ils veulent à la fin d'une  
356 consultation, quand ils ont un trou fin, on s'arrange quoi que ce soit viable pour eux aussi.

357 *Ouais et sur ta thèse sur le lien ville hôpital ? ça ... on en avait déjà parlé mais bon*

358 Oui alors ma thèse c'était c'était pas bien compliqué, c'était une étude de satisfaction, une enquête de  
359 satisfaction des généralistes de bassin sur leur lien avec l'hôpital, avec les praticiens hospitaliers. Fin  
360 voilà ça partait du courrier d'hospit qui met des plombes à arriver, ils ont pas la moitié des infos,  
361 comment contacter les praticiens hospitaliers pour un avis euh fin voilà comment ça se passait  
362 finalement. Et euh bon ben voilà sans surprise bon l'hôpital de xxx n'est ni pire ni mieux qu'un autre  
363 hôpital mais oui ya une grosse carence d'information et juste parce que effectivement ya une rupture  
364 fin, à chaque fois qu'il y a une articulation, à chaque fois qu'il y a une interface, ya une perte  
365 d'information ça c'est inévitable. Donc après c'est comment on fait pour limiter ça. Ya des tas de  
366 moyens technologiques euh qui sont plus ou moins investis. Et ça c'est des bonnes choses. Mais

367 encore une fois comme ya pléthore de de de moyens technologiques le problème c'est qu'on n'est pas  
368 tous sensible à la même chose, on n'a pas tous les mêmes moyens de communiquer. Après aussi ya la  
369 volonté personnelle de chaque intervenant de plus ou moins de communiquer. Ya des réalités aussi fin  
370 voilà, ya des fois quand tu es débordé dans ton boulot t'as juste pas le temps de faire du lien même si  
371 tu aimerais en faire que ce soit dans un sens ou dans l'autre donc voilà je...

372 *Ouais faut s'adapter quoi*

373 Oui fin moi on va dire que réfléchir à des grands moyens d'amélioration je pense que c'est vraiment  
374 important mais ça ne peut pas être, il ne peut pas y avoir que ça. C'est important faut pas négliger mais  
375 faut pas non plus négliger ben qu'on est des individus et après ça se fait au cas par cas quoi.

376 *Oui ya pas une solution*

377 Je crois plus qu'il faut réfléchir fin voilà. Quand ya un souci essayer d'analyser le souci à quelque  
378 niveau que ce soit encore faut-il avoir et un le temps et deux la volonté de le faire.

379 *Bon, si tu as d'autre chose à ajouter sinon de manière générale sur l'HAD*

380 Par rapport à la coordination avec les médecins généralistes ?

381 *Oui ou même fin si ya d'autres trucs qui te viennent à l'esprit dont on n'a pas parlé.*

382 Moi ce que j'ai juste envie de dire c'est que ben déjà c'est passionnant l'HAD, la collaboration la  
383 coordination c'est l'essentiel de notre mission finalement, en HAD pour le coup c'est vraiment  
384 essentiel, euh et moi je trouve ça passionnant au niveau humain ben avec les patients mais aussi avec  
385 les collègues, à la fois avec les collègues hospitaliers, à la fois avec les collègues en ville je trouve ça  
386 juste génial et ya vraiment. Fin je me souviens quand j'ai fait ma thèse avoir vouloir lu des trucs  
387 notamment sur la communauté de patients qui rapproche les généralistes, fin les médecins entre eux.  
388 C'est-à-dire on ne se connaît pas forcément mais le fait d'avoir des patients en commun ça crée des  
389 liens entre. Euh ben normalement on est censé avoir des liens confraternels mais pour le coup ya  
390 vraiment des prises en charge où euh en particulier pour des prises en charge qui sont prenantes, les  
391 soins de vie, les soins de confort à domicile, les soins en fin de vie et les soins palliatifs ya vraiment  
392 des belles choses humaines de belles aventures humaines en fait, même que ce soit qu'au téléphone ;  
393 ya des généralistes je sais même pas la tête qu'ils ont et vice versa quoi. Ya des belles prises en charge  
394 communes et euh et on est content, on est content, fin ça se sent on est content d'avoir collaboré. Et  
395 après pour la suite pour d'autres patients, ben ya eu un précédent positif et du coup c'est génial, on est  
396 content de travailler, voilà c'est une belle aventure humaine.

397 *Ça te plait*

398 Ouais je trouve ça génial et les généralistes, ben en étant moi-même généraliste, bon je suis à l'hôpital  
399 mais euh moi je trouve ça top, ben de savoir un petit peu, ben je sais pas ce que c'est que la réalité de  
400 chacun mais j'ai quand même un peu d'idée de ce que c'est parce que je suis passée en cabinet et c'est  
401 ça qui est chouette c'est d'être attentif aussi aux collègues, je trouve ça cool. C'est pas juste être  
402 attentif au patient, il faut l'être bien sûr mais c'est aussi aux collègues.

403 *Aux collègues, bon ben c'est cool bon ben super, merci.*

404 Merci à toi.

405 *Nan mais c'est chouette.*

1 ENTRETIEN n°5

2 *Je vais vous demander de me raconter votre dernière expérience avec l'HAD.*

3 C'était il y a au moins six mois, (silence). Et ma dernière c'était, j'ai reçu l'info comme quoi j'étais en  
4 HAD puis une semaine après comme quoi elle était plus en HAD, et j'ai pas foutu grand-chose. Mais  
5 la fois d'avant, c'était pour quoi (silence). Tout va tourner autour de ça ?

6 *Après il y a des questions qui sont plus générales.*

7 C'est vrai que ça va aider pour la réflexion. Euh. Ça devait être en mai 2019, à la louche.

8 *Du coup ça c'était passé comment ?*

9 Euh, sortie d'hospit, euh, il y avait des prescriptions, il y avait des passages infirmiers, il y avait des  
10 pansements. Euh, il y avait des antibiotiques, et elle voulait rentrer à la maison parce qu'elle avait 95  
11 ans et le traitement était pas bien fini encore, elle était pas sortie d'affaire. Donc il fallait des antibio,  
12 il fallait des pansements, il fallait des passages pluriquotidiens, du personnel, et cela été fait en HAD.

13 *Ok, donc pour des soins un peu... complexes.*

14

15 Oui, un peu complexes, où il fallait surtout pas mal de passages de personnes dans la journée, pour les  
16 soins et la surveillance.

17 *Hm.*

18 C'est ça.

19 *Ok. Et du coup ça s'est passé comment par rapport à la prise en charge avec l'équipe d'HAD ?*

20 J'ai pas eu à intervenir, je l'ai vue ponctuellement une fois en visite parce qu'il fallait renouveler un peu  
21 son ordonnance, d'ailleurs je ne peux pas dire combien de temps elle est restée en HAD mais ça a pas  
22 duré très longtemps. Je suis intervenu pour des choses intercurrentes mais qui n'étaient pas en lien  
23 avec le motif de l'HAD, euh et ça bien passé parce qu'en fait tout a roulé quoi.

24 *Ouais.*

25 En fait il n'y a pas eu de soucis.

26 *D'accord.*

27 Et j'ai pas eu à solliciter l'équipe, j'ai pas eu à ... j'ai pas eu de problèmes.

28 *Ok. D'accord. Et du coup selon vous, qu'est ce qui va faire qu'un patient va être éligible à une HAD.  
29 Ce seraient quelles situations ?*

30 Alors clairement quelqu'un qui veut pas rester à l'hôpital.

31 *Oui.*

32 Qui n'a pas intérêt à rester à l'hôpital. Chez les petits vieux, s'ils ont intérêt à être chez eux. Et c'est  
33 pour moi tout ce qui est ben soins lourds, j'ai eu des cas de pansements avec des vac thérapies ; il y  
34 avait des chimios, il y avait des fins de vie, il y avait des antibiothérapies où il fallait plusieurs  
35 perfusions par jour, des choses comme ça, où il y a souvent le côté technique en fait. Qui nécessite  
36 plusieurs passages, un peu de surveillance dans la journée, et du coup en ville pour des infirmières  
37 libérales c'est un peu compliqué à organiser. Nous on n'a pas de matériel pour.

38 *Hm, les médecins du coup n'ont pas de matériel ou les infirmières ?*

39

40 C'est surtout les infirmières libérales qui n'ont pas le matériel pour, ou le temps pour, ce qui fait qu'on  
41 va s'aider de l'HAD.

42 *Hmm hmm. Et on aurait qui du coup comme acteurs dans la prise HAD autour d'un patient ?*

43 Ah ben, pour moi il y a l'infirmière, en premier. Il y a un peu des auxiliaires de vie, des aides -  
44 ménagères, des aides - soignantes, enfin voilà, puis... les médecins quoi.

45 *Les médecins généralistes ?*

46 Oui bien sûr, quand les choses évoluent pas comme ça devrait évoluer, comme ça a été déterminé.

47 *D'accord.*

48 Et pour surveiller un peu l'évolution favorable.

49 *Hm hm. Parce que du coup le patient qui est en HAD va bénéficier de l'équipe HAD. Est-ce un peu le*  
50 *rôle du médecin de s'occuper de si l'évolution est défavorable ? Ou est-ce que l'HAD va gérer ça toute*  
51 *seule ? Vous voyez ça comment ?*

52 Je dirais que de plus en plus j'ai de moins en moins à interagir en HAD, je suis de moins en moins  
53 sollicité. C'est de plus en plus l'hôpital qui a un tentacule à la maison du patient et du coup j'ai un peu  
54 ce ressenti qu'on est moins sollicités ou les médecins agissent plus. Le médecin de l'HAD, hospitalier.

55 *Le médecin coordinateur.*

56 Oui coordinateurs, ils agissent plus, j'ai l'impression. Et finalement, lors des dernières HAD j'ai pas été  
57 tant sollicité que ça. Informé plutôt.

58 *Informé ? La communication est bonne ?*

59 Assez oui. On reçoit généralement les ... on est généralement informés à l'avance, euh, quand la  
60 personne va être en HAD, par exemple 48h auparavant, c'est quand même confortable de le savoir à  
61 l'avance et pas quand il en sort déjà. Et on sait aussi quand il en sort. Et on sait que ... on a reçu un  
62 papier qui assez synthétique, assez bien foutu, qui reprend un peu tout le problème et l'objectif de  
63 l'HAD. (NDR : suite à la dernière admission en HAD d'un des patients du médecin). Ça c'est pas mal.

64 *Donc via papier ?*

65 Alors via papier, ça doit aussi rentrer par l'informatique maintenant, de mémoire.

66 *Ils téléphonent un peu ? Pour vous dire euh le patient va arriver en HAD, votre patient ?*

67 Manifestement oui parce que j'ai eu le message de ma secrétaire.

68 *D'accord. Donc ça passe par l'intermédiaire de la secrétaire aussi ?*

69 Ils informent que Monsieur machin va être en HAD à partir de telle date.

70 *D'accord. Euh dans les choses que l'on pourrait modifier dans la prise en charge en HAD d'un*  
71 *patient. Il y a des choses particulières ?*

72 (Silence.)

73 *Ou dans votre rapport avec eux ?*

74 (Silence). Moi je vois pas grand-chose, je dis pas que c'est parfait mais je vois pas grand-chose, parce  
75 que j'ai peu eu besoin de les solliciter ou quand je l'ai eu fait, finalement ça c'est bien passé.

76

77 *Ça vous est déjà arrivé de les solliciter vous - même ?*

78 Ouais, ouais, c'était il y a plus longtemps. Mais euh, oui oui ça avait bien fonctionné, euh, (silence), je  
79 sais que j'ai pas mal de confrères qui sont un peu réticents parce qu'ils se trouvent un peu exclus du jeu  
80 dans le suivi du patient.

81 *Ah oui ?*

82 Bon à tort ou à raison je sais pas. Euh, je sais que les infirmiers libéraux ils râlent un peu parce qu'ils  
83 ont pas mal de problèmes de matériel avec l'HAD.

84 *Ouais.*

85 L'HAD n'apporte que ses produits à lui, c'est pas forcément les outils, les perfusions, les kits  
86 qu'utilisent habituellement les infirmiers, ils sont pas forcément aussi bien que les produits qu'ils ont  
87 en ville, enfin les infirmiers libéraux sont un peu remontés contre l'HAD, sur le plan technique.

88 *D'accord.*

89 En HAD on ne peut pas utiliser à ce que j'ai compris un matériel qui n'est pas de la fourniture de  
90 l'hôpital en fait...

91 *Et puis c'est pas forcément les mêmes.*

92 Non c'est pas forcément les mêmes du coup c'est pas toujours compatible et ça fout le bordel.

93 *Ouais, d'accord. Du coup plutôt au niveau technique. Et au niveau de la place des différents médecins*  
94 *? Comment vous la voyez ? Par rapport à vous, le médecin coordinateur, est ce que chacun a sa place*  
95 *ou est-ce que c'est un peu chacun va intervenir à un moment précis ou quand il y a besoin quoi ? Est-*  
96 *ce que les choses sont bien réparties ?*

97 (Silence) alors ça c'est pas une question piège mais c'est une bonne question. (Long silence). Et après  
98 tu vas me demander comment faire non ?

99 *(rires) Oui !*

100 Moi je dirais que personnellement, cela n'engage que moi, ça paraît pas trop mal réparti.

101 Hm hm.

102 (Silence.)

103 *Comment on se répartit alors ? (rires)*

104 Le problème c'est qu'on a un temps médical en ville qui est limité, fin en visites je veux dire.

105 *C'est assez chronophage les prises en charges HAD ?*

106 Ouais parce que c'est quand même pas des patients faciles, du coup c'est compliqué. Donc d'un côté on  
107 râle parce qu'on est un peu dépossédés de notre patient, et que du coup on fait plus grand chose, on  
108 nous appelle que quand c'est compliqué que c'est en panne, et que ça marche pas. D'un autre côté  
109 aussi, ça nous arrange bien de pas avoir à gérer de choses compliquées parce que du temps, on cherche  
110 où est ce qu'on peut trouver cinq petites minutes à gauche ou à droite pour pouvoir faire ce qu'on a à  
111 faire. Donc c'est un peu ambivalent. Mais euh, je ne sais pas comment répondre à ta question,  
112 comment se répartir mieux les tâches.

113 *Repenser la place du médecin généraliste peut-être ?*

114 Ouais, ça c'est sûr, repenser la place et puis voir à l'avance, essayer de discuter à l'avance euh, ok la  
115 personne rentre en HAD, mais quels sont les objectifs et quelle est la place de chacun à l'avance, qui  
116 va gérer quoi dans l'affaire. C'est vrai que parfois on reçoit des bios, on reçoit des trucs, bah ça c'est  
117 pas moi qui l'ai prescrit c'est l'HAD, ils vont la recevoir, ils vont la gérer, enfin ils vont se débrouiller  
118 quoi.

- 119 *Parce que par exemple par rapport aux prescriptions, eux ils ont leurs propres façons de prescrire, et*  
120 *tout, est ce que vous y avez accès ? Par exemple leur logiciel de prescription ?*
- 121 Non. On m'a dit, qu'on pouvait y avoir accès et je sais pas comment en pratique. J'ai pas assez pratiqué  
122 pour ça. Et chaque fois, j'ai pas eu à le faire.
- 123 *Sur les résultats de bio c'est pareil, ils vont là-bas, ils mettent par forcément le médecin traitant en*  
124 *correspondant ?*
- 125 En copie ouais.
- 126 *On sent quand même un peu des cloisonnements quand même.*
- 127 Encore. Il y a encore des cloisonnements.
- 128 *(Caractéristiques médecin).*
- 129 Les VAD c'est très chronophage, c'est usant physiquement. C'est fatiguant de devoir prendre sa  
130 bagnole de s'en aller ... chercher... ça prend du temps. T'as pas de dossier médical sous les yeux, donc  
131 il va manquer la dernière bio, la creat t'en sais rien et puis il a pas eu déjà un bilan cardio au fait ?  
132 Qu'est-ce qu'il disait ? Ben t'en sais rien, t'as pas de dossier, c'est le bordel, ça t'énerve, t'avances pas,  
133 tu fais pas de la bonne médecine.
- 134
- 135 *Vous avez d'autres choses à ajouter ?*
- 136 Non, je crois que j'ai dit ce que j'avais à dire.
- 137 *Bon ben parfait, merci beaucoup.*

1 ENTRETIEN n°6

2 *Est-ce que vous pouvez me raconter votre dernière expérience avec l'hospitalisation à domicile ?*

3 Oui, donc c'est pas, ça a pas été très appréciable. Donc c'est un patient qui était hospitalisé et on m'a  
4 prévenu qu'il allait sortir en HAD sauf qu'il est sorti le vendredi. Donc j'étais moyennement satisfaite  
5 parce que ya le weekend, parce que je me suis dit, en plus la semaine d'après j'étais en vacances, à  
6 partir donc du mardi donc ça me laissait quand même peu de temps.

7 *Peu de temps ouais*

8 Euh donc j'ai eu l'interne là, qui m'a expliqué, bon ça très bien, ils nous préviennent toujours mais  
9 c'est vrai que les sorties les veilles de weekend euh c'est toujours très désagréable, mais c'est toujours  
10 assez systématique malheureusement. Donc, euhh, là je savais pas qui était l'équipe infirmière j'ai pas  
11 demandé parce que, yavait eu par le passé des soucis avec ça, avec des gens qui n'avaient pas  
12 d'infirmières et du coup l'HAD en téléphone sans concertation alors que nous on doit travailler sur le  
13 terrain avec les infirmières, donc là j'avais pas demandé et euh elle m'a garanti que non, que de toute  
14 façon yavait pas besoin de passer rapidement, il sortait donc il avait quand même un traitement un peu  
15 lourd puisque il avait une alimentation parentérale et entérale.

16 *Hum hum*

17 Euh et donc on avait prévu une visite pour mon retour de vacances, c'est-à-dire ben le 26, le 26  
18 décembre. Sauf que le lundi bien sûr on m'a appelé dans l'après-midi, donc toujours l'interne en me  
19 disant que ça n'allait pas euh, qu'il avait beaucoup de diarrhées et que ben il fallait que je cherche un  
20 une porte d'entrée infectieuse. Voilà, donc et ben j'allais lundi soir, donc moi c'était mon jour où je  
21 parlais en vacances (rire) donc en plus donc je finissais pas avant, je ne pouvais pas y aller avant 20h  
22 et yavait déjà eu un problème avec ce patient par le passé en HAD, donc l'HAD était bien au courant,  
23 hein, et la dernière fois que j'étais allée le voir en visite, je m'étais fait engueuler carrément, parce que  
24 j'étais pas passée à l'heure où il fallait passer, j'avais pas donné d'heure, lui difficile ; et mais lui dans  
25 sa tête il avait dit voilà et donc quand je suis arrivée c'était trop tôt , incroyable, et un soir où j'avais 3  
26 visites en plus , donc je les avais faites dans l'ordre où j'étais, où c'était le plus simple et donc ... c'est  
27 un patient un peu particulier mais bon il est difficile, ils le savaient aussi. Donc là je leur ai bien dit,  
28 vous leur dites que je vais passer, je vais passer ben, quand je pourrai, quand j'aurais tout fini au  
29 cabinet. Voilà et qu'après moi je ne sais pas ce que je vais faire : demain j'y suis plus, va falloir que je  
30 laisse un message à mes collègues, enfin vraiment c'est pas de bonnes conditions. Donc j'ai eu  
31 l'agréable surprise quand même en arrivant qu'il ait eu l'infirmière qui y était,

32 *Sur place*

33 Sur place et c'est l'infirmière avec qui on travaille, enfin une, un des cabinets avec qui on travaille et  
34 qui ça se passe bien. Bon elle était en difficulté, elle elle a dû appeler l'infirmière de l'HAD lui donner  
35 un coup de main pour ces, toutes ces pompes et tous ces machins qui fonctionnaient pas. Bon le  
36 monsieur à part vérifier que ben effectivement oui il commençait à avoir un peu de fièvre euh voilà,  
37 euh qu'est-ce que je vais faire. Voilà ben maintenant, et ben voilà j'ai mis un mot dans le dossier. Ya  
38 pas de place pour mettre un mot d'ailleurs, hein on met où on peut voilà. Et puis voilà j'ai pas rappelé.  
39 Yavait l'infirmière de l'HAD donc je lui dis, j'ai dit écoutez je finis mon examen mais bon voilà. Elle  
40 m'a dit ben tout le bilan a été piqué, les hémoc les machins tout ça. Donc en fait ils avaient pas  
41 franchement besoin de mon passage ; et le lendemain ils l'ont hospitalisé parce que effectivement bon  
42 ben yavait une infection sur le picline.

43 *Oui une hémoc qui pousse*



44 Voilà bon alors je sais, non parce qu'il avait une CRP le lendemain il avait une CRP à je sais plus à  
45 150 et voilà donc y'avait une infection donc ils l'ont réhospitalisé. Donc c'est vrai que voilà on vous  
46 donne des patients à prendre dans de mauvaises conditions je trouve parce que le weekend c'est pas  
47 l'idéal avant que vous partiez. On vous dit ya pas de soucis, forcément il va y'en avoir et on s'en doute  
48 bien. Donc voilà je vois pas à quoi ça, voilà là mon rôle a été complètement voilà. Donc quand je suis  
49 revenue j'ai pris de ses nouvelles parce que j'ai rien reçu, parce que là quand j'y suis allée, je n'avais  
50 rien, hein, aucun document de l'HAD, je les ai reçu bien après, tout le bilan tout le, alors sur place on a  
51 tout, les traitements tout ça et le courrier mais comme je suis allée je n'avais rien reçu. Alors que je  
52 sais que par exemple il y a des gens qui sortent de l'hôpital, le jour même on a le courrier de sortie,  
53 hein, ce qui est vraiment très appréciable, quand on doit passer en visite dès le lendemain, hein (rire)  
54 comme c'était là le cas. Donc là y'avait rien, on vient sur place. Voilà yyy, je sais pas c'était pas ... J'ai  
55 pas bien compris ... et d'ailleurs j'ai pas de nouvelles parce que maintenant il est en gastro donc  
56 j'appelle la gastro, il est toujours hospitalisé, c'est un monsieur je ne sais pas si on le laissera sortir.  
57 Voilà. Donc oui l'expérience n'était pas très favorable, voilà.

58 Bien que j'aie dit que voilà ben oui ben c'était un peu court et un peu, puisque même après pour bon  
59 ben j'avais laissé un message pour mes collègues quand même donc un logiciel partagé, j'avais mis un  
60 mot si jamais voilà.

61 C'était pas, non là j'en ai un que je vais avoir maintenant pour une chimio, une sortie de chimio un peu  
62 compliquée, sur la prochaine chimio si j'ai bien compris. Voilà j'imagine qu'on va laisser comme ça,  
63 voilà rire.

64 *Ouais*

65 *Et vous communiquez plutôt comment avec l'HAD ?*

66 Alors eux ils nous appellent tout le temps, ça c'est bien c'est vrai ils nous téléphonent pour nous dire  
67 qu'il va possiblement y avoir un patient en HAD, donc eux aussi j'imagine sont bien tributaires des  
68 services qui doivent les prévenir parfois au dernier moment il est vrai. Après quand ils acceptent de  
69 prendre les gens en catastrophe voilà, même pour l'infirmière moi j'ai trouvé ça très compliqué, c'est  
70 compliqué quand même la nutrition parentérale avec la pompe tout ça. On met comme ça avec elle à  
71 faire. Bon ya l'aide, on peut appeler, ça c'est vrai, ça ils sont disponibles, on communique nous par  
72 téléphone, ils nous appellent, alors en principe ils laissent le message à la secrétaire qui nous laisse un  
73 message, bon « vous allez avoir » voilà. Et puis après en revanche quand la personne sort on les a au  
74 téléphone, ils nous disent voilà monsieur pour ça pour ça et puis voilà et puis après ben ils nous  
75 envoient leur grand, pas très pratique ce courrier immense avec les plans pour y aller, avec tout des  
76 trucs un peu bizarres, euh tous leurs médicaments nous une ordonnance ça nous suffit, le protocole, le  
77 voilà, toute la planification des soins je trouve un peu lourde et pas très euh voilà bon. C'est comme  
78 ça.

79 *Ok*

80 Donc on communique euh oui c'est ça ils appellent et après c'est vrai j'ai eu d'autres expériences,  
81 voilà c'est un peu différent. C'est toujours un peu, ya des petites choses à je pense à adapter parce que  
82 et notamment voilà : le cabinet infirmier, bien prévenir un peu plus le médecin, pas faire des sorties à  
83 l'arrache comme ça. Mais je sais qu'ils sont poussés service fermant le vendredi soir, les gens OUUU  
84 ils appellent l'HAD, hop, voilà pourquoi ouais ouais c'est ça donc euh soit ça passe soit voilà.

85 *Soit ça passe pas*

86 Donc ça c'était la dernière, avant Noël.

87 *Juste pour Noël c'est parfait.*

88 Juste pour Noël ça a été Cadeau.

89 *Et selon vous qu'un patient, qu'est ce qui fait qu'un patient va être éligible à une HAD ? va pouvoir*  
90 *entrer, fin bénéficier d'une hospitalisation à domicile.*

91 Ben ces les soins qui le nécessitent, la lourdeur des soins, là c'est sûr, des perfusions des nutritions,  
92 des choses un peu lourdes, des pansements des choses comme ça. Ce que j'ai eu c'était ça, soins plus  
93 lourds, pansements lourds et puis nutritions parentérales, perfusions, voilà ouais globalement. Oui il  
94 faut qu'il y ait des soins importants.

95 *Et pour vous c'est ... quels sont les acteurs d'une prise en charge en HAD ?*

96 Ben ya l'HAD bien sûr puis ya le coté avec les médecins et l'équipe infirmière aussi je pense qui est  
97 importantes hein. Des fois on les croise, des fois c'est eux qui font venir donc ça c'est bien aussi Et  
98 puis après ben c'est pareil, les équipes infirmiers libérales, et puis le médecin libéral donc ça, au moins  
99 ça. Après il peut y avoir de la kiné, peut y avoir des choses mais après c'est vrai au quotidien nous ça  
100 va être voilà ce que fait l'infirmière et comment on peut travailler. On a des cabinets on n'a pas de  
101 retour on n'a rien, si faut courir après l'information c'est déjà pas simple, c'est déjà des patients avec  
102 des pathologies un peu lourdes et voilà, donc il faut déjà faire le lien avec l'HAD. Si déjà ça ne se fait  
103 pas bien nous en libéral, sur le terrain c'est sûr que c'est plus, c'est plus compliqué.

104 *Oui c'est plus compliqué, ça dépend un peu des cabinets infirmiers qui sont sur place.*

105 Ben bien sûr oui oui, je me souviens, donc c'était ya 2 ans je crois, ils avaient fait sortir une patiente  
106 avec un cabinet infirmier avec qui on ne travaille pas forcément et qui ne communique pas beaucoup.  
107 Je leur ai mais, ils m'ont dit « ah oui c'est vrai on aurait dû vous demander ». Ben oui il me semble  
108 parce que là c'était sur des pansements complexes avec bon ya toujours un terrain compliqué, enfin  
109 nous sur tout ce que j'ai eu c'était toujours au niveau social très complexe mais du coup-là ben je ne  
110 pouvais pas bien avancer, faire quoi que ce soit, puisque je ne peux pas communiquer tellement avec  
111 les infirmières libérales alors on fait ... donc du coup après comme y avait eu un problème avec la  
112 patiente tout ça, y'avait eu un changement de cabinet et après on était repassé, et c'est vrai que ça  
113 change tout , c'est beaucoup plus simple pour nous, l'infirmière appelle, tac ya besoin de ça, ça évolue  
114 comme ça , voilà on a bien collaboré avec, donc sur cette prise en charge c'est ça qui avait posé soucis,  
115 c'était oui le choix du cabinet infirmier oui.

116 *Ouais ça arrive.*

117 *Et alors oui, hum grande question : quelles seraient les choses à modifier dans les prises en charge en*  
118 *HAD ? on a déjà un peu commencé à en discuter mais et aussi vous dans le rapport avec l'HAD.*

119 Alors après tout dépend comment se passe la prise en charge. C'est vrai que la dernière fois donc  
120 y'avait des choses un peu compliquées, je trouve qu'ils sont, enfin, là je suis un peu surprise c'est  
121 toujours l'interne qui a appelé, là j'avais eu différents médecins, ils sont plutôt disponibles, yen a tout  
122 le temps, donc ça c'est appréciable. En cas de besoin bon ils sont joignables. Donc on peut faire, on  
123 avait vraiment des situations un peu complexes et donc on a pu échanger un peu facilement donc ça  
124 pour la relation ça va. Après je vous dis c'est leurs transmissions que je trouve pas très adaptées à du  
125 libéral, c'est vraiment très hospitalier, le plan de soin tout ça, voilà nous ça nous concerne moins, enfin  
126 voilà c'est des pages et des pages (rire), ya ça. Euh après bon ben ya le choix donc du cabinet, ya le  
127 moment de la prise en charge. On comprend bien qu'ils ont des impératifs mais enfin si ça peut se  
128 passer en cours de semaine c'est quand même un tout petit peu plus simple que un vendredi soir. Euh  
129 voilà, qu'est-ce qu'il y avait eu. Oui j'avais eu un gros problème il y a deux ans sur, alors ça ben pareil  
130 ils s'en sont excusés mais ils avaient pas vérifié que j'étais d'accord. Donc je pense qu'ils y font un  
131 peu plus attention parce que en fait la sœur du patient avait dit que ça serait moi comme si j'étais

132 d'accord et qu'elle m'avait prévenu, mais elle m'avait pas du tout prévenu, et la sœur s'est pas  
133 occupée du tout de ça pendant tout le temps où on s'occupait de son frère. Donc c'est vrai que j'avais  
134 téléphoné fâchée, en disant mais ce patient je ne le connais pas, effectivement je suis sa sœur mais elle  
135 ne m'a parlé de rien donc là j'avoue on me dit que je suis le médecin voilà, qui était, voilà, que j'étais  
136 d'accord, et ben non, je n'ai pas entendu parler, donc ouais ça avait commencé un petit peu  
137 difficilement. C'était une famille très très compliquée hein effectivement et voilà, ça a été compliqué  
138 tout du long (rire).

139 *Tout du long.*

140 Tout du long.

141 *Compliqué l'HAD (rire)*

142 Pour eux non mais c'est parce que c'était des familles compliquées, bien sûr je pense que ça se passe  
143 mieux parfois (rire) mais là c'était tombé toujours sur des cas, ben là les 3, ceux-là. Et puis celui-là  
144 c'était celui qui était à ce moment-là, c'est tombé sur des cas vraiment compliqués. Donc voilà là, en  
145 plus s'assurer que ce soit bien fin de vive voix voilà, donc là maintenant je pense qu'ils font bien,  
146 voilà qu'ils vérifient. Mais c'est sûr si vous avez quelqu'un qui vous dit là le docteur est d'accord  
147 pour, rire, jamais entendu parler, quoi ? son frère qui arrive tout droit de l'étranger ? il faut prendre en  
148 charge ? Ah bon d'accord très bien.

149 *Chouette.*

150 Rire

151 Donc voilà, donc oui c'est des petits réglages comme ça mais je pense qu'ils y feront plus attention.  
152 Après voilà c'est d'avoir peut-être plus, plus rapidement les informations écrites mais moins  
153 détaillées. Voilà, juste voilà, juste la prise en charge, le traitement, une ordonnance de traitement ça  
154 nous suffit, voilà. Et puis voilà... ; ce qui a de prévu pour le patient, des fois ... qu'est ce qui pourrait,  
155 pour celui-là qu'est ce qui aurait pu, bon y'avait l'entrée, je savais pas où, bien nous préciser peut être  
156 le cabinet infirmier avec qui on va travailler, c'est quand même intéressant et puis ben si les patients  
157 ont déjà une infirmière tout ça ben c'est normal que ce soit les mêmes, après même si c'est pas ceux  
158 avec qui on a le plus de facilité. Voilà on a dit rapidement, bien nous prévenir du cabinet, la date de  
159 sortie, qu'est ce qui pourrait faciliter ... après je vous dit ils sont relativement joignables tout ça. Même  
160 là l'infirmière quand j'y étais elle a téléphoné, elle a tout de suite eu l'infirmière d'HAD qui passait en  
161 plus dans le quartier, donc elle est venue immédiatement et c'est elle qui m'a dit du coup ah ben tout  
162 était piqué ce matin. Voilà donc tout était fait.

163 *Ok et la place des différents médecins auprès des patients qui sont en HAD vous la voyez comment ?*  
164 *la place de chaque médecin.*

165 Le médecin de l'HAD ?

166 *Le médecin de l'HAD, la vôtre, tous les médecins qui s'articulent autour des patients.*

167 Ben eux je pense qu'ils font le lien avec les médecins puisque c'est souvent des patients qui ont des  
168 spécialités, donc avec les spécialistes j'ose espérer, voilà. Donc c'est vrai quand il y a une ré  
169 hospitalisation des choses comme ça c'est eux qui vont faire le lien de rappeler si on dit ça ne va pas  
170 tout ça, plutôt que nous on appelle directement, voilà on leur transmet donc ils ont ce rôle-là et puis  
171 nous un rôle de conseil aussi oui oui ça je pense que oui ça c'est bien fait.

172 *Un conseil c'est à dire ?*

173 Ben voilà on trouve ça, voilà on fait quoi on change un traitement, on modifie, on hospitalise, voilà  
174 euh. Voilà Ça a été souvent comme ça des échanges comme ça.

175 *Vous vous étiez plus auprès du patient finalement ?*

176 Oui nous voilà auprès du patient, en visite, on a des éléments et puis ... et puis après ben on peut  
177 effectivement faire le lien dans ce sens-là. Si on a besoin, si on a des questions, oui je le vois plus  
178 comme ça moi.

179 *Ouais ok*

180 Après c'est vrai que c'est bien que si de temps en temps ben nous on peut pas ou c'est un qui puisse y  
181 aller aussi, je sais que parfois ils le font, d'aller en visite eux même .

182 *Hum*

183 Ben des fois c'est vrai qu'on est un peu coincé. Voilà comme ça voilà, et si c'est pour faire passer nos  
184 collègues qui connaissent pas forcément le dossier ben je pense que c'est mieux que ce soit le médecin  
185 qui suit à ce moment-là. Mais ça ça c'est toujours plutôt bien fait.

186 Sauf là bon c'était un peu la panique j'étais pas là tout ça donc il a été ré hospitalisé, ça c'est fait je  
187 pense qu'il me l'aurait dit dès le lendemain si j'avais été là, voilà mais bon. Donc avec les médecins  
188 voilà.

189 *Donc ouais si vous voyez si ya une manière d'améliorer la place du médecin généraliste vous  
190 penseriez auprès du patient du coup, dans l'organisation vous voyez des choses ?*

191 Silence...

192 Notre rôle ... voilà si ya, c'est ... voilà on planifie les choses, on essaye que ce soit pas à l'arrache  
193 comme ça dans la mesure du possible, mais après voilà s'ils me demandent on sait qu'ils ont l'œil aussi  
194 avec leurs équipes. Hein c'est leurs équipes qui y sont donc voilà, c'est justifié en principe, sauf là  
195 voilà ben voilà ; c'était justifié, il y avait quelque chose effectivement qui se passait, mais en même  
196 temps c'était pas ; puisqu'après c'était trop tard, je ne pouvais joindre personne, j'pouvais, donc le  
197 lendemain je parlais donc ça n'avait pas bien de sens à ce moment-là c'était voilà, mais bon. Après je  
198 vous dis j'ai eu l'interne... voilà, c'était comme ça, c'était un petit peu. Ça m'a permis de voir le patient  
199 en même temps c'était très bien.

200 Rire

201 Qui était dans de bonnes dispositions envers moi, c'est l'infirmière qui s'est fait engueuler donc, voilà,

202 *Rire, on arrive après, c'est bon il s'est calmé.*

203 Non non c'était pendant que j'y étais, il s'y est pris, voilà, mais comme il fait, c'est le patient qui est  
204 comme ça ; c'était moi la fois d'avant, voilà, chacun son tour. RIRE

205 *C'est sympa.*

206 C'est sympa ben oui oui c'est comme ça.

207 *Oui c'est vrai que ...*

208

209 Vous savez... Voilà donc faut pas..., après je vous dis les autres fois, à part que la situation était  
210 complexe, qu'il y a eu voilà, ces petites choses, je pense qu'il faut mieux se concerter sur les moments  
211 de sortie, sur l'équipe infirmière, sur les petites choses comme ça mais dans l'ensemble ça c'était  
212 plutôt... .

213 *La manière de se concerter pour vous c'est plutôt ...*

214 Ah oui par téléphone c'est quand même bien parce que.

215 *Ouais ouais après le reste vous utilisez ?*

216 Après je vois pas bien ce qu'on pourrait utiliser, je vous dis on écrit des choses mais qui c'est qui les  
217 voit quand on écrit au lit du patient, on ne sait pas. Donc euh après je sais pas s'ils ont un dossier, on  
218 pourrait avoir un dossier HAD où on met le compte rendu de notre visite pourquoi pas ce serait  
219 envisageable parce que c'est vrai que là c'était un petit peu... et puis c'est pas fait pour d'ailleurs. Et  
220 donc c'est vrai que la place elle y est pas vraiment que c'est pas la visite du médecin, voilà, mais je  
221 comprends bien parce qu'en même temps qu'est-ce qu'ils en font ? Ça reste sur place, ça reste au lit du  
222 patient donc ils ont pas de retour, donc je sais pas à moins qu'il y ai un dossier voilà où on puisse  
223 mettre notre observation, on a vu le patient tac tac tac tac, je pense que ça serait intéressant pour eux.  
224 Nous de toute façon moi je l'ai dans mon dossier, hein parce que moi je vais le remettre au lit du  
225 patient et j'écris dans mon dossier informatique donc c'est pas compliqué de le copier et de le mettre si  
226 vous avez un dossier de liaison, je pense que ça pourrait être intéressant ça. Ça existe peut-être mais on  
227 ne m'a pas expliqué, et je n'ai pas cherché non plus (rire). Voilà ils doivent avoir certainement mais je  
228 ne sais pas si du coup nous de l'extérieur on peut aller y mettre quelque chose, voilà, disant visite du  
229 médecin le : tac tac tac j'ai vu. Parce que c'est vrai qu'après ça fait un coup de téléphone pour, des fois  
230 c'est pas forcément utile, voilà. Mais en principe on ne rappelle pas si ya rien eu de spécial à la visite.  
231 On le met, c'est vrai que c'est souvent je pense leurs infirmières qui font quand même le lien puisque  
232 elles voient, voilà elles voient qu'il y a un changement, les changements de traitement puisque c'est  
233 elles qui apportent les médicaments, tout ça, on fait les ordonnance elles prennent les ordonnances,  
234 elles prennent, donc euh voilà.

235 *Sur l'HAD en général vous avez d'autre choses, des choses à dire, à ajouter sur l'hospitalisation à*  
236 *domicile, le fonctionnement ?*

237 Non j pense que ça peut être intéressant après euh ... c'est vrai que c'est tombé un peu sur des  
238 situations particulières, donc quand ça roule bien je sais pas ya peut être pas besoin de nos services  
239 non plus. Donc mais c'est sûr que ça permet, là je pense que c'était bien venu pour ces patients. Non  
240 celui qui était sorti c'était pas du tout bien venu, donc je pense qu'il n'aurait jamais dû quitter l'hôpital,  
241 t'façon il y est retourné au bout de 3 jours donc voilà, donc j pense après ya des problèmes  
242 d'appréciation, après ya des, peut-être le patient certainement aussi voulait, mais c'était très lourd et  
243 c'est sûr que c'était un peu quitte ou double (soupir).

244 *Oui*

245 C'est dommage parce que voilà c'était un peu lourd voilà c'était un peu lourd pour pas beaucoup de  
246 bénéfice pour le patient, parce qu'il a été mal pendant tout le weekend en fait jusqu'à ce qu'il soit  
247 réhospitalisé, 3 jours.

248 *D'accord*

249 Ben oui oui je pense qu'il méritait effectivement une prise en charge à l'hôpital donc ça c'était. Bon  
250 après c'est les indications, c'est par forcément l'HAD, je pense qu'ils les discutent les indications, voilà.  
251 Donc oui bon ben, dans l'ensemble c'est quand même très très intéressant, c'est quand même un service  
252 ... on peut communiquer dans l'ensemble. Après ya comme partout des petits dysfonctionnements oui.

253 *Avec la communication.*

254 Oui oui c'est normal, bon après ils sont quand même hospitaliers et nous libéraux, pour faire.

255 *Ça vous arrive vous de faire des demandes d'HAD ? Ou d'en ressentir le besoin ? Ça vous ait déjà*  
256 *arrivé ?*

257 Non.

258 Ça a dû arriver une fois si je me souviens parce que j'avais dû demander, ça ne nécessitait pas  
259 suffisamment de, les soins n'étaient pas suffisamment lourds, c'est pour ça, pour lesquelles ils avaient  
260 dit que c'était des choses un peu voilà, donc voilà après euh.

261 *Il faut que ce soit vraiment lourd.*

262 Oui oui oui tout à fait voilà, faut que donc voilà j'avais dû le faire une fois pour une patiente mais je ne  
263 me souviens exactement mais je me souviens qu'effectivement voilà c'est pour ça que j'avais bien en  
264 tête, qu'il faut que ce soit quand même voilà que ça nécessite, ce qui est normal.

265 *Ouais*

1 ENTRETIEN n°7

2 *Est-ce que vous pouvez me raconter l'expérience la plus marquante avec l'HAD que vous avez eue ?*

3 Je pense, j'en ai deux. J'aurais de mal à ... faut que j'en choisisse une ?

4 *Ou les deux, moi je...*

5 Y'en a une c'était un patient euh 80 ans à peu près qui avait un cancer du poumon. C'était un  
6 monsieur, son prénom c'était R\*\*\*\*, (ah ça vous pourrez changer ? rire). Donc c'était un couple âgé  
7 dont j'étais le médecin traitant depuis plusieurs années.

8 *Ouais*

9 Et ça femme s'appelait J\*\*\*\*. Donc c'était R\*\*\* et J\*\*\* (NB : ressemblance avec Roméo et Juliette).  
10 Des gens adorables vraiment qui habitait à xxx (quartier d'une ville) là. Et lui ... pendant longtemps  
11 j'ai eu deux patients âgés qui n'avaient ni douleur ni aucun problème de santé. Et lui il en faisait  
12 partie. Il ne se plaignait jamais, il n'avait jamais de soucis. Il venait je ne sais même plus pourquoi je  
13 le voyais. Ou il accompagnait sa femme. Si, il avait quand même eu un truc, un truc coronarien quand  
14 même. Mais il vieillissait vraiment très bien. Et puis sa femme a fait un, une pathologie, un syndrome  
15 parkinsonien compliqué avec des gros troubles de déglutition. Elle a eu une stomie d'alimentation, fin  
16 ça a été compliqué. Je sais pas si c'est ça qui l'a affaibli, en tout cas il a développé très rapidement un  
17 cancer du poumon.

18 *Hum*

19 Et il est mort à la maison comme il le souhaitait mais euh dans un état physique quand même  
20 délabrant, fin c'était gênant ... avec des crachats qui sentaient mauvais, fin c'était ... Moi j'ai trouvé  
21 ça vraiment dur, fin pas que moi évidemment, c'était surtout dur pour lui. Et puis comme c'était des  
22 gens que j'aimais bien, affectivement, même si je, j'essaie de garder la distance, je, ça m'a quand  
23 même touché. Et j'ai vraiment, quand j'ai fait appel à l'HAD, c'était \*\*\* (nom d'un médecin  
24 coordonnateur) que j'ai eu en, comme partenaire, que j'apprécie beaucoup. Et on a fait vraiment un  
25 bon partenariat avec les infirmières, avec elle et avec les assistantes de vie qui intervenaient et je  
26 trouve que ça s'est passé du mieux que ça pouvait se passer, en fait, avec une sédation de fin de vie,  
27 avec de l'Hypnovel, et ça s'est passé comme ça.

28 *Mouais*

29 Et euh, ensuite j'étais toujours le médecin traitant de sa femme et vraiment ça s'est bien passé. Bon  
30 elle aussi elle est décédée depuis, d'autres problèmes mais ... ça c'était une bonne coopération. Et en  
31 fait quand j'ai eu besoin de l'HAD, l'HAD était là, vraiment je fin. Je ne pouvais pas rêver mieux.

32 *Et ça s'est passé comment en pratique sur le terrain du coup ?*

33 Ben je me souviens de \*\*\* (médecin coordo) qui est venue, qui est venue ... alors pourquoi elle est  
34 venue à domicile ? je sais plus très bien. Avec une aide-soignante et euh, il devait y avoir une  
35 infirmière. Je ne me souviens plus très bien ça.

36 *C'était peut-être pour connaître, elle ne l'avait jamais vu le patient avant ?*

37 Non elle ne le connaissait pas oui effectivement. Une visite d'entrée en HAD oui. Et oui moi je voilà  
38 je me suis sentie soutenue, et je, parce que c'était, on s'acheminait vers la fin de vie évidemment et ça  
39 c'est toujours inquiétant. Est ce qu'on va pouvoir, est ce qu'on va savoir ?

40 *Rire beaucoup de questions ... comment ça va se passer ...*

41 Ça on sait pas trop ...

42 Et l'autre situation c'était un monsieur qui avait une quarantaine d'année, qui avait un sarcome, un  
43 sarcome de la cuisse qui a... qui s'est développé en abdominal et qui a été opéré mais je sais plus, au  
44 moins une vingtaine de fois. Et puis ça a échappé, fin ça s'est développé ... il est mort en occlusion  
45 chez lui. Et là je me souviens que j'ai, j'ai beaucoup apprécié le lien avec les aides-soignantes là. Je les

46 ai plusieurs fois vues, plusieurs fois discuté et je trouve qu'elles étaient vachement bien. Vraiment  
47 concernées fin ...

48 Alors ça c'est un petit peu plus ancien, c'était en été aussi. Là, là il y avait une équipe infirmière avec  
49 qui c'était quand même nettement moins bien, j'aurais aimé que ce soient les infirmières de l'HAD qui  
50 y aillent.

51 *Les infirmières ?*

52 C'étaient des libérales.

53 *Par ici ? d'accord*

54 C'est pas, pas toujours ... y'en a qui sont très bien et d'autres qui sont moins bien.

55 *Comme de partout, rire, oui*

56 Oui comme partout bien sûr.

57 *Donc là avec c'était plutôt le lien avec les infirmiers qui était plus compliqué ?*

58 Avec des infirmières libérales qui en plus ... je pense ça s'est bien amélioré depuis ... qui étaient  
59 fâchées avec l'HAD, qui trouvaient qu'elles étaient mal rémunérées ; ce qui est certainement vrai dans  
60 l'absolu de toute façon. Mais enfin y'avait un peu de ressentiment et puis moi je trouvais que dans la  
61 prise en charge elles ... ce monsieur il avait une voie centrale et, je me souviens plus, il y avait un  
62 soin.

63 *Changement de ...*

64 L'infirmière pour ouvrir le bouchon de ..., y'avait un petit bouchon, elle avait pris une pince non  
65 stérile, fin (soupire) ... elle était très angoissée par ça ... je sais pas moi je trouve quand elles,  
66 quelques fois elles acceptent des prises en charge, si elles se sentent pas tout à fait au point, il faudrait  
67 pas qu'elles acceptent quoi ... fin je vais pas parler pour elles. Mais je n'en pense pas moins.

68 *Oui c'est sûr que les prises en charge, ce sont des prises en charge à l'HAD qui sont quand même*  
69 *costaud quoi.*

70 Oui oui, chaque fois, chaque fois ça a été, c'étaient des fins de vie, hein.

71 *Ouais*

72 Je n'ai pas de souvenir, je n'ai pas eu de patient qui avait, fin j'ai une patiente qui a eu des perf  
73 d'herceptin mais je ne suis pas intervenue du tout. C'était une journée à la maison ... sinon ça a  
74 toujours été, c'était ... les patients que j'ai eus c'étaient des fins de vie.

75 *Ouais, d'accord. Et selon vous qu'est ce qui va faire qu'un patient va être éligible à une HAD ?*

76 Ben c'est tout le problème, c'est euh... moi j'ai compris qu'il fallait un soin technique et  
77 heureusement ya la pompe, pompe à morphine, mais sinon si on a pas ça euh, on sait pas comment ...  
78 On aimerait bien avoir le soutien de l'HAD au niveau matériel, au niveau passage des soignantes,  
79 parce que les infirmières parfois elles ont, elles peuvent pas assumer tout ça. Et puis en fait c'est une  
80 fin de vie euh, sans gestes techniques, et on arrive pas à ... On peut pas.

81 *D'accord pour les fins de vie sans geste technique euh là vous arrivez pas à faire intervenir l'HAD.*

82 Ouais c'est ça.

83 *Et euh ...*

84 Sauf en toute fin où ... Je pense à ce monsieur qui avait la démence à corps de Levy, ben c'était aussi,  
85 c'est ça ; il était vraiment grabataire et cachectique et c'était devenu même impossible savoir s'il  
86 souffrait ou pas enfin... Fin c'était, y'avait plus de communication à part un peu son faciès tout ça. Et



87 euh... donc là c'est, c'est l'équipe mobile de gériatrie qui, qui a fait le lien, et qui a demandé la  
88 pompe, la pompe à morphine.

89 *D'accord*

90 J'aurais pu le demander moi, mais euh, enfin bref, j'avais demandé leur soutien et voilà ça c'est fait  
91 comme ça.

92 *A part du coup la fin de vie, vous voyez d'autres indications d'HAD ?*

93 Dans mon expérience non je, ya les antibiothérapies complexes, ou des mucoviscidoses tout ça, mais  
94 je n'ai pas été confronté à ça. Ya très très longtemps j'avais un cas de mucoviscidose mais je ne sais  
95 même pas si l'HAD existait déjà. Ça fait combien de temps que le service ... ?

96 *Alors là ... Euhh Je ne saurais même pas exactement, je pense une vingtaine non ? oui rire, je ne sais*  
97 *pas. Quels sont pour vous les acteurs de la prise en charge en HAD du coup ?*

98 Les acteurs ?

99 *Ouais.*

100 Euh en tout cas pour le monsieur dont je vous ai parlé ; elles, elles c'est une équipe Ben l'HAD, (rire),  
101 donc le service hospitalier, et après ben oui les infirmières libérales, le médecin, traitant, les aides à  
102 domicile vraiment géniales... Elles sont plus sur Aix les bains malheureusement et ça a été ... quand il  
103 s'est aggravé la nuit, moi j'y suis allée, elles étaient là, c'était super vraiment.

104 *C'était sur quelle prise en charge vous dites là ?*

105 Les aides familiales, ou je sais pas, les assistantes, euh je sais pas comment on dit moi.

106 *C'étaient les aides-soignantes ?*

107 Non non non

108 C'étaient des accompagnatrices santé,

109 *D'accord, ouais.*

110 Et cette ..., je sais même pas comment on dit, qui était là à domicile.

111 *Oui qui était là la nuit.*

112 Comme l'ADMR. Ou voilà. Et là quand il s'est aggravé yavait, elle restait la nuit. Il y avait un  
113 roulement entre la famille et elle. Il y avait une super dynamique hein, autour de ce couple ;

114 *Ouais d'accord.*

115 Ils avaient un petit peu de moyens aussi, alors c'était plus facile. Oui ça c'est un partenaire, le conseil  
116 général par le biais de l'APA ; il faut de l'argent ; pour une fin de vie à domicile je pense qu'il faut un  
117 peu d'argent.

118 *Ouais c'est vrai, ouais ouais c'est pas évident et euh du coup-là il était déjà en HAD quand il y avait*  
119 *tous les intervenants ?*

120 Oui oui c'est plutôt il y avait tous les intervenants et l'HAD est venue en plus.

121 *Pour l'aspect pompe tout ça ?*

122 Oui oui pour l'aide à la toilette euh et euh et puis oui l'aide oui le matériel. Yavait aussi euh l'HAD  
123 était intervenue, ah oui ça j'ai oublié. Au départ quand sa femme était revenue à domicile avec sa  
124 stomie d'alimentation, l'HAD avait commencé un peu le temps de, que le prestataire à domicile  
125 prenne le relais.

126 *D'accord*

127 Donc quand même ils connaissaient un peu déjà la situation. Et c'était une situation qui était pas fin de  
128 vie là pour cette dame. (Rire) par rapport à votre question.

129 *Ok. Et euh, qu'est-ce que la prise en charge HAD d'un patient va changer pour vous ?*

130 Ça change TOUT.

131 (Rires)

132 C'est vrai ça change tout, ça évite l'hospitalisation, ça permet de respecter les, les intentions de mourir  
133 à domicile de certains patients. Euh, moi ça me rend certainement plus efficace, moi je me sens moins  
134 seule euh ... c'est un plus pour le patient mais c'est euh c'est euh pour moi c'est une évidence. Et pour  
135 les professionnels aussi.

136 *Qui autour du patient.*

137 Oui les professionnels de santé, ah oui oui oui.

138 Moi j'ai vu avant, moi je me suis installée en 92 donc y'avait pas d'HAD mais effectivement elles ont  
139 dû, ça a dû commencer très vite après quand même. Mais moi j'ai trouvé ça génial quand, j'essaie de  
140 me rappeler .... De voir l'hôpital qui sort de ses murs mais c'est tellement bien ! pfiou !

141 *Ouais ça c'est quelque chose que vous appréciez.*

142 Ben oui qui est plus près de nous quoi hein. On peut s'appuyer sur les, sur quand même les moyens  
143 techniques, le PLUS que conseil. Rien que de discuter de la situation avec le Dr \*\*\* (médecin coordo)  
144 ou le Dr \*\*\* (médecin coordo) mais c'est pré... c'est hyper précieux. La gestion des antalgiques hein  
145 euh ça évolue. Moi j'essaie de rester au courant mais enfin pas toujours, hein, ya des ...

146 *C'est pas évident.*

147 Ya des nouveaux traitements.

148 *Et quelles seraient les choses à modifier dans les prises en charge en HAD ?*

149 Le logiciel moi j'ai du mal, je l'ai là, HAD voilà je vais dans mes favoris (regarde sur son ordinateur et  
150 ouvre le logiciel), franchement je le trouve vraiment pas bien. J'ai toujours pas compris, alors je  
151 bidouille, je bidouille, je bidouille.

152 (On regarde sur l'ordinateur)

153 Je suis pas rentrée dedans depuis longtemps donc euh, depuis longtemps, depuis quelques mois. En  
154 tout cas je sais jamais bien où il faut aller.

155 *Ouais*

156 Moi quand je veux mettre un mot, mais là voilà, là je sais même pas où c'est

157 *Là ça a ouvert un PDF c'est pas le site*

158 Alors c'est peut-être parce que je me le suis mis en favoris et que ça ...

159 D'habitude c'est pas comme ça quand je

160 *C'est tout l'explicatif ça du*

161 ....

162 AH VOILA (en cœur, après ouverture du site), voilà alors tac tac tac ya le nom ...

163 *Ouais*

164 (Puis cherche où écrire les mots)

165 Alors je crois qu'il faut que j'aille là. Voilà il faudrait, oui j'ai pas de ... on peut faire ça

166 Je me souviens plus où il faut aller, là ?

167 *Il faut cliquer dessus*

168 Et après ben ...

169 Ah oui c'est ça dossier Je crois que c'est là.

170 *Ouais*

171 HHAHH (énervement)

172 Dossier médical, tac ; ohh je suis contente je me...

173 Mais moi je trouve que nulle part il y a écrit médecin traitant.

174 Historique tac tac tac tac

175 Suivi médical ?

176 *Oui*

177 Projet thérapeutique, suivi des médecins,

178 *C'est tout vide pour le moment.*

179 C'est nouveau ça quand même, j'ai l'impression que c'est plus clair que quand je ...

180 Là moi j'aurais envie d'aller là mais je sais pas ce que c'est.

181 *Moi je crois que ...*

182 Ça doit être pareil que là en fait.

183 *Oui voilà, ça c'est tous les onglets, si vous remontez dans dossier patient, médical ... Alors faut*

184 *réussir à y aller.*

185 Historique ?

186 *Euh dans le CIM 10, là ce n'est pas du tout intuitif, là c'est le motif de, de... d'HAD, tous les ... un peu*

187 *l'histoire de la maladie quoi.*

188 Ah oui d'accord.

189 *Et après ils mettent dans le suivi médical les choses nouvelles au cours de l'hospitalisation.*

190 Et donc il faut que je je, il faut rester dans l'onglet patho ... ?

191 *Nan ça c'est juste pour savoir pourquoi.*

192 Pour savoir, ça c'est l'histoire du patient.

193 *L'histoire du patient et là où vous étiez avant c'est pour mettre des ... normalement c'est pour mettre*

194 *des mots quand ya.*

195 Mais justement je ne sais pas où il faut aller.

196 *Dans suivi médical,*

197 *Alors Médical suivi médical, normalement il doit y avoir ... juste mettre une note, ajouter un suivi*

198 Et après

199 Moi c'est peut-être un peu prétentieux mais j'aimerais qu'il y ait quelque part médecin traitant.

200 (Rire)

201 *C'est une bonne idée.*

202 Parce que là

203 *Ah Oui, oui là après,*

204 Là faut cocher,

205 *Ben c'est déjà coché*

206 Là Et donc j'écris là,

207 *Voilà*

208 tac tac tac (écrit sur son clavier)

209 *Et enregistrer*

210 D'accord

211 *Après ça va leur donner*

212 Oui mais c'est un ...

213 *C'est un vrai patient là. ; ah non TEST essai, ah oui j'avais pas vu ! pardon*

214 (Rire)

215 *C'est pour s'entraîner. Je savais pas qu'ils faisait un patient essai dans chaque, pour chaque médecin*

216 Je le découvre moi aussi, je n'avais pas...

217 *Et sinon dans, du coup tant qu'on y est normalement dans, je dirais peut-être synt..., alors non je crois*

218 *que c'est dans intervention, ça fait longtemps quand même, transmissions ciblées. Là ya tous les*

219 *intervenants là du coup-là ya rien, mais après ya tous ce que les infirmières, les aides-soignantes*

220 *écrivent au jour le jour.*

221 Ah ça c'est vachement bien, oui oui pour le suivi c'est super.

222 *Bon là difficulté c'est d'avoir quelque chose où tout le monde voit les infos.*

223 Oui oui puis on n'a pas besoin forcément des mêmes (*info nldr*), mais justement de tout voir.

224 *Voilà*

225 Bon ben super.

226 En plus je suis pas hyper dégourdie en informatique c'est pas ...

227 *C'est vrai qu'au début c'est pas évident ? D'autre chose à part le logiciel à changer à l'HAD ?*

228 Oui à changer ?

229 *A améliorer on pourrait dire, si ya des choses à améliorer hein.*

230 (Silence)

231 De savoir clairement quand est-ce qu'a lieu la réunion je crois que c'est le lundi, le le un débriefing là,

232 *De tous les patents en HAD ?*

233 Enfin faut savoir quand c'est le bon moment pour appeler. Mais c'est pas forcément ... Fin ça se  
234 programme pas forcément mais euh ...

235 *Pour prendre des nouvelles du patient ou transmettre des ?*

236 Donner les infos intéressantes.

237 *Ouais*

238 La secrétaire est vachement bien, elle est très accueillante, moi j'ai toujours trouvé super.

239 *Ouais*

240 Mais avoir le médecin responsable facilement au téléphone c'est super ça. J'imagine bien qu'ils sont  
241 débordés tout ça mais quand même de pouvoir les joindre ça faut qu'ils le gardent.

242 *Ouais être joignable pas téléphone ça c'est quelque chose ...*

243 Oui oui et si ya un truc c'est, le monsieur turc qui avait la démence à corps de Lewy il s'est, il s'est  
244 aggravé et euh et donc on avait décidé d'augmenter la dose d'Hypnovel mais je savais pas moi  
245 manipuler la pompe. Donc par téléphone j'ai essayé avec l'infirmière mais j'ai rien compris à ce  
246 qu'elle m'a dit et je fin ... Finalement elle est venue.

247 *Elle est venue faire les modifications.*

248 Ouais, je sais pas si on peut être formé ou si peut pourrait y avoir un mode d'emploi hyper détaillé.

249 *À la maison ? ils ne peuvent pas le laisser à la maison je pense.*

250 Ben oui mais bien sûr bien sûr oui oui oui.

251 Ou qu'on l'ait nous... Ceci dit ça m'a bien arrangé qu'elle vienne parce que j'avais peur de faire des  
252 trucs euh... de pas bien faire alors voilà... Mais j'ai quand même, j'ai vraiment essayé quand même.  
253 Mais pfiou ...

254 *Là c'étaient les infirmières de l'HAD qui intervenaient ?*

255 Oui

256 *D'accord*

257 Oui oui oui. Mais elle ne l'avait pas sous les yeux donc de mémoire elle disait et non je ne trouvais à  
258 pas ce qu'elle ...Je pense ça. Sinon euh ...Moi je ressens un travail d'équipe et ça j'apprécie  
259 beaucoup.

260 *Et en parlant de ça comment vous voyez la place des différents médecins dans la prise en charge en  
261 HAD d'un patient du coup ?*

262 Euhh. Ben c'est un travail d'équipe. Moi alors là je suis pas du tout à dire c'est moi le médecin traitant  
263 c'est moi qui dirige, pas du tout ! (Rire) si je peux justement avoir des conseils et qu'on me dise ben il  
264 vaut mieux faire comme ci, moi ça me va très bien, je, euh, je sais que quelque fois ça semble un peu  
265 compliqué, qu'il y a des médecins qui sont un peu sourcilleux là-dessus. Fin je ressens pas de  
266 problème de hiérarchie, et tout ça, on est là, on travaille dans l'intérêt du patient et puis voilà.

267 *Et sur les euh la place de chacun auprès du patient, finalement ?*

268 Je trouve que le médecin traitant a vraiment une place primordiale hein, quand même. Ça dépend  
269 beaucoup du degré de relation, fin de confiance, et de de comment ça fonctionne avec les proches et la  
270 famille aussi, quelle place ils .... Moi il me semble qu'il faut que ce soit très souple, et que y a des  
271 moments euh ... Très souple en fonction de des attentes de, de la famille et de l'état et de l'état  
272 clinique du patient et après si c'est le médecin traitant qui peut, qui peut gérer ben c'est très bien car il

273 est quand même à priori plus disponible et plus proche, il peut se déplacer facilement. Parfois ce n'est  
274 pas toujours le cas non plus et ...

275 *La souplesse*

276 Oui

277 *Et euh, la question d'après on y a un peu répondu, c'est comment repenser la place du médecin*  
278 *généraliste finalement sur des prises en charge... ?*

279 Moi je me suis toujours sentie à ma place donc c'est un peu difficile de définir ; ça ne m'a jamais posé  
280 problème.

281 *Ben si c'était bien comme ça c'était bien comme ça.*

282 Oui voilà oui oui oui quand je fais appel à l'HAD donc c'était vraiment des questions de fin de vie à  
283 domicile donc y'avait un bon lien avec la famille, avec l'entourage, avec le... C'était un projet qui était  
284 que souhaitait le patient, la famille en tout cas sûr, le patient certainement au départ quand il était en  
285 état de donner son avis, après plus compliqué, euh. Du coup ... Je me souviens d'une fois où l'HAD  
286 m'a demandé, ça était, le médecin traitant était en vacances et euh, il fallait voir, c'était un monsieur  
287 qui avait, un monsieur diabétique je crois et en attente de dialyse ou dialysé enfin quand même en  
288 mauvais état. Et qui avait une énorme plaie, je crois que c'était une plaie de la cuisse suite à une  
289 intervention je sais plus. Et ben là ça a été compliqué car je n'étais pas le médecin traitant. C'était une  
290 famille aussi turque qui ne parlait pas très bien français et ils se demandaient qui je, qu'est-ce que je  
291 venais faire là. C'était une infirmière libérale avec qui je m'entends pas bien. Et là, ben là c'est  
292 merdique.

293 Si ya pas une bonne, une bonne entente entre les intervenants. Bon et puis après le médecin traitant  
294 était revenu de vacances.

295 *C'était temporaire vraiment quelques jours ?*

296 Oui oui oui c'était voilà temporaire.

297 *D'accord*

298 Oui là j'y repense.

299 *Où là ben*

300 Oui Puis bon là fallait quand même, fallait aller voir comment c'était de toute façon.

301 *Et au niveau du rythme vous allez en visite ça se passe comment en général ?*

302 Le monsieur qui avait la démence à corps de Lewy j'y allais toutes les semaines. C'est à peu près  
303 toutes les semaines ou plus si ... dans les derniers temps quoi. Moi je fais les visites, hein donc je, ça  
304 me, j'en fais pas beaucoup mais quand même quand ya besoin j'y vais.

305 *Vous dites pas non*

306 Oui Je vais pas commencer à suivre les gens pendant vingt ans et quand ils vont moins bien qu'ils  
307 peuvent plus bouger, ah non non je ne me déplace pas. Ça m'énerve.

308 *Ça vous énerve.*

309 Rire

310 *Bon est ce que vous avez d'autre chose à ajouter sur l'HAD dont on n'aurait pas parler ?*

311 Non je trouve que c'est vraiment bien il faut surtout continuer, fin je ne pense pas qu'il soit question  
312 que ça disparaisse.

313 *Je ne crois pas.*

314 D'accord.

315 *Positif.*

316 Ah oui bien sûr Très très positif.

317 C'est juste cette histoire de quelques fois ya pas assez de soins techniques, fin c'est ce que j'ai compris  
318 moi, qui limite la prise en charge, alors qu'on aurait besoin d'un coup de main.

319 *Conseil, fin d'un coup de main, d'un appui ?*

320 Oui d'un avis à domicile,

321 *D'un avis à domicile.*

322 Heureusement ya les équipes mobiles de gériatrie maintenant.

323 *Soins palliatifs aussi ?*

324 L'équipe de soins palliatifs elle ne vient pas à domicile, elle vient dans les maisons de retraite, les  
325 EHPAD mais pas à domicile.

326 Et Ça ça manque, moi je trouve que ça manque, fin moi ça m'aiderait bien. Après par le biais de  
327 l'HAD quelques fois on arrive un peu, fin de vie ça rejoint les soins palliatifs évidemment.

328 Mais quand même s'il y avait une équipe vraiment mobile de soins palliatifs pour la ville ce serait  
329 vachement bien.

330 *Ce qui vous manque finalement c'est plus le soutien le conseil.*

331 Et l'expertise.

332 *L'expertise voilà.*

333 Pour orienter le traitement, juste réajuster. Parce qu'un coup de fil c'est bien mais allez voir le patient  
334 ensemble à domicile c'est c'est encore mieux. Si y'avait, l'HAD pouvait s'enrichir de ce volet là (tape  
335 dans ses mains) ça serait super !

336 *Oui c'est surtout le versant conseil.*

337 Et puis même réflexion entre pair, quoi, on réfléchit mieux à plusieurs. Alors nous ici on discute  
338 beaucoup entre nous, on s'est organisé pour avoir des temps, des temps où on se voit et tout ça. Alors  
339 c'est bien on échange beaucoup mais c'est pas suffisant.

340 Rire

341 Plus !

342 Ok

1 ENTRETIEN n°8

2 *Qu'est-ce qui va faire pour vous qu'un patient va être éligible à une HAD ?*

3 On se réfère aux directives nationales, aux différentes circulaires, et les motifs de prise en charge en  
4 HAD sont déjà bien précisés dans la circulaire de mai 2000, et puis après dans les autres circulaires  
5 qui sont arrivées après, donc il y en a une en 2006, il y en a d'autres après concernant soit la maternité  
6 soit la pédiatrie.

7 *D'accord. Donc c'est vrai que nous on travaille plutôt sur l'HAD adultes.*

8 Avec une précision c'est qu'on est une HAD hospitalière, donc on est un service de l'hôpital, donc  
9 notre objectif aussi c'est de faire sortir des patients de l'hôpital plus vite grâce à l'HAD et parfois de  
10 rééviter des hospitalisations. Donc ça tout en restant bien sûr conforme aux critères d'éligibilité,  
11 critères d'admission des patients en HAD, c'est vrai qu'on a peut-être plus ça en tête que certaines  
12 HAD, structures, établissement à elles seules, indépendantes de tout autre hôpital, établissement HAD  
13 non hospitalier.

14 Il y a différentes formules d'HAD en France, différentes structures.

15 Oui, il y a des établissements privés ou mutualistes qui sont souvent indépendants des hôpitaux et il y  
16 a des HAD hospitalières qui sont au service d'un hôpital, un service lambda dans un hôpital, c'est vrai  
17 qu'on n'a pas tout à fait peut-être toujours les mêmes critères.

18 *D'accord. Au niveau des acteurs, de la prise HAD, évidemment il y a les médecins coordinateurs, les*  
19 *infirmières de coordination, les infirmières salariées... Quels sont pour vous les acteurs importants ?*

20 En fait ils sont tous importants car en HAD on a une prise en charge globale. Donc ça veut dire tout  
21 bêtement qu'on peut avoir tous les soignants dans une prise en charge mais si on pas le portage des  
22 repas, si on n'a pas l'auxiliaire de vie pour aider au transfert voire pour aider aux toilettes, c'est vrai  
23 que ça peut bloquer complètement un retour à domicile et une HAD. Donc on peut pas dire qu'il y a un  
24 intervenant plus important que l'autre.

25 *Tout le monde est important.*

26 C'est vrai que quand il manque une auxiliaire de vie ça retarde pour une hospitalisation à domicile, on  
27 attend d'avoir cette organisation. S'il manque l'infirmière c'est pareil, si y a pas de médecin c'est pareil,  
28 donc je peux pas dire qu'il y ait un intervenant plus important que l'autre. C'est pas comme dans un  
29 service hospitalier, où on a essentiellement besoin de soins, donc d'une infirmière, d'une aide-  
30 soignante, d'un médecin et qu'après tout ce qui est repas, ménage... on est pris en charge par un hôpital  
31 et une structure donc c'est différent de quand on est à la maison, et il faut savoir aussi qui ouvre, la  
32 porte, enfin bon il y a des problématiques qui sont différentes.

33 *Tout à fait. Concrètes. Du coup les gens qui gravitent autour du patient, donc il y a évidemment*  
34 *l'équipe d'HAD avec toutes les personnes qui en font partie et euh du coup il y a j'imagine le médecin*  
35 *traitant, euh, donc nous c'est justement là-dessus que l'on travaille, et euh, pensez-vous qu'il y a des*  
36 *choses à modifier dans le rapport avec le médecin généraliste ? Ou faire évoluer ?*

37 Alors à \*\*\*\*\* (ville où est basée une HAD) on contacte toujours le médecin généraliste, pour avoir  
38 son accord pour la prise en charge d'un de ses patients en HAD. C'est exceptionnel qu'il nous dise non.  
39 En général ils sont d'accord. Mais par contre ce qu'ils nous disent de plus en plus souvent c'est qu'ils  
40 peuvent pas faire de visites à domicile, donc c'est très embêtant pour les profils de patients qu'on a en  
41 HAD, parce que ce sont des patients souvent dépendants, qui sont à risque de décompensation assez  
42 important, donc ce sont des patients qui ont besoin de ces visites médicales à domicile.

43 *Oui parce qu'ils peuvent pas se déplacer.*



45 Voilà, donc on fait un petit peu comme on peut. Une fois on appelle SOS médecins, une fois c'est nous  
46 qui nous déplaçons, une fois c'est la famille qui va au cabinet du médecin généraliste pour avoir un  
47 traitement pour récupérer une ordonnance. Une fois c'est quand même le médecin traitant qui va à  
48 domicile donc c'est vrai que c'est problématique.

49 *D'accord. Donc c'est vrai qu'à la base le rôle du médecin traitant est censé être pivot dans la prise en*  
50 *charge en HAD, et là du coup on n'arrive pas à avoir ce rôle ?*

51 Ça dépend des médecins traitants, ça dépend aussi du motif de prise en charge en HAD du patient.  
52 C'est vrai que pour des patients en soins palliatifs, les médecins généralistes ils font tout pour aller à la  
53 maison, pour se déplacer...

54 *Ils s'impliquent.*

55 Ils s'impliquent beaucoup plus que si c'est un traitement intraveineux, si c'est un pansement ou voilà.  
56 C'est ce que j'ai constaté au quotidien.

57 *Et en même temps du coup ça va être plus lourd pour eux ? Alors est ce qu'ils vont toujours pouvoir*  
58 *s'impliquer pour une prise en charge palliative ?*

59 Oui c'est ce qu'ils disent, ils disent que c'est plus lourd mais ça a une durée limitée par définition, donc  
60 ils s'engagent pas pour une durée trop longue.

61 *Ouais.*

62 Ils ont l'habitude aussi de nous contacter, en tant que médecin coordonnateur, dès qu'il y a un  
63 traitement un petit peu plus spécifique soins palliatifs, ou avec une technicité infirmière ils nous  
64 appellent, donc c'est vrai que c'est des prises en charge qui prennent plus de temps, globalement, les  
65 soins palliatifs, mais c'est peut-être là où on aide le plus les médecins. Soit au niveau infirmier soit au  
66 niveau médical.

67 *Bien sûr. Est-ce que du coup ça leur permet des fois de changer leur attitude de décider des fois de*  
68 *faire des visites à domicile ?*

69 Je dirais, ils font pour ces patients qui sont en soins palliatifs en HAD, ils font tout ce qu'ils peuvent  
70 pour faire des visites à domicile.

71 *Même ceux qui en font pas d'habitude ?*

72 On peut jamais dire ils font tous où ils font pas du tout, c'est patient dépendant et médecin dépendant  
73 mais globalement quand un médecin généraliste a un patient en soins palliatifs, il fait tout pour se  
74 déplacer à la maison.

75 *D'accord. Et du coup si on prend la place des différents médecins dans la prise en charge HAD, donc*  
76 *il va y avoir le médecin traitant qui va aller voir son patient et le médecin coordonnateur qui va un*  
77 *peu chapeauter les choses, mettre en place l'hospitalisation à domicile, et surveiller. Et comment*  
78 *s'articule un peu la place de chacun d'entre eux là-dedans ?*

79 Alors, les médecins traitants donc on les contacte déjà avant l'admission en HAD, en attendant un petit  
80 peu le courrier de l'hôpital, on leur demande des informations, eux ils nous en transmettent aussi, c'est  
81 important parce que c'est des données du domicile qu'on n'a pas forcément, dont on n'a pas forcément  
82 la même vision à l'hôpital. Quand il y a des changements importants, quand il y a soit des symptômes  
83 importants, c'est SOS qui est passé ou suite à des consultations hospitalières il y a des modifications...

84 *Ouais avec le spécialiste.*

85

86 Voilà, on les tient informés. Euh, de façon identique quand ils vont faire des visites à domicile je vois  
87 pour \*\*\*\*\* (nom de patient) l'autre jour, le médecin traitant m'a rappelé pour me tenir au courant de  
88 ce qu'il avait constaté, euh qu'il mettait pas en place par exemple la scopolamine, qu'on faisait rien de  
89 plus, enfin bon.

90 *Donc il y a un véritable échange.*

91 Il y a un échange. Ça c'est dans le meilleur des cas. Mais là encore ça dépend. Ce patient par exemple  
92 dont je parlais, il est en soins palliatifs, euh, mais il y a des prises en charge où c'est plus compliqué de  
93 joindre le médecin euh généraliste parce qu'il est en consultation, sa salle d'attente est pleine, donc  
94 quand l'a au téléphone on tombe forcément au mauvais moment, donc c'est un petit peu plus  
95 compliqué et là on fait de façon un peu succincte en fait. Alors on peut fonctionner aussi avec les  
96 mails, voire des sms, ça m'est arrivé avec certains médecins généralistes.

97 *Est-ce que ça, ça fonctionne mieux des fois ?*

98 Ça permet de donner l'information rapide en attendant une information un peu plus longue.

99 *Une information en direct.*

100 Voilà, puis il y a des médecins généralistes qui nous disent bah non là c'est pas le moment je vous  
101 rappelle, donnez-moi votre numéro de téléphone, je vous rappelle en fin de consultation ou...

102 *Puis y en a qui sont pas joignables directement, il y a l'entremise d'une secrétaire, en ligne ou...*

103 Oui, les secrétaires en ligne ça se conclut très souvent par "je mets un message au médecin généraliste  
104 pour qu'il vous rappelle au sujet de Monsieur untel". Puis les médecins généralistes ils rappellent.

105 *Ouais.*

106

107 Ils rappellent dès qu'ils peuvent. Donc je pense qu'il y a une évolution des rôles de chacun. Soit du  
108 médecin coordinateur, soit des médecins généralistes.

109 *Hm hm.*

110

111 Je pense que les médecins généralistes s'appuient beaucoup sur le médecin coordonnateur, plus  
112 qu'avant.

113 *Oui.*

114 Parce qu'ils ne peuvent pas faire toutes les visites qu'ils voudraient.

115 *Hm hm*

116 Et parallèlement le médecin coordonnateur il n'arrive pas à avoir cet appui autant qu'avant sur  
117 certaines prises en charge. Donc il fait plus de choses, euh, donc il devient beaucoup plus prescripteur  
118 qu'il y a cinq, six ans.

119 *D'accord.*

120 Aussi, les infirmières se retournent volontiers vers l'HAD et le médecin HAD pour régler des  
121 problèmes. Donc à nous médecin coordonnateur de renvoyer au médecin traitant quand ça peut  
122 attendre puis bon quand c'est soit bien spécifique hospitalier soit quand ça peut pas attendre ben il faut  
123 qu'on gère.

124 *Hm hm.*

125 Pour certaines prises en charge on ne remplace pas le médecin traitant mais on fait beaucoup beaucoup  
126 de choses, plus que le médecin traitant.

127 *Et si on devait repenser la place du médecin dans ce contexte ? Qu'est-ce qu'on pourrait faire dans les*  
128 *grandes lignes, du médecin généraliste ?*

129 Ce qui serait très bien, qu'on aimerait ?

130 *Ouais.*

131 Moi ce que je voudrais mais ça vient aussi de nous, médecins coordonnateurs, de moi, j'aimerais bien  
132 faire des rencontres avec le médecin généraliste, à domicile. Donc soit ce que font les IDEC  
133 (infirmière de coordination d'HAD NDR) à l'entrée du patient, à la maison, et puis peut-être de façon  
134 régulière, ou à la demande du médecin traitant quand il y a un souci particulier.

135 Là de part et d'autre on a peu de temps, donc il y a beaucoup de choses qui se font par téléphone. Donc  
136 ça ce serait une amélioration qu'on demande depuis très longtemps, mais c'est compliqué à mettre en  
137 place soit du côté médecin traitant soit du côté médecin coordonnateur.

138 *Puisque chacun n'a pas les disponibilités.*

139 Puis ça c'est valable, encore dans notre secteur autour de \*\*\*\* (ville où est basée une HAD) Métropole  
140 ça pourrait se faire, mais plus on s'éloigne de l'agglomération plus c'est compliqué. Pour le médecin  
141 coordonnateur.

142 *Parce que c'est loin.*

143 Parce que pour faire une visite dans \*\*\*\* (nom de vallée rurale) c'est une après-midi en gros.

144 *Oui puis tous les autres patients...*

145 Tous les autres patients on s'en occupe pas. Donc nous ce qu'on souhaite sur \*\*\*\* (ville où est basée  
146 une HAD) c'est pouvoir faire des visites mais sur un territoire correct quoi.

147 Moi j'aimerais bien aller dans \*\*\*\* (nom de vallée rurale), ou à \*\*\*\* (nom de commune rurale  
148 distante de 50 km / 1h de l'HAD de secteur), ou aux \*\*\*\* (nom de station de sports d'hiver) ou à \*\*\*\*  
149 (nom de commune située en montagne) mais c'est une demi-journée en gros.

150 *Est-ce qu'il faudrait du coup augmenter le nombre d'HAD ? Créer une HAD à (nom de commune*  
151 *rurale distante de 50 km / 1h de l'HAD de secteur).*

152 Alors ça, cela a déjà été fait mais ça n'a pas marché parce qu'il y a pas énormément de patients dans  
153 ces secteurs, ce sont des secteurs relativement ruraux donc en terme de coûts ça suivait pas, et faire de  
154 petites HAD ça tient pas. Donc une HAD viable c'était au moins trente places, en dessous c'était pas  
155 rentable, ça coûtait trop cher, donc ça tenait pas à long terme. Donc là je pense qu'il y a encore de  
156 petites HAD de moins de trente places mais c'est très compliqué à faire tourner.

157 *Donc l'HAD c'est quelque chose qui finalement a tout son potentiel en milieu quelque peu urbain où*  
158 *on est pas trop loin de l'hôpital ?*

159 Alors ça c'est ce qu'il y avait avant, maintenant il faut que les HAD interviennent de partout, donc il  
160 faut qu'on puisse intervenir dans toutes les petites communes pour que tout patient HAD requérant  
161 puisse bénéficier de l'HAD.

162 *Tous égaux.*

163 Donc c'est à nous HAD, de s'adapter. Donc c'est vrai que nous on a agrandi notre secteur, donc tout ce  
164 qui est logistique bon on y arrive peu ou prou, mais c'est vrai qu'en moyens humains quand on veut  
165 faire déplacer des personnes c'est plus compliqué parce que ça prend du temps, donc on avait une  
166 recherche de télémedecine il y a bien longtemps, et c'est vrai que maintenant on en parle beaucoup de  
167 la téléassistance, de la télémedecine et c'est vrai que ça pourrait être aussi une aide.

168 *Ouais. Tout à fait.*

169 Sans parler du coût, si on avait un appareil de télémedecine, de téléassistance dans tous les domiciles  
170 notamment les domiciles qui sont loin, le médecin traitant qui est à domicile pourrait nous contacter, et  
171 appeler une infirmière.

172 *Montrer une image du patient.*

173 Oui, c'est ce qu'on avait fait dans le cadre d'une recherche en HAD, il y a longtemps.

174 *Déjà avec la télémedecine ?*

175 Oui c'étaient les premières recherches, et c'est vrai que je vois bien maintenant avec un secteur qui est  
176 beaucoup plus vaste, c'est vrai qu'avec une infirmière qui est à domicile qui nous montre des plaies, un  
177 médecin traitant qui nous montre aussi ou qui est à domicile avec le patient qui est à côté, c'est vrai  
178 que c'est très aidant, enfin, pour tout le monde.

179 *Hm hm.*

180 Et puis le patient il voit ce lien entre le médecin traitant, le médecin coordonnateur. Entre ce qui est à  
181 domicile et ce qui est un petit peu plus loin. Il voit mieux à quoi sert la coordination.

182 *Pour lui c'est plus clair.*

183 Et puis il est plus acteur du soin aussi. Parce qu'il voit tout ce qui se passe. Tandis que là, on appelle le  
184 patient, le patient qui est éloigné, on l'appelle, on l'a au téléphone, on appelle l'infirmière, on a des  
185 fiches de synthèse, donc on sait ce que se passe, quand ils viennent sur le centre hospitalier on va les  
186 voir, mais sinon on va pas à domicile pour voir ces patients qui sont loin.

187 L'infirmière de coordination, leur objectif aussi à ces infirmières de coordination, c'est d'y aller. Mais  
188 pour l'instant, à ces domiciles aussi éloignés elles y vont pas trop.

189 *D'accord. Oui donc télémedecine ça pourrait être une voie d'amélioration pour l'HAD dans les zones*  
190 *plus éloignées. Dans les zones blanches...*

191 Notamment dans les zones plus éloignées. Ça fera pas tout mais ça peut aider à régler certaines  
192 situations, puis comme je le disais tout à l'heure, à mon avis ça doit rassurer le patient, ça permet une  
193 coordination en temps réel, c'est à dire qu'on a le patient, le médecin, l'infirmière à domicile, le  
194 médecin ou l'infirmière HAD à distance, mais on a ces personnes qui discutent sur les problèmes du  
195 patient.

- 196 *Peut-être que comme ça le médecin il s'impliquerait plus aussi ? Il aurait plus de facilité à se dire "je*  
197 *vais accepter ce patient en HAD", d'aller lui faire des visites.*
- 198 Je sais pas si ça interviendrait, mais ce serait plus rapide, il y a une coordination qui se ferait non pas  
199 en temps différé mais en temps réel, donc tout le monde gagne du temps et puis tout le monde est plus  
200 facilement joignable. On sait qu'avec le médecin traitant on peut se donner des rendez-vous, le  
201 médecin traitant on sait qu'il passe à telle heure, on se débrouille pour rester pas très loin de la webcam  
202 de l'HAD et puis on peut avoir en direct.
- 203 *Parce que c'est vrai qu'il y a des densités de médecins qui sont moins importantes dans ces zones mais*  
204 *en même temps c'est peut-être là où ils vont plus faire de visites parce qu'ils savent que leurs patients*  
205 *sont éloignés du coup ils y vont.*
- 206 Oui, c'est vrai, ça peut être une piste. Pour améliorer la prise en charge des patients en HAD. Ça  
207 pourra pas répondre à tout, ça pourra être une piste d'amélioration.
- 208 *Vous avez d'autres choses à ajouter ?*
- 209 Non. Pas de suite.

1 ENTRETIEN n°9

2 *Est-ce que tu peux me raconter, ça ne te dérange pas si je te tutoie ?*

3 Non c'est bien.

4 *Euh ta dernière expérience avec l'HAD.*

5 Oui, j'en ai pas eu beaucoup des expériences avec l'HAD.

6 *Ouais*

7 Euh ma dernière expérience, patient qui est en chimiothérapie pour un cancer qui normalement qui se  
8 faisait à l'hôpital et ça a été décidé que ce soit fait à domicile et donc c'est lui qui est venu me voir en  
9 consultation pour me dire ben voilà ya demain j'ai ma chimio fait par l'HAD et faut que je vienne vous  
10 voir la veille pour pouvoir valider la réalisation de la chimiothérapie.

11 *Ah d'accord*

12 Rire

13 Je dis ah bon mais je ne suis pas au courant, ben voilà je n'avais pas du tout été informé.

14 *Ouais*

15 Donc du coup il m'a donné un numéro de téléphone lui de l'HAD, que j'ai appelé, je suis tombée sur  
16 une coordinatrice je pense, ou une infirmière je sais pas, qui m'a dit que ... Elle était pas au courant,  
17 ben ça été, ça a ramé quoi.

18 Du coup finalement j'ai appelé son oncologue.

19 *Hum hum*

20 Et qui ... J'ai envoyé un mail à l'oncologue qui m'a répondu en me donnant l'ensemble des choses à  
21 vérifier pour pouvoir valider ou pas si la chimiothérapie puisse avoir lieu.

22 *Hum hum*

23 Euh en me disant qu'elle était étonnée que l'HAD ne l'ait pas fait, ne m'ait pas contacté pour pouvoir  
24 faire ça et puis voilà.

25 Et moi finalement je n'ai jamais été en contact avec l'HAD pour ce patient. Une fois que l'oncologue  
26 m'a dit que qu'il y avait à vérifier, je vais voir le patient la veille de son traitement et puis je vérifie tout  
27 ça et puis et puis voilà.

28 *Et pour valider la chimio ça se passe ?*

29 C'est lui qui.

30 *Qui dit mon médecin m'a vu vous il est ok.*

31 C'est ça rire.

32 Ok voilà.

33 C'est lui qui dit c'est bon ya pas d'opposition.

34 *D'accord.*

35 *Et c'était quoi comme chimio ?*

36 Je peux pas te dire là mais si tu veux je peux aller voir le dossier

37 *Oui nan mais c'était pour ...*

38 Ton intérêt personnel.

39 *Mon intérêt personnel rire.*

40 Donc voilà en fait je savais pas, je ne sais pas où s'est passé le couac, si j'aurais dû être appelé par le  
41 médecin de l'HAD pour pouvoir se mettre d'accord sur un protocole si j'aurais dû ... Ou c'est que ça à  
42 ... voilà donc finalement avec la collègue oncologue là.

43 *D'accord, et euh c'est HAD de \*\*\*\* ?*

44 Hum

45 *Du coup à \*\*\* (village d'exercice)*

46 *Et lui au niveau, c'était quoi comme cancer qu'il avait ?*

47 Pulmonaire.

48 *Pulmonaire d'accord et qui va ou qui va pas ?*

49 Ouais il va assez bien fin, c'est un stade déjà assez avancé mais il va assez bien.

50 *D'accord.*

51 Il le supporte bien, il est, il a pas, du coup c'est assez facile en fait parce que, peu de complications des  
52 traitements, et il a état général conservé donc euh.

53 *En général ça va bien*

54 Du coup ça va bien. Si jamais il y avait des problèmes je sais pas, voilà j'ai pas d'interlocuteur, je sais  
55 pas avec qui, vers qui je devrais me tourner, avec l'oncologue ou avec l'HAD

56 *Du coup si ya un souci vous savez pas qui appeler ? fin tu sais pas qui appeler ?*

57 Non

58 Enfin lui il a une feuille, lui il peut appeler l'HAD du coup j'ai son numéro de téléphone que lui a, mais  
59 je sais pas si c'est un numéro spécial patient, spécial médecin spécial ... problème, spécial quoi.

60 *Il y a beaucoup de numéros.*

61 Ouais c'est ça du coup.

62 *Un peu flou.*

63 *Euh selon toi qu'est ce qui va faire que le patient y va être éligible à une HAD de manière générale ?*

64 Euh le ... L'accompagnement possible à domicile, du coup que ce soit par ses proches et par les  
65 professionnels de santé du territoire.

66 *Ouais*

67 Et puis par rapport à au niveau de sa pathologie, si ça nécessite une surveillance très rapprochée, si ça  
68 nécessite plusieurs passages par jour.

69 *Ouais*

70 Pour administrer le traitement.

71 *C'est plus le ... et à part la chimio à domicile, tu as déjà eu d'autre patient en HAD ici ?*

72 Non, ici c'est pas, la mise en place des HAD est compliqué ici.

73 *Oui rire*

74 C'est loin et ya pas beaucoup de professionnels de santé notamment des infirmiers donc euh, fin voilà,  
75 et pour les infirmiers aussi un problème de financement, parce que du coup si jamais c'est en HAD ils  
76 sont payés, nous c'est pareil j'imagine on devrait être payé par l'hôpital, et pas, et pas la tarification à  
77 l'acte, ce que je n'ai pas fait hein, et c'est compliqué de se faire payer derrière, du coup les infirmiers ils  
78 sont un peu, ils sont pas très enthousiastes, parce que ça leur fait une surcharge administrative que si  
79 ça passe en HAD, ça leur facilite pas le travail.

80 *D'accord*

81 Du coup ils préfèrent faire les choses, la même chose, sans passer par l'HAD.

82 *Ouais*

83 Puis au final en fait ça représente le même travail pour nous.

84 *Oui*

85 Sur le terrain

86 Sauf que c'est pas dans le même cadre administratif et bon, et après en pratique pour nous faciliter,  
87 théorique, facile d'accéder aux médecins référents ou à une hospitalisation mais ...

88 *Et euh si y'avait une HAD c'est plus facile ouais de pour le lien avec l'hôpital finalement d'ajuster,*  
89 *mais après ici ya pas forcément de besoin ressenti quoi ici ?*

90 Si y'aurait des besoins mais il n'y a pas de facilité de mise en œuvre.

91 *Ouais*

92 Si y'avait plus de facilité de mise en œuvre, si ce serait bien.

93 *Et euh, donc au niveau de la facilité de mise en œuvre ce qui bloque surtout c'est l'aspect administratif*  
94 *qui c'est qui, les infirmières pour qui c'est pas du tout pratique, au niveau de la rémunération, et c'est*  
95 *ça un peu le ?*

96 C'est ça et puis si c'est l'équipe, et puis c'est l'équipe qui de l'HAD qui ne se déplace pas ici donc c'est  
97 pas un soutien, c'est pas un réel soutien sur place parce qu'ils ne viennent pas ici pour pouvoir lancer  
98 des choses ou évaluer les gens et puis nous on soit là aussi en équipe.

99 *Oui ils viennent aussi loin pour pouvoir évaluer un patient*

100 Donc de toute façon ça repose sur nous, de la même façon, sans plus d'aide, donc euh ...

101 *Ok*

102 Du coup sans plus.

103 *Euh*

104 *Et du coup sur une prise en charge en HAD par ici, on a déjà un peu discuté mais quels seraient les*  
105 *acteurs de la prise en charge sur une hospitalisation à domicile ? qui interviendrait ?*

106 Et ben ya les infirmiers, les et ya nous, médecin, après y'avait aussi un questionnement parce que ici ya  
107 beaucoup le SSIAD qui intervient.

108 *Ouais*

109 Notamment des aides-soignantes du SSIAD, et donc du coup si jamais c'est dans le cadre de l'HAD ils  
110 pouvaient plus intervenir.

111 *Ils peuvent pas se cumuler SSIAD et HAD ?*

112 Ouais, il me semble hein, c'est encore un peu flou pour moi mais.



113 *Ça change, c'est en train de changer avec, en fait avant ce qui se faisait c'est que fallait qui ait au*  
114 *moins le SSIAD qui interviennent 7 jours avant de euh avant de, avant que l'HAD puisse intervenir en*  
115 *plus, mais ça dépend des secteurs, ils ont des fois des conventions HAD SSIAD et faut juste qu'ils*  
116 *répartissent, qu'ils disent qui fait quoi, qui finance quoi.*

117 Ben là je crois c'est justement en train de bouger jusqu'à présent c'était pas clair et donc du coup c'était  
118 aussi un frein.

119 *Ouais*

120 Parce que ça déstabilisait l'accompagnement qui était déjà en place.

121 *Ouais*

122 Et du coup voilà ça compliquait encore ça compliquait les choses parce qu'en fait ya pas des nouveaux  
123 intervenants, nous on a des intervenants ici, et on sait que même si c'est en HAD pour composer avec  
124 les mêmes intervenants, de toute façon ça va pas être un renfort d'équipe et en plus ça empêche à  
125 certains d'intervenir.

126 *Oui c'est plus un frein qu'autre chose finalement.*

127 *Ouais*

128 *Là y'avait juste, t'avais juste une expérience avec l'HAD mais bon la question est là : euh qu'est-ce que*  
129 *la prise en charge en HAD change ?*

130 Ben en théorie moi je pense que ça pourrait être super intéressant hein. Après le travail avec les  
131 médecins du CHU en général est assez facile, hors HAD. On les contacte facilement...

132 *Par quel biais du coup ?*

133 Soit par mail, soit par téléphone.

134 *D'accord*

135 Et c'est assez facile de réajuster les choses quand on les appelle pour avoir un conseil ou même pour  
136 une hospitalisation euh ça se fait bien.

137 *C'est facile de les avoir directement ?*

138 *Ouais,*

139 *Moi j'y arrive jamais.*

140 *Toi tu n'y arrives pas ?*

141 *CHU de Grenoble ?*

142 *Ouais*

143 *Ah ouais ?*

144 *Ben les secrétariats je trouvais...*

145 Bon moi je trouve que ça fonctionne assez bien, par mail ou par... Ils nous rappellent et ils se sentent  
146 concernés par les patients qu'ils suivent et quand on leur ramène une nouvelle problématique au cours  
147 du suivi ils sont réactifs, ils organisent les hospitalisations quand c'est nécessaire et sans passer par les  
148 urgences.

149 *Donc ouais une fois qu'on les a au téléphone ils sont bien réactifs et ça, pour avoir des avis et*  
150 *réadapter, c'est pratique quoi.*

151 Ouais puis ya l'hôpital de \*\*\*\* aussi là qui n'est pas très loin là, qui est à 30 min, un peu moins et qui  
152 où on peut aussi organiser des hospitalisations directes, sans passer par les urgences pour des  
153 situations qui sont pas trop ... trop déséquilibrées quoi.

154 *D'accord, ils ont...*

155 Ya de la place en général.

156 *Ya de la place.*

157 Ouais

158 *Euh et du coup dans les prises en charge en HAD, pour, ce serait pour récapituler, les gros points à*  
159 *modifier ?*

160 Les points à modifier ?

161 *Ouais*

162 Et ben, nous expliquer vraiment comment ça fonctionne, que ce soit en termes de mise en place à quel  
163 moment on est informé, quelle est notre place là-dedans. Qu'est-ce qu'on attend de nous ou pas ? quels  
164 sont les renforts possibles de leur côté ? et quel est tout le potentiel ? Car ya certainement de choses  
165 qu'on ne fait pas parce qu'on trouve que ça va être compliqué mais en HAD ça va être possible de faire  
166 par exemple la mise en place de matériel un peu plus technique, peut-être je sais pas, la pompe à  
167 morphine euh, voilà je sais pas. Mais qui, avec peut-être une équipe dédiée qui se déplacerait jusqu'ici.  
168 Et puis en termes de, et puis comment ça se passe aussi en terme ben de financement.

169 *Ouais qui paye qui qui paye quoi*

170

171 Ouais comment on fait et qui, quelqu'un qui s'en occupe pour nous de faire la chose, si ça nous rajoute  
172 du travail c'est compliqué.

173 *Ouais d'accord, donc pas*

174 Si c'est encore de procédure, des papiers... Comme nous on n'a pas de secrétaire sur place c'est nous  
175 qui faisons tout ça et si on peut se décharger des tâches administratives euh.

176 *C'est mieux*

177 C'est indispensable, sinon ça va vite, ça va vite faire qu'on le fera pas, on a trop de tâches  
178 administratives quand on est avec ça.

179 *Euh ya l'HAD, ya les médecins coordonnateurs aussi, ya vous, fin ya les médecins spécialistes, au sein*  
180 *d'une hospitalisation à domicile comment vous voyez la place des différents médecins autour du*  
181 *patient ?*

182 Silence ... euh ...

183 *Là actuellement c'est peut-être un peu difficile de répondre, après on peut dire dans un monde idéal...*

184 Ouais ouais ouais et ben, voilà j'imagine que le médecin coordonnateur il est là pour organiser les  
185 choses quoi, pour savoir en pratique qui va faire quoi, contacter les personnes pour leur expliquer  
186 qu'elle sera leur place dans la prise en charge, si ça leur convient.

187 Et le médecin spé il sera là pour donner son avis spécialisé sur un problème, sur un problème  
188 spécifique et puis voilà le coordinateur ce sera peut-être à lui qu'on s'adressera si par exemple ya  
189 besoin d'une hospitalisation mais si c'est pour un conseil sur la prise en charge ce sera par l'hospitalier.

190 *Puis en tant que médecin généraliste ? quelle place du coup ?*

191

192 Ben en tant que médecin généraliste nous on est là dans la prise en charge globale, ya aussi la  
193 coordination mais qui, et puis une vision globale des choses. Du coup global c'est pour accompagner le  
194 problème spécifique du à l'HAD mais le reste aussi, et puis voir si l'HAD est toujours adaptée à la  
195 situation ou pas s'il faut demander, essayer d'organiser un autre type d'accompagnement.

196 *Et quel type ? c'est quoi les autres accompagnements qui seraient possibles ?*

197 Ben soit une sortie d'HAD soit une hospit, mais soit une hospit classique.

198 *Ouais euh,*

199 *Et pour quels problèmes vous pensez que l'HAD serait utile, serait un plus ?*

200 Ben ici j'ai du mal à le saisir, je penserais, si jamais il y avait une équipe dédiée qui serait un vrai  
201 renfort notamment infirmier pour par exemple des passages trois fois par jour, ou en passant une heure  
202 sur place, pour manipuler des du matériel plus technique, ben ce serait super quoi.

203 *Il faudrait qu'il y ait des infirmières de l'HAD qui viennent aider les infirmières d'ici qui font déjà  
204 beaucoup*

205 Voilà qui sont déjà au maximum de leurs capacités.

206 *Elles sont au max de leur capacités là*

207 De leur capacité, donc de temps en temps elles peuvent absorber pour un pansement technique, ou  
208 voilà elles peuvent augmenter un peu le passage mais si on leur demande de passer trois fois par jour  
209 c'est pas possible quoi, de faire de perf autre que sous cut c'est compliqué, elles le feront pas.

210 *Oui après dès que ça devient un peu de l'IV, plus actif, finalement même le les intervenants ici  
211 infirmiers habituels en fait ne peuvent pas, n'ont pas le temps pour faire ça donc euh et vu que c'est  
212 loin si ya pas intervenants en plus ça peut pas fonctionner finalement en HAD.*

213 Nan

214 *Donc c'est*

215 À partir du moment ou ya de l'IV avec une surveillance faut rester 1h ou voilà, c'est pas possible.

216 *Du coup c'est sûr que ça limite.*

217 Ça limite beaucoup hein.

218 *Euh, d'autres choses à dire sur l'hospitalisation à domicile de manière générale ?*

219 De manière générale : ben moi le concept il me plaît bien mais ça reste très conceptuel  
220 malheureusement.

221 *Rire*

222 Mais sinon, ouais, si c'était, moi ça me plairait bien de pouvoir bosser, et puis je pense que les gens ici,  
223 ya beaucoup de gens qui ont pas envie d'aller à l'hôpital et on a du mal à les hospitaliser alors que  
224 parfois c'est vraiment nécessaire, ils peuvent y rester plus longtemps. Donc le retour à domicile il est  
225 bénéfique précoce.

226 *Ça pourrait faciliter un retour à domicile plus précoce*

227 Et éviter une hospitalisation peut être. J'y vois vraiment un intérêt mais sur le terrain c'est, dans les  
228 conditions là c'est pas possible. A un moment ils voulaient, il y avait l'idée de monter une HAD à \*\*\*  
229 (hôpital de proximité), ouais à un moment ils ont recruté pour 20% je crois.

230 *Un 20 % de médecin ? C'est pas évident d'imaginer une HAD avec un médecin un jour par semaine  
231 en coordination.*

- 232 Voilà et puis voilà apparemment c'est tombé à l'eau ils ont pas recruté.
- 233 *Parce que après ici sur le secteur, ya une HAD à \*\*\* (ville hors département).*
- 234 On ne travaille pas avec \*\*\* (ville hors département).
- 235 *Oui c'est sectorisé, mais je veux dire entre \*\*\* et \*\*\* ya rien ?*
- 236 On est à mi-chemin mais non non nous c'est \*\*\*\*.

1 ENTRETIEN n°10

2 *Du coup avec mon Co thésard qui s'appelle Paul on fait une thèse sur la place du médecin généraliste*  
3 *dans une prise en charge en hospitalisation à domicile. Euh, est ce que on se vouvoie ? on se tutoie ?*

4 Ben je crois qu'on s'est tutoyé non ?

5 *Oui je crois mais je risque de foirer au milieu.*

6 Oui ben c'est pas grave. Oui t'as des questions à poser.

7 *J'ai des questions en vous alors je ...*

8 Oui ben t'inquiète pas, c'est ... Ça ne va pas me choquer.

9 *Est-ce que tu veux plus d'infos sur le déroulement de l'entretien ?*

10 Euh non ça me va.

11 *Est-ce que tu peux me raconter ta dernière expérience avec l'HAD ?*

12 Ben alors attends je crois que c'était ici parce qu'on en a eu quelques-unes quand même. Et c'était ya  
13 deux ans je pense. Euh non même non ma dernière expérience c'était ya ouais 2ans ou 1 an et demi.  
14 Une patiente qui sortait de soins de suite, qui avait un pansement. En fait c'est une patiente qui avait  
15 fait plein de problèmes AVC et ORL.

16 *Hum hum*

17 Elle a une trachéotomie et elle avait fait un abcès cervical au niveau de sa carotide ou de sa jugulaire et  
18 qui avait fait une embolie infectieuse au niveau du cerveau et en fait ils avaient mis à plat l'abcès, et du  
19 coup c'était, ça faisait en gros pansement complexe. Et elle était sortie son pansement était pas  
20 terminé.

21 *Ouais*

22 Et donc c'était à la demande des infirmiers en fait qu'elle soit en HAD pour le pansement.

23 *Pour le pansement*

24 Je ne sais pas pourquoi, je pense peut-être pour une question de rémunération ou je sais pas. Mais  
25 finalement ça a duré une semaine et puis l'HAD a dit que c'était pas assez lourd et donc ça c'est annulé.  
26 Voilà.

27 *Et c'est les infirmiers du secteur ?*

28 Du secteur oui

29 *Qui avait fait la demande ?*

30 C'est ça. Ouais et du coup ça fait pas une expérience très longue et c'était vraiment juste pour le  
31 pansement. Et on a eu un autre patient, l'expérience d'avant du coup, c'était un peu plus intéressant. Et  
32 lui c'était pareil il avait des, une insuffisance cardiaque terminale sur une cardiopathie ischémique, il  
33 avait donc des gros OMI avec des ulcères et je sais plus ce que c'était comme type de pansement qui  
34 faisait, je me demande si yavait, je sais pas si yavait une VAC, je sais plus.

35 *C'était un protocole particulier ou peut être une VAC ?*

36 Ouais peut être une VAC ou un protocole particulier ouais. Et le truc c'est que tout était pris en charge  
37 par l'HAD et que en fait le problème principal, (rire) c'était que les médicaments quand on faisait une  
38 modification de traitement, et ben ils arrivaient deux jours (rire) après et qu'on se faisait engueuler  
39 quand on demandait de faire la jonction par la pharmacie en attendant, du coin. Voilà.

40 Fin de mon souvenir c'était ya un an et demi ou deux ans, pareil voilà

41 *Je vois bien le problème*

42 Et donc c'est assez, et puis en plus ben ya tous les papiers à remplir qui sont en plus. Donc bon moi je  
43 venais ouais je faisais une visite, je me souviens pas bien parce qu'après j'en ai par re eu ; on n'a pas re  
44 eu de sortie en HAD et puis on n'a pas fait de re demande l'HAD mais oui ya les feuilles de soins et les  
45 papiers à renvoyer à l'univ... à la non, au CH... puisque c'était eux qui nous rémunéraient.

46 *Ouais*

47 Que finalement euh... finalement c'était beaucoup de contraintes par rapport à cette histoire de  
48 médicament, de livraison de médicament et puis par rapport à ces papiers qui fallait, ça faisait encore  
49 un, un autre intermédiaire en plus pour se faire rémunérer des trucs qu'on peut laisser tomber, des fois.  
50 Un peu comme les arrêts de travail dans certaines, avec certaines assurances privées où faut renvoyer  
51 l'arrêt de travail à cette assurance, fin non.

52 *Les accidents ?*

53 La feuille de soins pour les accidents de travail. Faut renvoyer la feuille de soins à cette assurance-là,  
54 donc tu fais pas le suivi de dossier donc 6 mois après t'as tes feuilles qui traînent et tu dis mince faut  
55 que je les renvoie, tu sais jamais ce qui va être payé puis bon. Et moi je suis pas, je vérifie pas  
56 beaucoup tout ça alors.

57 *Ça fini pas un abandon (rire)*

58 Bon je n'ai pas eu de retour, fin je crois au CH... ça a été, c'était juste un intermédiaire en plus, donc  
59 bon c'était pas fluide.

60 *Ouais c'était plus intermédiaire en plus et pour la deuxième, fin l'histoire des plaies de jambes,*  
61  *finalement ton rôle dans la prise en charge ... ?*

62 Mon rôle dans la PEC en HAD, il a pas été très, non il a pas été très.

63 *Qui fait quoi ?*

64 Ben en réalité je me souviens plus bien, fin c'était vraiment pour les pansements et je me souviens plus  
65 bien. Moi les pansements je ne les changeais pas, je crois qu'il avait des rendez-vous au CH., à mon  
66 avis / il est décédé depuis mais/ de suivi de panse\*\*\*, cicatrisation, je pense qu'il avait ça, et puis moi  
67 j'adaptais surtout son traitement médical. Ouais je crois.

68 *Plus le coté traitement et eux plus le côté pansement.*

69 Ouais.

70 *En gros.*

71 Je dirais ça.

72 *A peu près.*

73 A peu près de ce que je me souviens ouais.

74 *Ok euh selon toi qu'est ce qui va faire qu'un patient va être éligible à une hospitalisation à domicile ?*

75 Franchement je sais pas. Alors selon moi, ben je dirais des perfusions par exemple, un truc qui  
76 nécessiterait, ouais un patient qui nécessiterait un certain matériel technique comme pousse seringue,  
77 des, des perfusions longues, euh du matériel pour des pansements complexes, euh. Bon moi j'ai  
78 l'impression que c'est plus sur le matériel technique que ya besoin d'une HAD. Voilà. Après les  
79 infirmiers pour eux comme ils mettaient du temps à faire le pansement.

80 *Ouais*

81 Cette première personne dont j'ai parlé, je crois qu'il y avait une histoire de rémunération différente,  
82 mais je suis pas tout à fait sûre.

83 *Des pansements longs*

84 En tout cas moi ça change pas à ma rémunération ça c'est sûr ; et ouais les pansements plus longs.

85 *Ouais*

86 Ouais

87 *Où ils trouvaient l'intérêt de l'HAD c'était, c'est, c'est la seule fois où les infirmières ont fait une*  
88 *demande d'HAD ?*

89 Ouais

90 *Ou d'autres qui ont pas été acceptées ?*

91 Euh, je me souviens pas trop d'autre demande. Dans le Nord on avait, j'avais une patiente qui était en  
92 phase terminale de cancer et qui avait une grosse chimio, fin une chimio palliative, je sais plus, fin et  
93 puis des soins, fin des antalgiques et elle avait des pousse seringue et tout ça. Là elle était en HAD.  
94 Yavait un cahier, fin c'était pas comme ici, là yavait un cahier, yavait, ouais.

95 *C'était organisé ? rire*

96 Nan mais t'avais l'impression d'être à l'hôpital avec ton cahier avec feuillet auto imprimant où tu  
97 mettais tes modifications de traitements, truc anxieux. Fin voilà c'était. Et ici je ne me souviens pas  
98 avoir vu ça. Mais après je...

99 *Un autre fonctionnement.*

100 C'était un autre fonctionnement.

101 *D'accord, hum et quels sont pour toi les acteurs dans une prise en charge en HAD ?*

102 Ben ya euh...euh bon ben donc ya les acteurs locaux ; euh cabinet d'infirmiers, euh les SSIAD si ya, je  
103 sais pas si le SSIAD il fait des HAD, euh les auxiliaires de vie, ADMR tout ça. Les médecins, kiné, fin  
104 tout ce qui peut rentrer en compte. Et puis du coup j'ai pas l'impression qu'il ya pas le pharmacien du  
105 village. Ya l'hôpital avec la pharmacie de l'hôpital, les médecins hospitaliers, peut-être les infirmières  
106 coordinatrices. Voilà.

107 *Et euh finalement les prises en charge en HAD qu'est ce ça change pour toi ?*

108 Ben j'ai pas eu beaucoup d'expérience ici et j'ai pas l'impression que ça me rassure, en tout cas (rire).  
109 On pourrait se dire oui l'HAD ça peut permettre de se sentir plus entourée ou plus rassurée, mais c'est  
110 toujours compliqué de toute façon de contacter un médecin hospitalier je trouve. Et à part que ça me  
111 met plus de contrainte (rire) euh après ça fait peut-être un boulot plus intéressant parce que du coup  
112 t'as des cas plus complexes.

113 *Hum*

114 Mais ouais ça change d'avoir peut-être c'est ça : à la fois c'est plus intéressant, en même temps ça te  
115 prend plus de temps, ça perturbe plus tes consultations puisque que tu vas sûrement peut être, si c'est  
116 juste pour des pansements complexes ça va aller mais si c'est pour euh pour euh ouais pour une  
117 situation médicale qui décompense facilement, bon du coup on est vite, vite dérangé plusieurs fois par  
118 semaine, donc ça déstructure je pense mes consultations. Ça me rajoute du temps pas forcément hyper  
119 bien rémunéré, et de la coordination en plus. Même si peut-être que il faudrait que je sache utiliser  
120 plus si ya une infirmière coordinatrice, plus l'utiliser, tu vois mais... ouais ça demande de la  
121 coordination en plus.

122 *Euh et quelles seraient dans les prises en charge en HAD là, quelles seraient les choses du coup à*  
123 *modifier ?*

124 J'ai pas beaucoup d'expérience alors je peux pas vraiment te dire si ya des choses à modifier.

125 *Ouais c'est difficile.*

126 Mais en fait ce qui serait bien, rire, ben ce qui serait bien serait d'avoir une ligne directe, fin par  
127 exemple que le médecin d'HAD ou la cadre d'HAD, qu'il y ait toujours quelqu'un d'astreinte qu'on  
128 puisse joindre facilement. Euh ... je pense l'histoire des médicaments, c'est quand même, je sais pas si  
129 ça a changé ou pas mais je me souviens que ça avait, ça avait été chiant un moment. Donc de pouvoir  
130 avoir les médicaments tout de suite. C'est vrai qu'ici on est à 1h de \*\*\* (ville d'HAD) et donc se faire  
131 livrer c'est compliqué. Et voilà. Après c'est plus une histoire de ... euh d'ARS là pour le coup et donc  
132 par exemple le nombre d'infirmiers ici, il est pas, ils sont pas assez nombreux pour pouvoir faire des  
133 patients complexes, et de faire de l'HAD qui demande du temps. Ils sont trois et ils tournent avec une  
134 remplaçante tout le temps. Donc ils sont 4 infirmiers alors qu'ils ont que 3, droit qu'à 3 infirmiers.

135 *C'est l'ARS qui décide du nombre d'infirmiers sur le secteur ?*

136 Ouais

137 *Du coup ya pas assez d'infirmiers libéraux pour le secteur*

138 Bon non parce qu'en fait, justement on parlait des distances. Ici on a quand même un périmètre de  
139 20km autour du cabinet médical.

140 *Donc beaucoup de route.*

141 Ouais voilà donc ils passent plus de temps dans leur voiture que chez les gens et bon après ils font bien  
142 sûr village par village hein mais comme ils ont la tournée du matin, la tournée du soir, ya un moment  
143 où on peut pas... Quand il faut faire des glycémies le matin à jeun, tu peux pas les faire à 11h du matin  
144 donc tu concentres tous le matin tous le soir et finalement, après des pansements tout ça tu peux les  
145 faire en milieu de journée mais ... mais ouais ça demande une organisation. Et donc je pense que voilà  
146 ya peut-être entre ville et hôpital des choses à modifier sur la pharmacie et donc peut être sur un truc  
147 où on pourrait être rassuré de pouvoir avoir un contact facile avec un interlocuteur, médecin ou cadre  
148 ou je sais pas. Et puis après sur le plan plus structure générale, euh, ouais, un poste d'infirmiers en  
149 plus.

150 *Ici quoi en fait*

151 Ouais sur le secteur ouais ouais. Ben en tout cas adapter, adapter le fait de plus ça va et plus ils  
152 poussent à l'ambulatoire, donc dans ce cas-là il faut qu'il y ait plus de monde qui soit autorisé à  
153 s'installer en ambulatoire quoi. Voilà. Parce que c'est gentil, parce que ya l'HAD mais ya aussi les  
154 soins palliatifs, ya les fins de vie à domicile, ils poussent pour l'ambulatoire mais on n'a pas le temps,  
155 on n'est pas assez nombreux, voilà.

156 *Ouais*

157 *Euh, et au niveau des différents médecins dans une HAD, médecin généraliste, médecin*  
158 *coordonnateur tout ça, euh t'imagines comment la place de chacun ?*

159 Alors là franchement... Comment j'imagine ? euh ben moi, ben je sais pas. *Silence.*

160 Ben le généraliste il connaît un peu plus le contexte, il est, il voit plus comment c'est à la maison et il  
161 connaît plus les intervenants locaux. Donc il peut faire, peut-être aider dans la prise en charge globale,  
162 et comme il est sur le terrain il serait effecteur de terrain. Et moi ce que j'aimerais bien dans les  
163 coordinateurs c'est que ben, ils puissent nous donner un avis ou chercher l'avis des autres spécialistes,  
164 pour qu'ils nous facilitent le travail en fait. Ouais voilà.

165 *Plus le lien avec les spécialistes.*

166 Le lien avec les spécialistes de l'hôpital ouais.

167 *Euh, ça ça rejoint la question c'était comment repenser la place du médecin généraliste mais du*  
168 *coup...*



169 Ben en tout ça nous la coordination elle n'est pas rémunérée, ben elle est rémunérée sur le forfait  
170 patient là.

171 *Hum hum*

172 Mais en ALD on est à 50 euros pour le, je sais plus combien d'année par... Fin c'est ça je crois ALD  
173 c'est 50 euros par an. Pour de la coordination quoi, mais c'est vrai que quand on regarde nous notre  
174 travail, si on passe plus de 20min auprès d'un patient, ouais, ça commence à devenir moins rentable  
175 quoi. Voilà, donc euh, et la coordination c'est ce qui bouffe le plus de temps et puis le réseau c'est  
176 important et c'est vrai que nous, moi c'est particulier j'ai pas bossé à \*\* fin j'ai pas fait ma formation  
177 à\*\*\* donc je connais pas les spécialistes tout ça, je sais pas encore à qui trop encore à qui m'adresser.  
178 Je commence un peu à savoir mais mais je je me dis que le coordinateur il a un pied dans l'hôpital et  
179 du coup lui il connaît le réseau et peut-être plus, donc nous on serait, fin je pense que, ça nous  
180 faciliterait le travail de ne pas avoir à solliciter le réseau tout ça quoi.

181 *Ouais, pouvoir dire, être auprès du patient, fin voilà.*

182 Pouvoir référer les interventions locales, fin voilà, savoir prendre des décisions sur le coup sur des  
183 trucs et savoir et puis savoir à qui s'adresser si jamais on sait pas quoi faire quoi, on sait pas, une  
184 situation, demander un avis.

185 *D'autre chose à dire sur l'HAD en général ?*

186 Euh ben moi j'ai l'impression que l'HAD c'est toujours ce truc de réactivité là (rire) que ouais que c'est  
187 peut-être pas assez réactif, fin peut être pas assez réactif. Que comme ya, ben du coup, moi je dis ce  
188 serait bien d'avoir des intermédiaires qui gère le machin mais du coup ça ralentit encore plus le  
189 schmilblick donc ya moi comment me faciliter la vie, puis ya aussi comment faire d'être réactif, ouais.  
190 Sachant qu'on est loin.

191 Ouais des remarques sur l'HAD, ouais je pense c'est ce truc de réactivité peut-être qui est un peu  
192 problématique.

193 [...]

194 Et quand j'étais remplaçante j'avais bossé avec l'HAD une fois, pour cette patiente-là qui était à  
195 domicile avec euh, son cancer en phase terminale. Voilà. Mais du coup c'était ouais ça fait, c'était en  
196 2011, ou un truc comme ça donc ça doit faire 9 ans. Mais c'était pas la même HAD.

197 *Pas la même HAD mais du coup tu as dû avoir 3 patients en HAD en tout.*

198 Ouais 3 patients en HAD mais après j'avais eu, des fois l'HAD, ben c'était dans le Nord, elle m'appelait  
199 pour dire on a ce patient qui sort, puis j'avais pas de nouvelles donc euh... Il sort en HAD est ce que  
200 vous êtes d'accord. Ben euh je suis la remplaçante, je sais pas, je dirais que oui mais voilà. (Rire)

201 *Et puis voilà ça se passait comme ça.*

202 Donc en vrai le contact, je pense que j'ai eu trois contacts ouais

203 (Rire)

1 ENTRETIEN n°11

2 *Je vais te demander de raconter ta dernière expérience avec l'HAD, tout simplement pour commencer.*

3 Oh, il faut que je réfléchisse parce que ça commence à dater. Euh, non j'ai eu une toute petite  
4 expérience avec une HAD sur \*\*\*\* (commune résidentielle à 40 km du centre d'HAD), pour une  
5 patiente qui avait un problème de cancer traité par chimiothérapie. Mais en fait il y a eu une bascule de  
6 médecin traitant pour des raisons pratiques au moment où l'HAD est arrivée donc j'ai pas eu le temps  
7 de vraiment vivre l'HAD avec la patiente.

8 Mais sinon mes dernières expériences c'était à \*\*\*\* (ville hors secteur d'étude) où j'ai fait mon stage  
9 d'interne. Je me suis retrouvée à vivre l'HAD en tant qu'interne au sein de l'HAD. Donc mon  
10 expérience d'HAD elle est plus intra HAD qu'en tant que médecin généraliste.

11 *Ok ben c'est intéressant du coup.*

12 Depuis que je suis médecin généraliste j'ai peu vécu d'expérience d'HAD.

13 *Quelques-unes quand même ?*

14 Et ben en tout cas ici pas, non ben je réfléchissais si après, euh.

15 *Parce que là sur l'expérience récente ? Ça a pas duré quoi ?*

16 L'expérience récente, ben non parce qu'en fait euh, mais j'ai eu juste le temps de mettre en place parce  
17 que cette dame c'était une dame impotente, alitée sur une grosse partie de la journée, qui avait besoin  
18 d'un soutien infirmier, euh 3 à 4 fois dans la journée, qui appelait ses voisins 3 - 4 fois par nuit donc  
19 l'HAD a pris le relais pour arriver à soutenir un peu son mari et elle. Euh, voilà mais à ce moment là  
20 où c'est devenu extrêmement compliqué ils ont changé de cabinet infirmier parce que le cabinet  
21 infirmier était pas assez solide parce que c'était que des femmes infirmières et qu'elles pouvaient plus  
22 s'occuper d'elle. Et à la fois ils ont changé de médecin car moi étant sur \*\*\*\* (commune semi rurale  
23 située à 11 km de la commune de résidence de la patiente) j'arrivais plus à être assez disponible pour  
24 eux, donc ils ont pris un médecin sur \*\*\*\* (commune résidentielle à 40 km du centre d'HAD). J'étais  
25 venu là plus en relais, donc tu vois j'ai pas vécu une grosse expérience d'HAD avec eux.

26 *D'accord.*

27

28 Mon expérience d'HAD mais vraiment, je crois que c'est intra HAD. J'ai pas vécu d'expérience d'HAD  
29 en tant que médecin généraliste. A chaque fois, alors je sais pas si ça vient du fait que à chaque fois ça  
30 aurait pu être le cas.

31 *Ouais.*

32 Comme j'avais pas des mauvais contacts avec les médecins d'HAD à \*\*\*\* (une de nos 2 villes d'étude  
33 où est basée une HAD) et autres, moi en tant que médecin traitant j'ai réussi à gérer pas mal de  
34 choses...

35 *Hm hm*

36

37 Bah avec les infirmiers comme si on mettait en place une HAD sur les fins de vie et les choses comme  
38 ça, mais sans HAD.

39 *Sans en mettre une, d'accord.*

40 Sans HAD, officiellement. Ça tient peut-être à ça. Parce que j'en ai tellement organisé quand j'étais au  
41 sein de l'HAD avec la cadre infirmière, je savais exactement ce qu'il fallait mettre en place, comment  
42 et..., que peut être que ça s'est fait naturellement comme ça et du coup j'ai pas fait appel à l'HAD, je  
43 sais pas te dire.

44 *Ok. Et euh, du coup qu'est ce qui va faire justement qu'un patient va être éligible à une HAD ou qu'on*  
45 *va pouvoir faire ce type de prise en charge ?*

46 Ah moi clairement c'est les fins de vie.

47 *Hm hm.*

48 C'est les fins de vie parce que j'ai, je, on est trop légers sur les prises en charge sur les fins de vie  
49 aujourd'hui et les gens partent pas assez soulagés, avec des protocoles qui sont pas bons, il y a rien  
50 quoi, y a rien, on a rien pour soulager les gens correctement euh, nous les médecins généralistes.

51 *Et du coup un patient sur une fin de vie, ici à \*\*\*\* (commune semi rurale à 29 km du centre d'HAD de*  
52 *secteur), fin tu l'a géré comment ?*

53 Alors j'en ai pas vécu beaucoup car je suis installée depuis 6 ans et du coup euh, heureusement ma  
54 patientèle est pas si âgée que ça. J'ai des patients âgés qui sont décédés sur des fins de vie mais liées à  
55 l'âge donc avec des morts soit brutales soit rapides.

56 *Hm hm.*

57 Voilà. Et du coup j'ai eu d'occasion de mettre en place des suivis de fin de vie, euh, qui aient duré dans  
58 le temps, des choses comme ça. J'ai une patientèle vraiment très jeune.

59 *Hm hm.*

60 Alors ça ne saurait tarder parce que j'ai une jeune dame de 42 ans qui récidive un cancer du sein et qui  
61 va de plus en plus mal, et tout ça, donc oui je pourrais faire appel à l'HAD aujourd'hui pour une de mes  
62 patientes.

63 *D'accord.*

64 Voilà.

65 *Du coup dans les acteurs de la prise en charge HAD il y aurait qui ?*

66 C'est pour savoir qui intervient dans l'HAD ?

67 *Ouais, concrètement sur le terrain ?*

68

69 Par ici, \*\*\*\* (commune semi-rurale à 29 km du centre d'HAD de secteur), typiquement pour moi c'est  
70 le médecin d'HAD, les infirmiers de secteur, moi, la famille, ah ben tiens, très bonne question, je sais  
71 pas si sur l'HAD de \*\*\*\* (ville où est basée l'HAD) c'est la pharmacie de secteur ou si c'est la  
72 pharmacie hospitalière qui livre les médicaments, je sais pas du tout.

73 *Normalement c'est plutôt hospitalière.*

74 D'accord, voilà ben ça dépend des HAD ça aussi apparemment.

75 *Hm hm.*

76 Si mes souvenirs sont bons. Et puis après, aide-soignante, aide à domicile, et en fonction des besoins,  
77 soutien logistique au téléphone avec l'HAD, la nuit, en fonction des besoins.

78 *Ouais.*

79 En tout cas c'est ce que je connaissais. Oui, tout à fait, c'est bien ça.

80 *Et du coup sur la prise en charge en HAD, qu'est ce que ça peut changer pour le médecin traitant*  
81 *d'avoir une HAD en place ?*

82 Ah ben c'est un soutien inconditionnel, enfin un soutien moral et logistique énorme. Moi je trouve que  
83 tout est plus pratique.

84 Alors ce qui est plus compliqué à gérer, c'était un peu ce que j'avais dit dans ma thèse c'est que il faut  
85 gérer un peu les gens qui sont réfractaires à l'HAD, mais pas les patients, plutôt les soignants, qui sont  
86 réfractaires. Il y a toujours une infirmière qui va pas être d'accord pour travailler avec eux, pour de  
87 plus ou moins bonnes raisons hein. Euh, je connais des infirmières qui ont essayé désespérément de se  
88 faire payer par l'hôpital de \*\*\*\* (ville où est basée une HAD) après être intervenues chez des patients  
89 qui n'ont jamais réussi par mail à être rémunérées ou envoyées... c'est des détails mais quand elles font  
90 25 passages chez une patiente, elles sont pas payées parce que ... voilà. Donc c'est tout des choses qui  
91 font que les gens ont pas toujours envie de travailler avec l'HAD. Mais pour moi c'est un soutien, un  
92 soutien. Cela l'a toujours été, je l'ai toujours pensé. Du premier jour où il y a eu ça, je me suis dit mon  
93 Dieu mais pourquoi on l'utilise pas plus ?

94 *Tu as senti un soutien sur la prise en charge, en l'occurrence, qui s'est avérée assez brève ?*  
95 *Récemment.*

96 Ben, c'est pareil je sais pas dire.

97 J'ai l'impression que ça a sécurisé tout le monde mais, je suis pas restée assez longtemps pour m'en  
98 rendre compte. C'est frustrant d'ailleurs, parce que je sais pas trop ce que ça a donné.

99 *Hm hm.*

100 (Silence)

101 *Et du coup est ce qu'il aurait des choses qu'il faudrait modifier dans les prises en charge en HAD,*  
102 *dans votre rapport avec eux ? Tout ça.*

103

104 Euh (réfléchit). Je sais pas, je... peut-être que ce soit plus facile de demander une HAD pour un  
105 patient. Que les modes d'entrée en HAD soit simplifiés. On a un peu l'impression avec \*\*\*\* (ville où  
106 est basée une HAD) que l'entrée en HAD c'est si un patient sort de l'hôpital et a des soins complexes,  
107 hop, là c'est pas compliqué. Mais si nous on doit faire une demande d'HAD depuis le libéral, on a  
108 l'impression qu'on va avoir affaire à des montagnes, voilà, importantes, pour arriver à faire une  
109 demande mais comme tout ce qui a trait à l'hôpital aujourd'hui.

110 *Hm hm.*

111 Et l'autre chose c'est ça, c'est les histoires de..., j'ai l'impression que le problème est le même pour la  
112 communication avec la pharmacie. Et le dernier problème c'est ça, je te dis les derniers soucis que j'ai  
113 eu, notamment pour cette dame, ce qui est revenu vers moi c'est que l'infirmière clairement qui était  
114 passée faire ses 18 passages ou 25 passages chez la dame n'a jamais réussi à se faire payer quoi. Elle

115 est encore en train de bidouiller avec son ordinateur pour arriver à comprendre comment elle peut faire  
116 pour arriver à ... et ça je trouve ça pas normal, parce que ce serait simplifié on ne passerait pas par des  
117 rémunérations hospitalières...

118 *Oui c'est un peu compliqué.*

119 Ouais, c'est compliqué. On devrait faire des cotations spéciales que les infirmières notent HAD et puis  
120 qui partent au niveau de la SECU et au moins ce serait... Mais non voilà apparemment c'est pas  
121 possible faut que ce soient des forfaits hospitaliers. C'est peut-être les seuls freins sinon après le reste...  
122 Je sais pas si toujours ça peut être un frein mais à l'époque on disait que la quantité de matériel qui  
123 débarquait chez les gens, devait être tellement colossale que les gens devaient être désespérés au  
124 départ. Parce que c'est un gros changement.

125 *Plutôt les patients du coup ?*

126 Ouais les patients et les familles en fait, je pense aux familles parce que les familles elles paniquent, en  
127 fait à l'idée de voir plein plein de gens chez eux brutalement. Voilà sinon non.

128 *Et du coup ça paraît difficile d'engager des demandes d'HAD directement par le médecin traitant ?*

129 Écoute. Moi à chaque fois que j'ai eu le choix là, pour des patients qui n'étaient pas bien euh, je pense  
130 surtout à des fins de vie ou des post op, je t'avoue que je me suis débrouillée.

131 Mais du coup ça implique le fait de se débrouiller, de donner son portable au patient, et d'être dispo  
132 H24, alors qu'on aurait peut-être une structure, si on avait moins l'impression de mettre en branle un  
133 espèce de train géant là, si on avait une structure vachement plus facile d'accès on pourrait sur 3 -4  
134 jours mettre hyper rapidement en place une aide et un soutien, logistique et puis peut-être que ça se  
135 ferait facilement.

136 Moi l'HAD j'ai l'impression que ça a pas évolué pour ça, sur ces dernières années, c'est que j'ai  
137 toujours l'impression que c'est une énorme machine à mettre en branle, comme l'hôpital quoi. Comme  
138 à chaque fois qu'on a besoin d'eux, et ben on a l'impression qu'on va devoir soulever des montagnes et  
139 ben le temps que tu les soulèves t'as réglé le problème tout seul et puis...

140 *Du coup pour régler le problème tout seul il faut...*

141 Il faut de l'ultra disponibilité.

142 *Ouais.*

143 Il faut être là tout le temps. Il faut des infirmiers et on en a beaucoup, sur des secteurs comme ça, qui  
144 soient disponibles tout le temps, qui prêts à être là tout le temps.

145 *Hm hm*

146 Ça se fait, hein, mais au prix d'une vie privée qui est un peu limite des fois.

147 *Hm hm. Faire des visites aussi.*

148 Ouais, ouais il y a pas le choix !

149 *Hm, voilà. Je me disais, comment la place des différents médecins, comment tu la vois en fait, dans la*  
150 *prise en charge en HAD ?*

151 Alors moi j'ai vraiment aucun, mais alors aucun souci pour travailler en équipe ou en groupe. J'ai  
152 jamais ressenti, j'ai jamais eu l'impression que mes patients m'appartenaient. Ou que... moi du moment

153 que le patient au centre du problème a des solutions et est bien entouré, ça me va. Donc après avoir un  
154 soutien supplémentaire ou avoir quelqu'un qui accepte de bosser avec moi dans un contexte où il y a  
155 un problème particulier, qui accepte d'être là pour m'enlever une partie du... et puis qui accepte de  
156 discuter avec moi pour trouver des solutions qui soient plus..., c'est juste génial.

157 *Hm hm.*

158 J'adore ça. Euh, voilà. Je pense qu'il y a encore beaucoup de médecins qui ont l'impression qu'on  
159 marche sur leurs plates-bandes dès que, dès qu'on vient travailler là où ils sont.

160 *Et du coup qui ferait quoi ? Qui ferait quoi entre les médecins ?*

161 Bah je pense que très facilement il y a des heurts. Moi écoute quand j'ai voulu m'installer ici, et je  
162 pense que c'est un très bon reflet de ce que ressentent certains patients par rapport à l'HAD : il y avait  
163 une place avec un bureau, euh une patientèle à prendre parce que ma collègue travaillait trop, et du  
164 coup je suis allée me présenter au 3ème médecin du secteur, et je lui ai dit bonjour, je suis le  
165 médecin... elle m'a dit : "non. - Quoi non ?" Elle m'a dit : "non non vous vous installez pas ici il en est  
166 hors de question." Je lui dis : "ah bon, mais pourquoi ? " Parce que moi ça me paraît fou, et elle m'a  
167 répondu : "parce que vous allez me prendre ma patientèle, et que j'en ai besoin pour vivre." Et je lui  
168 dis : "mais pas du tout je viens pas prendre votre patientèle, je viens en soutien d'une patientèle qui est  
169 énorme, donc je pense qu'il y a du travail pour tout le monde". Et puis j'ai fini par lui dire "autant que  
170 ce soit moi, je suis super sympa, de toute façon il y aura quelqu'un". Et je suis repartie. Et cela m'a  
171 vraiment fait penser à ma thèse sur l'HAD.

172 *Ouais.*

173 Je me suis dit, oh punaise, on en est encore là, on a encore des médecins qui ont l'impression que les  
174 patients leur appartiennent, et qui ont l'impression qu'ils se font voler leurs patients, et moi c'est un  
175 sentiment que j'ai jamais même juste compris. Je comprends pas ça.

176 *Du coup, donc si un médecin coordinateur va intervenir pour un patient ?*

177

178 Ah non ben moi je suis contente. Moi pour tous les protocoles, notamment les protocoles de fin de vie,  
179 les protocoles d'Hypnovel® (midazolam ndr), etc, je suis pas hyper pointue donc s'il y a quelqu'un qui  
180 connaît tous ces protocoles, qui est capable de m'installer des protocoles comme ça à domicile, pour un  
181 soutien avec les infirmières, qui est capable de donner des conseils et de ... soulagement quoi,  
182 vraiment. Et puis de toute façon heureusement qu'il y a des médecins co parce que euh, sur les fins de  
183 vie l'Hypnovel® (midazolam ndr) on y a plus accès, de toute façon, on peut plus euh, faire des soins  
184 de confort véritables sur les patients en fin de vie, quand ils ont des dyspnées brutales, ou des choses  
185 comme ça.

186 *Hm hm.*

187 Donc c'est quand même bien de pouvoir... D'avoir ce soutien.

188 *Et euh, du coup est ce qu'il serait facile à joindre le médecin coordinateur ? Au niveau de la*  
189 *communication avec l'HAD ?*

190 Ben moi à l'époque il y avait un numéro d'astreinte qui était posé chez le patient en très gros et que les  
191 patients pouvaient joindre à n'importe quel moment. Je sais pas si les choses ont changé.

192 *J'imagine que non.*

193 Je sais pas, du coup je sais pas si c'est toujours comme ça mais c'est comme ça que je voyais les choses  
194 et je trouvais ça bien.

195 *Ouais. Donc l'astreinte, ça c'est important, s'il y a quelque chose qui se passe.*

196 Ben en fait euh, moi j'ai toujours dit que ce qui pose problème au patient c'est quand ça commence à  
197 aller moins bien, c'est de se sentir seul, fin de journée, la nuit, ou quand les commerces sont pas  
198 ouverts et que les gens sont plus difficiles à joindre.

199 *Hm hm.*

200 Voilà. J'espère qu'il y a toujours un numéro d'astreinte euh, 24h / 24. Même si c'est pas un médecin qui  
201 se déplace, que ce soit au moins un médecin qui puisse au moins répondre au téléphone et rassurer les  
202 gens. Je pense qu'on règle 90% des problèmes en étant juste disponible.

203 *Hm hm.*

204 Donc voilà.

205 *Du coup comment on pourrait repenser la place du médecin généraliste au sein de la prise en charge*  
206 *HAD ? Qu'est-ce que lui il ferait là-dedans ?*

207 Moi je pense que j'appréhenderais ça exactement comme je le ferais en maison de retraite. Cela veut  
208 dire que mes patients de maison de retraite je vais les voir toutes les semaines. Tous. J'en ai pas tant  
209 que ça mais je vais les voir tous toutes les semaines. Cela veut dire que je pense qu'aller voir ton  
210 patient qui est en HAD, euh, une fois par semaine au moins à domicile pour s'assurer que tout va bien,  
211 qu'il garde le moral.

212 (Hésitation)

213 Je sais pas mais je pense qu'on les connaît bien, les gens à force d'être leur médecin généraliste, et  
214 donc il y a peut-être de petites choses que des gens extérieurs ne peuvent pas percevoir mais peut  
215 être que nous on peut gérer à côté. Peut-être que finalement si l'HAD prend le relais, ils se mettent à  
216 prendre en charge la technique et nous on est là pour le versant peut-être plus psychologique, et  
217 accompagnement.

218 *Hm hm.*

219 En tout cas moi j'ai envie de voir ça comme ça, arrêter de poser des ordonnances aux gens parce que  
220 c'est fait un peu différemment et puis être là en soutien parce que ...

221 *Du coup celui qui poserait les ordonnances ce serait le médecin co ?*

222 Oui enfin moi après je peux faire les ordonnances à sa demande ou en tout cas en accord avec, mais  
223 c'est vrai que ...

224 *Parce que du coup il y a l'histoire du fait que les médecins ils prescrivent chacun donc s'il y a deux*  
225 *médecins qui prescrivent pour la même situation, ça peut être un peu compliqué ?*

226 Alors je t'avoue qu'en maison de retraite ça peut arriver à poser problème. Je compare ça avec ça.  
227 Suivant les médecins co auxquels tu as affaire ça peut être plus ou moins compliqué. Après euh, moi  
228 ça me gêne pas qu'on me donne des conseils de prescription, qu'on prescrive à ma place, la seule chose  
229 peut-être que j'apprécierais pas c'est qu'on me poignarde par derrière. Je sais qu'il y a beaucoup de  
230 gens qui ont tendance à critiquer,

231 *Hm hm.*

232 Voilà moi je trouve que le médecin c'est il faut qu'il soit vraiment droit dans ses pompes et que quoi qu'il  
233 fasse, moi il a mon aval, mais par contre derrière il faut qu'il soit honnête et que... il y a ça aussi chez  
234 certains médecins. Quand il y en a un qui pose une ordonnance celui qui arrive après il dit "mais  
235 qu'est-ce que c'est que ce truc, mais qui est-ce qui vous a prescrit ?". Du coup il met sur une autre  
236 ordonnance du coup l'autre revient "mais c'est pas possible", il prend pas au sérieux... Moi je m'en fous  
237 c'est des combats qui servent à rien, moi je veux bien faire si personne ne fait et si j'ai un médecin qui  
238 me conseille ben tant mieux et ... voilà.

239 *Et du coup l'HAD de \*\*\* (ville où est basée une HAD) tu as pas eu beaucoup affaire avec eux. Mais*  
240 *est-ce qu'ils vont bien prévenir quand un patient va arriver en HAD, comme par exemple l'autre fois,*  
241 *est-ce qu'ils avaient pu prévenir de l'entrée du patient ?*

242 Alors je sais plus, je pense principalement aux infirmières. Alors moi clairement, euh, non. J'ai pas été  
243 prévenue.

244 *D'accord.*

245 Les infirmières oui. Et comme j'ai des bons contacts avec les infirmières elles m'ont assez vite tenue  
246 au courant. Mais honnêtement les médecins m'ont pas appelée pour me dire qu'elle sortait en HAD.

247 *D'accord.*

248

249 J'ai pas été prévenue.

250 *Et tu as d'autres situations où tu as des patients, tu sais qu'ils ont eu une HAD par exemple pour un*  
251 *soin technique, et t'étais pas forcément au courant.*

252 Non mais j'imagine que ça doit pouvoir arriver qu'on soit pas forcément au courant de ce qui se passe.  
253 Mais ça c'est pareil on a un peu l'habitude : quand les patients sont happés par l'hôpital, on sait qu'on  
254 perd la main pendant quelque temps.

255 Et si le patient est dans le truc aussi et qu'il oublie de nous prévenir, finalement il y a toute une période  
256 où on est un peu switchés. Je crois que ça fait partie du jeu, c'est comme ça.

257 *Ouais.*

258 Voilà. Du moment que moi, quand j'ai des patients à ma charge je peux comme avec les astreintes  
259 d'onco et tout ça, avoir quelqu'un à joindre, en cas de problème avec mes patients et éviter de les  
260 renvoyer aux urgences en systématique parce que c'est ça aussi, c'est histoire de gérer au maximum.  
261 Du moment que moi j'ai un soutien, si on me switche je m'en fiche. Tant qu'on me switche ça veut dire  
262 que mes patients sont pris en charge et qu'il y a pas de problèmes pour eux. Mon idée à moi c'est si  
263 jamais je m'en sors pas toute seule, d'avoir du soutien, et l'HAD je trouve que c'est pas un mauvais truc  
264 pour ça.

265 *Et là concrètement demain si l'HAD te demande d'aller voir un patient là que tu as, là en visite tout*  
266 *ça, est ce que tu vas arriver par rapport à ton emploi du temps à te libérer ?*

267 Ah oui, sans problèmes.

268 *Ouais.*

269 En fait je me garde le samedi pour faire mes visites.

270 *Ok.*



271 Donc je suis pas forcément dispo toute la semaine mais au moins une fois par semaine je serai  
272 forcément disponible.

273 Puis après mes patients ils ont mon portable donc euh, ils savent qu'ils peuvent me joindre par sms à  
274 toute heure du jour ou de la nuit.

275 *Donc t'irais les voir en plus...*

276 Forcément, forcément.

277 *En plus du samedi si jamais ils ont besoin dans la semaine.*

278 Oui, oui, on trouve toujours un moment.

279 Et après, quand on est proche des gens et qu'on communique beaucoup avec eux des fois il y a plein de  
280 petites choses, on évite des déplacements pour rien, et plein de choses quand ils ont confiance et puis  
281 que ...

282 Mais oui oui, moi ça me gêne pas. Bon après si on me dit, "tu dois faire deux visites par semaine" et  
283 qu'elles servent à rien, non là ça va pas le faire.

284 *Oui c'est sûr.*

285 J'irai faire le nombre de visites que j'estime nécessaire. Mais je les ferai quoi. Sans aucun souci.

286 *Hm hm. Et du coup si en plus, dans la semaine, ce serait pas un frein de te dire : "ben non je vais  
287 peut-être pas faire l'HAD parce que non ça va être compliqué d'y aller " ?*

288 Ah non parce que moi j'ai pas la notion que l'HAD ce soit pour moi ou pas pour moi.

289 *D'accord, c'est pour le patient.*

290 Ben oui. Et donc je rentre pas en compte tellement. Je suis là en soutien. Et je crois justement qu'à  
291 l'HAD, si vraiment euh, on s'en sort pas entre les infirmières, nous, on arrive à faire des bonnes  
292 équipes, à tourner, à être assez présents pour les gens quand ça va pas.

293 *Oui. Ici il y a des équipes d'infirmières qui arrivent à travailler avec l'HAD ?*

294 Oui oui franchement on est très bien lotis. Mais qui arrivent à travailler avec tout le monde, qui sont  
295 des supers équipes d'infirmières donc elles s'adaptent finalement quand on leur impose des choses.

296 *Qui se sentent pas débordées ?*

297 Non, entre \*\*\*\* (commune résidentielle à 40 km du centre d'HAD) et le reste, euh... Non non. Je  
298 pense que c'est... (silence).

299 *Ok. Tu as d'autres choses à ajouter ?*

300 Ben non pas grand-chose. Finalement la grande question c'est : « est-ce qu'il y a eu des  
301 changements » ? Et peut-être que j'aimerais essayer de retravailler en HAD pour voir un petit peu  
302 comment ça a évolué, voir si...

303 *Comme médecin coordinateur du coup ? Ou comme médecin traitant d'un patient ?*

304 Ah non comme médecin traitant d'un patient qui rentrerait en HAD, oui oui.

305 Non j'ai vu la version, interne du problème, et j'avais adoré les ambiances des équipes d'HAD, tout ça,  
306 c'était formidable. Après il y avait une HAD avec une équipe d'infirmier, donc c'était vraiment  
307 chouette, les infirmiers étaient un groupe d'infirmiers qui intervenaient à domicile en soutien des  
308 infirmiers, et puis surtout, qui étaient là, au cas où, au moment de la mise en place de l'HAD il n'y ait  
309 pas d'équipe infirmière tout de suite. Donc en fait ça permettait de mettre en place une équipe d'HAD  
310 en place tout de suite et d'attendre de trouver des équipes infirmières pour pouvoir... Et ces infirmiers-  
311 là palliaient au fait qu'il manquait des infirmiers. Donc on arrivait à faire sortir à domicile des gens qui  
312 seraient restés à l'hôpital des semaines et des semaines en plus, je trouvais ça chouette.

313 *Ça pour toi c'est un rôle de l'HAD de faire sortir rapidement des gens de l'hôpital ?*

314 Ceux qui le souhaitent. Oui ceux qui le souhaitent. On est pas là pour vider l'hôpital mais ceux qui le  
315 souhaitent et y en a qui ont besoin d'être chez eux.

316

317 *Et tu penses que le médecin traitant dans ce cas-là il a pas forcément euh, son mot à dire quoi ? A*  
318 *dire : « moi je pense que ce patient là il serait pas trop à la maison » ? Si l'HAD te dit : « le patient il*  
319 *doit sortir » ?*

320 Je pense que très souvent on gère des patients à la volée, on a des patients qui sortent de l'hôpital, c'est  
321 soit trop tôt soit il y a pas tout et tout ça et on se retrouve dans des situations qui sont parfois vraiment  
322 complexes parce que les gens sortent... je sais pas, les choses sont pas gérées en plein. Tu vois, il y a...  
323 du coup on récupère des patients dont on n'a pas entendu parlé depuis plusieurs jours ou plusieurs  
324 semaines puis d'un seul coup ils sortent mais sans HAD, sans rien, sans soutien. Ils ont pas ce qu'il faut  
325 à domicile. Ils arrivent c'est samedi après-midi, il y a pas d'infirmière disponible. Alors il y a des fois  
326 on gère des situations, pas toujours parce que les jeunes dans les services hospitaliers ils essayent de  
327 faire au mieux mais... voilà dans certains cas s'il avait une équipe de relais, tu vois pour aider à poser  
328 les choses à domicile, tranquillement, ce serait chouette.

329 *Hm hm.*

330 Voilà. Mais, euh voilà je sais pas quoi te dire d'autre.

1 ENTRETIEN n°12

2 *Pour commencer, je vais vous demander de me raconter votre dernière expérience avec l'HAD.*

3 Alors, dernière expérience avec l'HAD, et bien globalement ça s'est bien passé on va dire, c'était pour  
4 une personne qui avait à peu près 70 ans, qui avait un cancer pulmonaire un peu flambant, et bien ça a  
5 permis à cette dame de rester à domicile et puis ...voilà. Donc je sais pas après dans les détails est-ce  
6 que ... ce qu'il faut que je dise là-dessus.

7 *D'accord.*

8 Ce que je vois dans l'histoire c'est que ça a permis à une dame, moi je peux être satisfait dans l'histoire  
9 c'est que ça a permis à cette dame d'être chez elle. Ce qui était son souhait. Donc, voilà. Pour moi  
10 d'une façon pratique ça s'est bien passé de mon côté.

11 *Ok. Et euh, en fait, c'est vous qui aviez fait la demande pour cette dame ou euh... ça c'était passé*  
12 *comment ?*

13 Non, en fait ça été déclenché, euh c'est une dame qui a été hospitalisée et elle rentrée chez elle sur ce  
14 mode là, donc non ce n'est pas moi qui ai déclenché.

15 *D'accord.*

16 J'ai pas le souvenir comme ça d'avoir moi déclenché des choses en HAD un jour, ni pour elle ni pour  
17 quelqu'un avant.

18 *Hm hm. Et du coup qu'est-ce qui va faire qu'un patient va pouvoir aller dans une HAD ? Être éligible*  
19 *à l'HAD ?*

20 Qu'est-ce qui va faire euh, pff, les motifs d'HAD c'est ça ?

21 *Oui c'est un peu ça, enfin, de votre point de vue en tout cas.*

22 Alors de mon point de vue c'est ben alors là le cas présent par exemple, c'était pour cette dame, ça a  
23 permis, ben là on était dans du palliatif, mais qui nécessitait des soins donc ça a permis euh, à cette  
24 dame d'être chez elle ce qui aurait été sûrement compliqué sans HAD, quand même. Euh, après sur  
25 d'autres raisons d'HAD, oui des sorties, oui ça permet à des gens d'être plus vite chez eux, euh ça peut,  
26 euh, moi je pense que c'est plutôt bien. Euh, sachant que voilà, fin euh l'hospitalisation notamment sur  
27 les personnes âgées, c'est pas forcément bien bénéfique quand ça dure, donc si une HAD, même sans  
28 parler d'issue fatale, euh...

29 *Oui, tout à fait oui.*

30 Si une HAD peut permettre une sortie d'hôpital plus précoce avec des soins à domicile, ce qui est pas  
31 forcément toujours simple à gérer par nous quand on est tout seul en ville, ouais ça c'est bien.

32 *Oui.*

33

34 Pour moi les deux gros trucs c'est ça : c'est une sortie plus précoce, qui sera rentré chez lui et qui va  
35 éviter de se dégrader à l'hôpital, parce que des fois c'est le cas. Et puis euh, ceux qui sont plus dans une  
36 démarche palliative, donc euh, ça c'est bien.

37 *D'accord. Ok.*

38 Le bénéfice d'être à domicile, en fait.

39 *Tout à fait oui.*

40 Et puis qui vont un peu plus manger !

41 *(Rires)*

42 Le repas de chez eux.

43 *Tout ce qui est alimentation oui ça va bien les aider.*

44 Oui par rapport à l'hôpital, les patients c'est sûr que ça joue beaucoup, il y en a plein qui mangent pas à  
45 l'hôpital et mieux quand ils sont chez eux donc ...

46 *Oui c'est vrai que c'est un point, on y pense pas forcément, mais oui tout à fait.*

47 En termes de dégradation ça joue des fois pas mal. Fin voilà, globalement, là tout de suite j'ai pas bien  
48 d'autres idées.

49 *Ouais, et du coup, pour vous les acteurs de la prise en charge HAD ce serait qui ?*

50 Alors, les acteurs de la prise en charge HAD, pour moi c'est l'hôpital à domicile donc les acteurs sont  
51 hospitaliers.

52 *Oui, tout à fait.*

53 Je, donc je sais pas quoi répondre à la question.

54 *Donc c'est plutôt des acteurs hospitaliers, mais est-ce que du coup autour du patient, quand il est à*  
55 *domicile, est-ce qu'il y a que des hospitaliers ou ... ?*

56 Alors ben potentiellement l'idée c'est que si c'est un patient que je suis, moi je suis dans le coup aussi.

57 *Ouais.*

58

59 Euh, avec, et puis après euh, après. Autre qu'hospitalier et ben je sais pas forcément bien répondre.  
60 C'est vrai que, en dehors de moi et de l'équipe hospitalière, euh, il y a l'infirmière. Alors moi je suis sur  
61 un secteur où c'est pas forcément toujours simple, notamment sur les aides à domicile je crois.

62 *Ouais.*

63 Et ça je sais pas forcément bien répondre à ce qui est possible de faire en terme d'intervention, qui peut  
64 intervenir, pris en charge ou pas, et ... je suis pas forcément bien pointu là-dessus là pour le coup.

65 *Parce que du coup euh, dans les prises en charge que vous avez faites, c'était plutôt que des acteurs*  
66 *hospitaliers qui venaient, il n'y avait pas d'aides à domicile.*

67

68 Alors j'ai pas eu cinquante expériences. Là j'en ai eu une récemment.

69 *Ouais.*

70 Et après de l'HAD, euh, je me posais la question, là ces derniers jours justement. Je, j'ai peut-être eu  
71 quelqu'un mais j'ai même un doute si c'était purement de l'HAD ou pas. Il y a quelques années. Pour  
72 dire que c'est quelque chose, pour moi c'est peu fréquent.

73 *Plutôt rare ouais.*

74 Plutôt et moi je verrais ça plutôt bien si c'était plus facile des fois. Pas plus fréquent. Il y a eu quelques  
75 cas : je pense à un autre monsieur, pareil, c'était pareil, du palliatif, une fin de vie cancéreuse à  
76 domicile, où y a pas eu d'HAD, mais j'étais un peu sur le coup avec les infirmières et c'était pas hyper  
77 simple.

78 *D'accord.*

79 Il y avait peut-être pas tous les critères pour qu'on rentre vraiment sur de l'HAD quoi. Donc, euh, j'ai  
80 pas cinquante exemples en fait en tête, c'est assez limité.

81 *Mais du coup ils avaient...*

82 C'est pour ça que les intervenants qui peuvent intervenir hors équipe de l'HAD, euh, en dehors de moi  
83 je sais pas bien qui citer. Je sais pas... pour moi les infirmières libérales n'interviennent pas.

84 *D'accord. Ils avaient pas utilisé d'intervenants locaux hein ? Pour la prise en charge que vous avez*  
85 *eue.*

86 Non, non ça s'est, ben non il me semble bien que ça n'était que ...

87 *Que eux quoi, ils avaient envoyé leurs infirmiers et puis euh...*

88 Euh je sais plus, j'ai un doute, je sais plus si ... Il me semble que c'était l'HAD, mais j'ai un doute, j'ai  
89 un doute, savoir s'il y a pas eu une intervention infirmière effectivement du local, je sais pas.

90 *Et du coup cette prise en charge HAD, qu'est-ce que ça a pu changer pour vous, dans votre prise en*  
91 *charge du patient ?*

92 Ah ben pour moi ça a permis le maintien à domicile, ce qui était le souhait de la patiente. Ce que  
93 j'aurais pas pu envisager s'il y avait pas eu d'HAD en fait.

94 *D'accord ouais.*

95 Cela aurait été trop lourd. La situation pathologique et familiale aurait été trop compliquée pour que ça  
96 puisse se gérer à domicile s'il y avait pas eu l'HAD. En termes de grosse présence.

97 *D'accord. Ouais donc ils vous ont apporté une aide et puis euh, du coup ça a permis au patient de*  
98 *rester chez lui.*

99 Bah disons que le gros truc c'est surtout pour moi dans ce secteur la possibilité d'avoir quelqu'un à  
100 domicile mais qui puisse joindre tout le temps des intervenants.

101 *Hm hm.*

102 Parce que je suis pas debout là tout le temps 24h / 24, donc il y a des fois c'est compliqué sinon.

103 *Oui le fait qu'ils puissent joindre quelqu'un, qu'il y ait une astreinte en fait, une astreinte téléphonique*  
104 *?*

105 Tout ça, ça change la donne. Les gens sont à domicile et ils savent qu'ils peuvent joindre tout le temps  
106 quelqu'un. Alors que s'il y a pas d'HAD ben moi quand je suis plus joignable et que les infirmières  
107 sont plus joignables les gens se trouvent un peu plus seuls.

108 *Hm hm. Tout à fait oui.*

109 Le 15 au bout du fil et puis le 15 est pas au courant de tout. Et c'est compliqué.

110 *Oui parce que souvent on arrive à régler les problèmes juste par téléphone sans forcément qu'il y ait  
111 quelqu'un qui se déplace.*

112 Oui oui je suis d'accord, mais il faut pouvoir ...

113 *Oui qu'il y ait quelqu'un.*

114 Qu'il y ait quelqu'un qui puisse répondre et puis qui soit un peu au courant. Donc ça, ça change la  
115 donne aussi c'est clair.

116 *Ouais, c'est sûr. Et du coup est ce qu'il y aurait des choses à modifier dans cette prise en charge que  
117 vous avez eue ou que vous pourriez avoir à l'avenir ?*

118 Euh, des choses à modifier...Alors euh,...

119 *Oui ou par exemple dans votre rapport avec l'HAD ?*

120 Alors moi ça a été très facile en fait, de ce côté-là, j'ai pu joindre le médecin responsable pour le coup  
121 euh, qui... c'est \*\*\*\* (nom d'interne en HAD), donc j'ai pu la joindre très très facilement. Donc il n'y  
122 avait aucun souci, dès qu'il y avait une interrogation, la communication c'était bon, impeccable.

123 *Ouais.*

124 Euh, donc sur cet exemple-là pour moi ça s'est tout bien passé.

125 Après qu'est ce qui, je sais pas quoi dire pour améliorer. Si les disponibilités sur mon secteur. Je pense  
126 que c'est ...

127 *C'est un peu difficile d'avoir l'HAD sur votre secteur ?*

128 Alors je crois que la difficulté pour mon secteur c'est l'intervention d'aides-soignants notamment.

129 *Hm hm. D'accord. Oui c'est un peu loin.*

130 Ouais, ouais, c'est ça. Ça c'est un peu la difficulté là-dessus. Sinon euh, oui et puis après effectivement  
131 pouvoir déclencher plus facilement sans qu'il y ait passage par l'hôpital, parce que ça j'ai pas fait mais  
132 je suis pas sûr que ce soit hyper simple.

133 *Ouais, ouais, c'est peut-être quelque chose d'un peu compliqué.*

134 Dans le rush comme ça effectivement. Sans qu'il y ait de passage par l'hôpital pour la mise en place de  
135 l'HAD. Quelqu'un qui est à domicile et mettre en place l'HAD sans qu'il y ait passage par l'hôpital ça  
136 semble hasardeux. Alors j'ai pas d'exemple en tête mais je suis pas sûr que ce soit hyper simple.

137 *Oui vous voyez...*

138 Un peu chronophage pour moi et pas simple quoi.

139 *Hm hm. Oui, puis vous voyez même pas comment faire en pratique quoi en plus.*

140 Ben si, je peux appeler le service, mais je vais plus facilement appeler le service palliatif pour faire  
141 rentrer des gens en palliatif que le service d'HAD pour déclencher une HAD en fait.

142 Plutôt que l'HAD et puis même en discutant autour de moi, j'ai l'impression que l'HAD se déclenchait  
143 plus facilement sur une sortie d'hôpital que déclenchée d'emblée par le médecin traitant.

144 *Parce que après vous avez peur que ça vous prenne du temps en terme de coordination pour réunir  
145 une équipe ou ?*

146 Ben, je non. Alors c'est vrai que c'est difficile de répondre parce que j'ai jamais fait. Si ça se trouve  
147 c'est très simple, mais comme j'ai pas fait, j'en sais rien.

148 *D'accord. Et au niveau de la place des différents médecins autour du patient, dans la prise en charge,  
149 comment vous la voyez en fait ? Comment ça pourrait se répartir ?*

150 Alors le chacun, ouais ? Euh, je dirais que l'intérêt du médecin traitant qui reste un peu dans le coup,  
151 c'est une question notamment de personnes connues quoi on va dire.

152 *Oui.*

153 De référent connu, oui voilà, moi je me positionnerais plutôt comme ça, comme référent connu,  
154 disponible pour donner des explications ou rediscuter, ou voilà. Ou apporter éventuellement au  
155 médecin de l'HAD mon ressenti sur quelqu'un que je connais bien.

156 *D'accord.*

157 Après techniquement, euh, j'aurais plutôt tendance à laisser la part au médecin de l'HAD. Notamment  
158 si on parle de palliatif avec jonglage sur des thérapeutiques pour lesquelles j'ai pas une grande  
159 habitude.

160 Tout ce qui peut être assez spécifique, après il peut y avoir des situations différentes mais ...  
161 l'antalgique je peux à la limite gérer mais si on rentre sur des traitements spécifiques en retour à  
162 domicile comme ça, de spécifique, des choses que je connais, que je maîtrise pas bien, si on est sur des  
163 trucs de confort, je pense à l'hypnovel, et des trucs comme ça, j'ai pas une maîtrise parfaite de l'histoire  
164 donc voilà. Donc sur du technique j'aurais tendance à laisser la place au médecin hospitalier je dirais  
165 quelque part et puis moi plutôt sur le côté relationnel et puis remontée d'informations au médecin de  
166 l'HAD sur mon ressenti quoi.

167 *Sur votre ressenti en amont de la prise en charge ?*

168 En termes de confort. En termes de confort.

169 *Donc quand vous allez voir le patient ?*

170 Ouais quand je vais voir le patient, voilà je le trouve bien, je le trouve confortable, il est pas  
171 confortable. Sachant que c'est pas moi qui prescris, je pense que c'est pas mal.

172 *Donc plutôt pour avoir une vision clinique sur le patient, et après derrière c'est le médecin de l'HAD  
173 qui va adapter euh, les traitements ?*

174 Bah disons que de toute façon c'est pas moi qui prescris donc euh, a priori déjà c'est voilà... Mais  
175 éventuellement qu'on en discute ça permet d'avoir une discussion, un avis technique sur les  
176 thérapeutiques pour lesquelles je suis pas forcément tip top, et puis moi j'ai peut être une connaissance

177 peut-être du patient, son ressenti, comment il est, psychologique et puis l'entourage aussi. Ce que m'en  
178 dit l'entourage aussi.

179 *Ouais, ouais, c'est sûr, parce que vous connaissez la famille et du coup vous pouvez faire remonter*  
180 *parce que des fois à l'hôpital ils connaissent pas tout le contexte.*

181 C'est ça, parce que moi je vois quelqu'un que je connais potentiellement, avec un entourage que je  
182 connais. Je pense que les gens ils peuvent dire des choses au médecin qui est bien connu, plus  
183 facilement des fois qu'à un médecin hospitalier, moins connu, voilà.

184 *D'autant que le médecin hospitalier il va pas forcément se déplacer euh, sur place, pour aller voir*  
185 *euh, comment ça ...*

186 Ah ben après voilà, si ça permet d'éviter un aller - retour du médecin de l'HAD à domicile, moi je vois  
187 le truc clinique et voilà je l'ai vu comme ça, il faut peut-être ajuster une thérapeutique, et je le laisse  
188 faire !

189 *D'accord, oui oui. Et euh au niveau de votre rôle dans cette prise en charge ? Est-ce que vous pensez*  
190 *qu'il faudrait repenser la place du médecin généraliste dans la prise en charge HAD ou est-ce que*  
191 *c'est bien comme rôle ?*

192 Alors moi je suis pas frustré de ne pas être le prescripteur.

193 *Ouais.*

194 Donc, c'est une collaboration avec quelqu'un, c'est le médecin hospitalier de l'HAD qui est  
195 prescripteur, parce que c'est l'hôpital à la maison et puis ben moi, voilà moi je me vois plus s'il y a une  
196 évaluation clinique à faire, je suis sur place, je connais les gens, je vois le ressenti et puis je propose  
197 mon avis à celui qui va prescrire.

198 *Hm hm. D'accord.*

199 Ça me frustre pas de pas être prescripteur donc est-ce qu'il faut réévaluer pour que je puisse être  
200 prescripteur, non parce que je pense que 2 prescripteurs en parallèle c'est plus forcément toujours bien  
201 cohérent.

202 *Oui c'est sûr.*

203 Et je me sens pas, ça me gêne pas de pas être prescripteur. Donc non, à partir du moment où la  
204 communication est facile avec l'équipe et notamment le médecin prescripteur, le médecin de l'HAD  
205 quoi, moi je... par contre ça c'est indispensable ça, il faut que la communication soit facile quoi.

206 *Communication via quel moyen ?*

207 Oh, téléphonique ça va bien hein.

208 *Téléphone c'est bien ouais.*

209 Ouais ouais, par téléphone ça c'est bien ouais, puis c'est vrai que là sur l'exemple présent, ça a été très  
210 facile parce que voilà, on parlait même sur les numéros persos donc en conclusion...

211 *Tout à fait oui.*

212 Mais ça c'est bien, à partir du moment où la communication est très facile, euh on a un souci tac on  
213 appelle, on sait qu'on a quelqu'un au bout, euh, ben c'est bien ça.



214 *D'accord.*

215 Par contre ça c'est indispensable, ouais, s'il y a pas de communication alors là ça devient le binz là. On  
216 sait pas ce qu'est prescrit, on sait pas ce qui est fait. Alors là on peut plus répondre aux gens de ce qui  
217 se dit, de ce qui se fait.

218 *Oui parce que vous, vous êtes aussi à l'interface avec la famille, pour leur expliquer ce qui se fait et*  
219 *du coup...*

220 Alors souvent, mais ça des fois, c'est vrai pour tout, pas que pour l'HAD. C'est pas très surprenant de  
221 voir venir des gens de chez le spé ou l'hôpital qui disent bon j'ai rien compris, expliquez-moi ce qui  
222 m'arrive quoi. Ou expliquez-moi ce qu'on fait, ce que j'ai comme traitement et tout ça.

223 *Oui donc si vous avez les idées bien claires de ce qui est fait, c'est toujours mieux pour le patient et sa*  
224 *famille.*

225 Ah ben, c'est juste indispensable parce que si nous on sait pas bien ce qui se fait et quels sont les  
226 traitements et que la communication est pas simple avec le service en l'occurrence, c'est vrai pour  
227 l'HAD ou tout autre d'ailleurs, alors là c'est compliqué !

228 *Oui j'imagine. Oui c'est sûr.*

229 Mais sur l'HAD, le plus difficile c'est que voilà j'ai pas une expérience très importante et j'ai pas moult  
230 cas donc euh...

231 *Oui ben c'est souvent le cas.*

232 En plus un cas qui s'est très bien passé donc pour le coup je vois pas forcément... Moi par rapport à  
233 l'exemple récent je dirais voilà si ça se passe comme ça tout le temps c'est parfait.

234 *Hm hm. D'accord. Ok. Vous avez d'autres choses à ajouter ?*

235 Qu'est-ce que je vais ajouter, pas grand-chose. Ah si, peut être rendre les choses plus faciles sur mon  
236 secteur, parce que je crois que c'est pas hyper simple, moi je suis en limite apparemment d'intervention  
237 de l'HAD.

238 *Ouais, un secteur un peu rural et du coup euh c'est un petit peu difficile.*

239 Ça, ça ferme à mon avis des portes sur les possibilités d'HAD, je pense que j'en ai pas beaucoup aussi  
240 peut-être pour ça. Ben j'ai des patients qui sont peut-être pas rentrés dans le cadre parce que ben les  
241 soins étaient pas forcément suffisamment lourds pour que ça rentre là-dedans. Mais ça crée une  
242 situation un peu stressante pour le patient et sa famille car lorsqu'ils sont à domicile pas très bien, ça  
243 peut être stressant et c'est pas forcément confortable pour moi non plus.

244 *Hm hm.*

245 Quand j'éteins mon téléphone je me dis oup-là, voilà quoi. Parce que c'est toujours gênant, moi ma  
246 stratégie c'est de me dire, si on peut éviter de passer, alors c'est pas du tout anti 15, mais c'est de dire  
247 que le 15 c'est bien pour de l'urgence ponctuelle, mais quand ils ont pas forcément tout l'historique  
248 c'est très compliqué d'aller gérer des situations en régulier quoi.

249 *Des situations complexes oui.*

250 Pour essayer d'éviter une hospitalisation, ce qui est souvent le but quand même.

251 *Parce que le 15 ils vont vite passer par une hospitalisation s'ils ne comprennent pas.*

- 252 Bah pour évaluer quoi, parce que quand on connaît pas la situation euh, le truc on se dit ça peut pas  
253 rester à la maison. Alors que si t'es dedans et ben des fois oui.
- 254 *Oui.*
- 255 Donc oui comme remarque je dirais une facilité d'accès sur le secteur, fin que l'HAD soit plus facile  
256 sur le secteur avec tous les intervenants possibles y compris l'aide-soignant.
- 257 *Y compris les aides à domicile.*
- 258 Oui aides à domicile, aide-soignant, tout cela. Ce qui d'ailleurs est peut-être pas le plus simple en ce  
259 moment.
- 260 *Hm hm.*
- 261 C'est une question de personnel, voilà.
- 262 *Ça marche.*

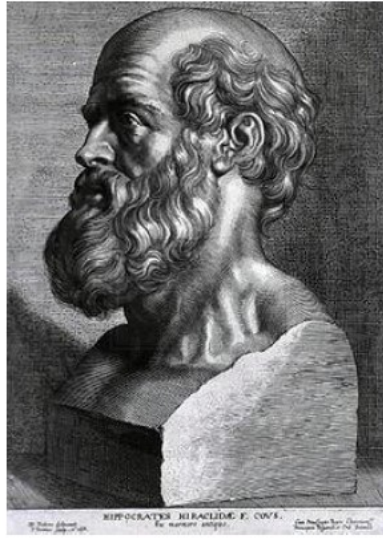
## 5. ANNEXE 5 : Livre de codes

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Les situations complexes en ambulatoire</b>                  | <b>l'ambulatoire en difficulté dans la PEC des situations complexes</b>      | certaines MT ne font pas souvent face à des situations complexes                                  |
|   |  | le manque de moyens en médecine de ville pour les PEC complexes                                   |
|   |  | les limites des PEC IDE L   |
|   |  | les situations complexes de PEC sont chronophages pour le MT                                      |
|   |  | manque de moyens humains en milieu rural  |
|   |  | manque de coordination en sortie d'hospitalisation sans HAD                                       |
| <b>Gestion ambulatoire d'une situation complexe</b>             | des soins complexes peuvent être gérés sans HAD                              |   |
|   | structures ambulatoires alternatives à l'HAD                                 |   |
| <b>HC comme solution à une situation complexe</b>               | Hospitalisation conventionnelle comme solution pour le MG à une PEC complexe |   |
| <b>L'HAD depuis l'ambulatoire pour une situation complexe ?</b> | <b>PEC HAD sur des situations techniques et/ complexes</b>                   |   |
|   | <b>Pour l'HAD (ressentis positifs)</b>                                       | enthousiasme des MG vis-à-vis de l'HAD  |
|   |  | satisfaction globale du MT vis-à-vis de l'HAD   |
|   |  | MT intéressés par la plus value de l'HAD sur les soins infirmiers                                 |
|   |  | principale plus value de l'HAD pour le MT : les soins palliatifs                                  |
|   | <b>comment l'HAD aide le MT</b>  | aide au cours d'une PEC complexe / technique  |
|   |  | aide de l'HAD pour obtenir facilement un avis médical hospitalier                                 |
|   |  | aide de l'HAD sur des situations chronophages   |
|   |  | aide pour organiser un RAD d'un patient complexe  |
|   |  | l'HAD donne des moyens au MT  |
|   |  | l'HAD soulage le MT   |
|   |  | la PEC HAD a permis de raccourcir ou d'éviter une nouvelle HC                                     |
|   |  | L'HAD coordonne une équipe déjà en place  |
|   |  | l'HAD dans la gestion d'une rehospitalisation   |
|   |  | rôle de coordination et d'organisation des soins par l'HAD  |
|   |  | rôle d'astreinte de l'HAD   |
|   | la PEC du patient en équipe aide le MT                                       |   |
|   | <b>contre l'HAD (ressentis négatifs)</b>                                     | appréhension du MT vis-à-vis de l'HAD   |
|   |  | PEC HAD ressentie comme lourde par les libéraux (MT/IDE) administrativement et sur l'organisation |
|   |  | PEC HAD ressentie comme lourde par les libéraux (MT/IDE) médicalement                             |
| les PEC HAD sont rares pour le MT                               |  |   |
| L'HAD mal connue par le MT                                      |  |   |

|   |  |   |
|---|--|---|
|   | <b>les difficultés en pratique</b>                                 | la durée des PEC HAD semblent courtes pour les intervenants libéraux<br>rémunération par l'HAD des libéraux, un frein ?<br>la coordination par l'HAD face à ses limites : problématique d'ordre matériel<br>la coordination par l'HAD face à ses limites : mise à l'écart des intervenants habituels  |
|   | <b>problématique de l'initiation de l'HAD depuis l'ambulatorio</b> | Problématique de l'initiation de la PEC HAD : difficulté du MT sur comment initier l'HAD<br>Problématique de l'initiation de la PEC HAD : les demandes de PEC HAD par le MT refusées<br>Problématique de l'initiation de la PEC HAD : passage par une HC<br>Problématique de l'initiation de la PEC HAD : majorité de demandes hospitalières<br>difficulté de mise en place d'HAD en milieu rural<br>Problématique de l'initiation de la PEC HAD : les facilitateurs d'une PEC HAD depuis le domicile<br>situation intermédiaire : la zone grise (l'ambulatorio en demande d'aide mais non satisfait) |
| <b>L'initiation de l'HAD, en pratique (depuis l'ambulatorio ou l'hospitalier)</b> | <b>l'HAD soumise à des contraintes extérieures</b>                 | l'HAD soumise à des contraintes extérieures : demande du patient  |
|   |  | l'HAD n'est possible qu'avec un environnement porteur   |
|   |  | l'HAD soumise à des contraintes extérieures : respect des conditions d'interventions prévues par les textes   |
|   |  | l'HAD soumise à des contraintes extérieures : demande des services hospitaliers   |
|   | <b>la concertation avec les acteurs de terrain</b>                 | avis des différents intervenants lors du début d'une PEC HAD  |
|   |  | le MT aimerait avoir le choix dans l'équipe IDE avec qui il travaille   |
|   |  | manque de concertation avec le médecin généraliste sur le RAD en pratique   |
|   |  | accord du MT en début de PEC : avis ou information ?  |
|   | <b>Quelques pistes de réflexions autour d'un début de PEC HAD</b>  | par quel biais le MT découvre l'HAD   |
|   |  | propositions de moyens pour améliorer la connaissance sur l'HAD par les MG (général)  |
| réticence des Mco à faire la promotion de l'HAD                                   |  |   |
| solutions pour l'HAD en milieu éloigné/ rural                                     |  |   |
| <b>Le MT au cours d'une PEC HAD</b>   | <b>les différents niveaux d'implications</b>                       | être la 5ème roue du carrosse : mise à l'écart du MT lors d'une PEC HAD   |
|   |  | décharge vers l'HAD de la PEC du patient  |
|   |  | Peu d'implication du MG dans les PEC HAD brèves ou techniques   |
|   |  | Peu d'implication du MG dans les PEC oncologiques   |
|   |  | peu d'implication dans les PEC à évolution  |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  | favorable  |
|  |  | MG plus impliqué pour les fins de vie, les prises en charge complexes                              |
|  |  | pour les soins palliatifs fort besoin mutuel de l'HAD et du MT                                     |
|  |  | le MT travaille en équipe avec l'HAD   |
|  | <b>les variables de l'implication</b>  | l'implication du MT dépend de sa disponibilité   |
|  |  | le niveau d'implication du MG dépend de la pathologie du patient                                   |
|  |  | le niveau d'implication du MG dépend de la relation médecin/patient ; médecin/entourage du patient |
|  |  | l'engagement du MT au cours d'une PEC est médecin dépendant  |
|  |  | Augmenter la connaissance sur l'HAD par les MT contribuerait à mieux les impliquer                 |
|  |  | importance du réseau pour favoriser la collaboration du MT avec l'HAD                              |
|  |  | importance du lien de confiance entre les différents intervenants                                  |
|  | <b>ambivalence de l'implication du MT dans les PEC HAD</b>                     | ambivalence dans le niveau d'implication du MG souhaité par les Mco dans les PEC HAD               |
|  |  | ambivalence dans le niveau d'implication souhaité par les MG dans les PEC HAD                      |
|  | <b>les rôles de chaque médecin sont mal définis par avance</b>                 |  |
| <b>la qualité de la communication comme variable de la place du MT dans la PEC HAD</b> | <b>la communication est centrale dans la PEC HAD</b>                           | importance de la communication en début et en fin de PEC HAD                                       |
|  |  | importance du partage d'information pour la collaboration autour du patient                        |
|  |  | satisfaction du MT par rapport à la communication avec l'HAD                                       |
|  |  | moyen de communication préférentiel  |
|  | <b>les écueils de la communication</b>   | méconnaissance du dossier médical commun avec l'HAD  |
|  |  | les problèmes d'utilisation par MT du logiciel médical de l'HAD                                    |
|  |  | ratés dans l'échange d'information au sujet de la PEC HAD  |
|  |  | manque de temps pour la communication entre le médecin généraliste et le médecin coordonnateur     |
|  |  | la qualité de la communication est médecin dépendante  |
|  | <b>les stratégies d'adaptation de la communication du fait des difficultés</b> | l'HAD s'adapte à la disponibilité du MT pour communiquer   |
|  |  | nécessaire sélection des informations transmises selon leur pertinence                             |
|  |  | le niveau d'information vers le MG dépend du type de PEC   |
|  |  | les paramédicaux permettent de faire du lien entre les intervenants au domicile                    |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>le MT et le Mco : deux médecins pour un seul patient</b> | <b>Etat des lieux</b>   | caractère personnalisé et non standardisé de la relation MT Mco                          |
|   |   | le Mco et le MT réfléchissent ensemble sur le patient                                    |
|   |   | par sa connaissance du patient, le MT est une aide pour le Mco                           |
|   |   | intervention de l'HAD dans un domaine qui sort du champ de compétence du MT              |
|   |   | le médecin traitant : coordonnateur des soins à domicile ?                               |
|   |   | problématique du caractère bicéphale MG Mco  |
|   | <b>exemple paradoxal coprescription</b>                                     | selon lui le MT est en charge des prescriptions de son patient en HAD                    |
|   |   | mais le MT n'a pas accès au logiciel de prescription du Mco                              |
|   |   | de ce fait le Mco a la main mise sur les prescriptions                                   |
|   |   | difficultés (ressenties) de la coprescription  |
|   | <b>la bataille des VAD : quid de la répartition des VAD entre Mco et MT</b> | le MT comme principal intervenant médical à domicile                                     |
|   |   | importance d'une vision clinique commune du patient                                      |
|   |   | l'HAD qui planifie les VAD du MT   |
|   |   | le MT se sent inutile lors des VAD   |
|   |   | limite du MT pour la réalisation des VAD   |
|   |   | problématique de la permanence des soins médicaux à domicile                             |
|   | <b>réflexions sur l'évolution du binôme MT Mco</b>                          | La méconnaissance mutuelle MG Mco est source de difficultés                              |
|   |   | le MT dans la PEC HAD : un rôle plus humain que médical ?                                |
|   |   | évolution et tendance actuelle à la diminution du rôle du MT à domicile dans les PEC HAD |
|   |   | le MCO en substitution au MT   |
| axes de réflexion pour améliorer le partenariat MG Mco      |   |  |



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*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.*