

THESE

Pour le diplôme d'état de docteur en médecine
Spécialité médecine générale

« Collaboration entre la ville et l'hôpital : expérience de l'unité d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Montauban. »

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Toulouse
Le 17/09/2013

Par Nicolas DE PERCIN

Directeur de Thèse : Dr Frédéric BRUEL

Devant un jury composé de :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Monsieur le Professeur Marc VIDAL
Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN
Madame le Docteur Marie Eve ROUGE BUGAT
Monsieur le Docteur Frédéric BRUEL

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Membre invité

A notre Président de jury

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Professeur des universités,
Médecin Généraliste

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse.

Merci pour la formation de qualité que vous offrez aux internes de médecine générale à Toulouse.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respect et de notre reconnaissance.

A mon directeur de thèse et membre de jury

Monsieur le Docteur Frédéric BRUEL

Praticien Hospitalier,
Médecin coordonnateur du service d'Hospitalisation A
Domicile du Centre Hospitalier de Montauban

Un immense merci pour ta disponibilité, ton efficacité et ta gentillesse.
Tes nombreuses compétences ont été des aides considérables pour la
réalisation de ce travail.

Tu trouveras ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A notre jury

Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Professeur Associé de Médecine Générale
Médecin Généraliste

Vous avez accepté de juger notre travail.
Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre respectueuse gratitude.

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Professeur Associé de Médecine Générale,
Médecin Généraliste

Nous vous adressons nos remerciements les plus respectueux, et sommes très touchés de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Madame le Docteur Marie Eve ROUGE BUGAT
Chef de Clinique des Universités
Médecin Généraliste

Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à ce travail et de l'honneur que vous nous faites en acceptant de le juger.
Soyez assurée de notre gratitude et de notre profond respect.

Merci,

Au Docteur Hélène PIZZUT qui m'a lancé dans cette aventure avec Fred.

A toute l'équipe de l'HAD de Montauban pour leur aide précieuse et plus particulièrement à Magali.

Au cabinet médical de Seysses qui m'a permis de travailler sur des ordinateurs de qualité.

A mes parents, pour leur soutien tout au long de ces années, et plus simplement pour tout ce qu'ils m'ont apporté.

A mes sœurs et mon frère que j'aime tendrement.

A mes beaux-parents pour leur gentillesse et leur disponibilité.

A mes amis.

A mes précieux relecteurs, Renaud face aux montagnes, mes parents face à la route, Florence entre deux appels, Floriane entre deux consultations et Aurélie face au sommeil.

A Arthur

Et à toi,

Aurélie,

Merci pour tout, pour la confiance que tu as en moi, pour le soutien et l'amour que tu me portes au quotidien.

J'espère que tu es fière de mon travail et fière de moi car tu es ma plus grande source de motivation.

Table des matières

I.	Introduction	11
A.	Présentation de l'Hospitalisation à Domicile (HAD).....	11
1.	Origine et développement.....	11
2.	Objectif et fonctionnement	11
3.	Cadre légal.....	14
4.	Activité	15
B.	Spécificité de l'HAD de Montauban	18
1.	Création	18
2.	Spécificité.....	18
3.	Activité	19
II.	Objectif de l'étude	22
A.	Objectif de l'étude.....	22
B.	Rapports et Recommandations.....	23
1.	Recommandation du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).....	23
2.	Recommandation du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS).....	23
C.	Enquêtes antérieures	24
1.	Thèse HAD de 2000	24
2.	Thèse HAD de 2008	24
3.	Thèse HAD de 2011	24
4.	Enquête HAD de Montauban	24
III.	Matériel et méthode.....	25
A.	Questionnaire.....	25
B.	Critère d'inclusion.....	25
1.	Médecin	25
2.	Infirmière.....	25
C.	Méthode de recueil.....	26
D.	Nombre de réponse.....	26
IV.	Résultats	27
A.	Appréciation générale	27
1.	Votre avis général sur l'HAD ?	27
2.	Votre avis sur le niveau de bénéfice pour le patient ?.....	27
3.	Votre avis sur le niveau de bénéfice (aide) pour vous ?	27
4.	Souhaiteriez-vous prendre en charge plus de patient en HAD ?	28
5.	Pensez-vous que l'HAD permette le maintien à domicile de patients qui en son absence seraient hospitalisés ?.....	28
6.	Interprétation.....	28
B.	Prescription / Inclusion	30
1.	Selon vous qu'elles sont les indications de prescription d'une HAD ? 30	
2.	Avez-vous la sensation que l'HAD vous a été imposée dans votre pratique ?	31
3.	Pour vous existe-t-il une différence d'indication de prescription entre HAD et réseau de soins (notamment dans le domaine des soins palliatifs et soins de support type Palliadol) ?	31
4.	Votre avis sur la manière dont l'HAD vous a impliqué lors de l'élaboration du projet de soins ?.....	31
5.	Interprétation.....	32

C.	Permanence des soins.....	33
1.	Connaissez-vous les modalités d'organisation de la permanence des soins de l'HAD ?.....	33
2.	Pensez-vous pouvoir assumer seul la permanence des soins des patients pris en charge en HAD ?	33
3.	Votre avis sur l'existence d'une astreinte paramédicale 7j/7 et 24h/24 par le personnel de l'HAD ?	33
4.	Votre avis sur l'existence d'une astreinte médicale 7j/7 et 24h/24 par les médecins coordonnateurs de l'HAD ?	34
5.	Souhaiteriez-vous être plus impliqué dans la permanence des soins des patients en HAD ?	34
6.	Interprétation.....	34
D.	Information / communication	36
1.	Votre avis sur la facilité à contacter l'HAD ?	36
2.	Votre avis sur l'accès au dossier médical du patient ?.....	36
3.	Votre avis sur les informations de suivi dispensées par l'HAD au cours de la prise en charge ?	36
4.	Votre avis sur les informations dispensées en fin de prise en charge (lettre de sortie, transmission IDE) ?	37
5.	Votre avis sur l'ergonomie du dossier médical papier ?.....	37
6.	Souhaiteriez-vous la mise en place d'un dossier informatisé au domicile du patient ?	37
7.	Souhaiteriez-vous bénéficier d'un accès informatique au dossier du patient depuis votre cabinet ?	38
8.	Seriez-vous prêt à vous former à la manipulation d'un dossier médical informatisé spécifique HAD ?.....	38
9.	Pensez-vous que des rencontres régulières entre les acteurs de soins au lit du patient (IDE, médecin traitant, médecins coordonnateurs) soient préférables aux simples échanges téléphoniques ?	38
10.	Interprétation.....	39
E.	Organisation des soins.....	40
1.	Votre avis sur les modalités de prescriptions médicamenteuses ? ..	40
2.	Votre avis sur la lisibilité des prescriptions médicamenteuses en HAD ?.....	40
3.	Votre avis sur la disponibilité des médicaments en HAD ?	40
4.	Votre avis sur la disponibilité du matériel médical en HAD ?	41
5.	Votre avis sur la réactivité de l'HAD face aux différentes difficultés rencontrées ?	41
6.	Interprétation.....	41
F.	Place des professionnels libéraux.....	42
1.	Avez-vous le sentiment d'être dépossédé de la prise en charge de vos patients ?	42
2.	Quelle est l'influence de l'HAD sur la fréquence de vos visites ? (aucune, augmentation, diminution)	42
3.	Avez-vous le sentiment de trouver votre place dans la prise en charge en HAD ?.....	42
4.	Souhaiteriez-vous une place plus importante ?	43
5.	Dans quelles indications souhaitez-vous que l'HAD se développe ?	43
6.	Interprétation.....	43
V.	Discussion.....	45
A.	Les biais de l'étude.....	45
1.	Critères d'inclusion.....	45

2.	Modalités de recueil	45
B.	Présentation des résultats	46
C.	Analyse des résultats	46
1.	Taux de retour des questionnaires.....	46
2.	Différence d'avis médecin/IDE	46
3.	Points forts	46
4.	Points faibles.....	47
D.	Comparaison avec les études antérieures	47
E.	Action correctrice.....	48
VI.	Conclusion.....	49
VII.	Bibliographie.....	50
VIII.	Annexes	52

I. Introduction

A. Présentation de l'Hospitalisation à Domicile (HAD)

1. Origine et développement

La naissance du principe d'HAD en France remonte à 1951 avec une première expérience à l'hôpital Tenon à Paris.

Mais ce n'est qu'en 1957 que le premier véritable service d'HAD apparaît avec la création de l'HAD de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP), puis de Santé Services à Puteaux.

Bien qu'une convention ait été signée en 1961 entre ces deux premières HAD et l'Assurance Maladie, il faut attendre la loi hospitalière du 31 décembre 1970 (1) pour que cette forme d'hospitalisation soit officiellement reconnue.

Ce cadre favorise l'essor de l'HAD, dans le secteur public essentiellement mais aussi dans le secteur privé non lucratif.

Après une certaine stagnation dans les années 80 liée à de multiples facteurs (réticences des prescripteurs hospitaliers, prudence accrue de l'Assurance Maladie et des autorités de tutelle...), une nouvelle phase s'ouvre avec la loi de 1991 (2) qui reconnaît l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation complète. Ce texte et ses décrets d'application fixent les règles constitutives de l'HAD : médecin coordonnateur, cadre infirmier, permanence des soins et continuité de la prise en charge. Dans le même temps, ils instaurent le mécanisme du « taux de change » qui, dans les zones excédentaires, impose pour toute création de place en HAD la fermeture d'un à deux lits d'hospitalisation à temps complet.

Malgré cela, le nombre de structures passe de 40 en 1992 à 62 en 2000.

L'instauration de la Tarification à l'activité (T2A) et la suppression du « taux de change » ont conduit à un essor considérable de l'HAD au cours des années 2000, avec une accélération depuis 2005.

Le nombre d'établissements autorisés, qui dépassait à peine la soixantaine à la fin des années 90, atteint 123 en 2005 et 293 en 2009.

2. Objectif et fonctionnement

a) Les soins dispensés en HAD

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une hospitalisation à part entière qui permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux (3) (4) .

Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes.

Les soins peuvent être classés en trois catégories :

- Des soins ponctuels techniques et complexes pour une pathologie non stabilisée et pour une durée déterminée.

- Des soins continus techniques, plus ou moins complexes, associant soins de nursing lourds et entretien de la vie pour une pathologie évolutive et une durée non déterminée.
- Une réadaptation au domicile après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique complexe, cardiologique ou d'une poly pathologie pour une durée déterminée.

L'HAD est le point de rencontre entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire. C'est une structure mixte qui utilise à la fois les compétences internes de ses propres équipes et coordonne les interventions de professionnels extérieurs.

b) La prescription d'HAD

L'hospitalisation à domicile fait obligatoirement l'objet d'une prescription. Celle-ci émane soit du médecin traitant ou d'un praticien à la suite d'une consultation hospitalière ou d'une hospitalisation dans un établissement de santé avec hébergement.

c) Les équipes de soins

L'équipe pluridisciplinaire de l'HAD se compose ainsi :

- Le médecin traitant : qu'il soit ou non le prescripteur, il est le pivot de l'organisation de l'hospitalisation à domicile. Il est responsable de la prise en charge du patient dont il assure le suivi médical et la surveillance des soins lors de ses visites. Il donne son aval à l'admission en HAD par un accord de prise en charge qui le lie avec l'équipe de soins de l'HAD. Il participe à l'élaboration du protocole de soins qu'il valide avec le médecin prescripteur et le médecin coordonnateur. L'ensemble de ces éléments doit être formalisé dans un contrat type liant le médecin traitant et l'HAD.

- Le médecin coordonnateur de l'HAD : il est le référent médical de l'établissement d'HAD. Son rôle est de veiller à la bonne transmission des informations médicales et au bon accomplissement des actes. Il participe à l'évaluation des soins, il assure la liaison et la coordination avec le médecin traitant et le médecin hospitalier. Il émet un avis signé pour toute admission d'un patient en HAD. Il signe le protocole de soins, préalablement élaboré et validé en totale concertation avec le médecin prescripteur et le médecin traitant, ainsi que la sortie de l'HAD après décision prise conjointement avec le médecin traitant. Habituellement, le médecin coordonnateur ne prescrit pas et ne soigne pas, il ne se substitue pas au médecin traitant sauf urgence absolue.

En pratique on constate que le partage des rôles entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant varie d'un établissement à l'autre et d'un praticien à l'autre ; la place du médecin traitant allant de la prise en charge totale du patient au cantonnement aux affections intercurrentes avec, symétriquement, une intervention prépondérante du médecin coordonnateur. Ces éléments ont été relevés par le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de Novembre 2010 (5).

- L'infirmier de coordination : il assure les fonctions de coordination des soins auprès des personnels paramédicaux avec l'appui du médecin coordonnateur. Cette fonction n'est pas obligatoire et sa présence dépend de l'organisation de chaque structure.

- L'équipe chargée de l'exécution des soins : composée de professionnels paramédicaux (Infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes, sages-femmes, orthophonistes, diététiciennes, podologues pédicures, ergothérapeutes,...) qui peuvent être salariés de la structure ou bien de statut libéral. Elle délivre quotidiennement tous les soins prévus dans le projet thérapeutique du patient à son domicile.

- L'équipe psychosociale : elle assure le bon déroulement social, psychologique et administratif de la prise en charge. Le service social évalue les conditions de vie au domicile. Il est en contact permanent avec les équipes paramédicales et engage les démarches nécessaires auprès des organismes sociaux et services à domicile (aide-ménagère, repas à domicile,...) Le psychologue accompagne et soutient le patient et son entourage selon les besoins identifiés par les soignants.

- Le pharmacien : qu'il exerce en officine de ville ou au sein de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) de l'établissement auquel est adossée l'HAD, il est le garant de la sécurité du circuit du médicament. Il contrôle ce circuit depuis la prescription du médicament jusqu'à la délivrance au patient.

d) Gestion logistique

En tant que service d'hospitalisation, l'HAD fournit la totalité des médicaments et matériels nécessaires à la prise en charge du patient.

Pour cela l'HAD fait appel à une officine de ville ou à une PUI pour les médicaments et à des prestataires spécialisés pour le matériel médical (lit médicalisé, fauteuil,...). L'ensemble des acteurs partenaires de l'HAD doit au préalable signer une convention fixant les modalités du partenariat.

e) La permanence des soins

L'établissement d'hospitalisation à domicile doit assurer la continuité des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours sur 365.

Une astreinte paramédicale est obligatoire, en revanche il n'y a pas d'obligation pour l'HAD d'assurer une astreinte médicale.

Certains établissements ont mis en place une astreinte médicale avec le médecin coordonnateur de l'HAD, pour les autres, la permanence des soins est réalisée par le circuit de ville classique.

La circulaire DHOS n° 506 du 1^{er} décembre 2006 (6) rappelle que le centre 15 et le SAMU (Service d'Aide Médicale d'Urgence) n'ont pas pour vocation de se substituer à la permanence des soins en HAD.

f) Les différents types d'HAD

Les établissements d'hospitalisation à domicile peuvent avoir divers statuts : public, établissement de santé d'intérêt collectif, privé associatif, privé lucratif et être soit associés à un établissement de santé avec hébergement soit indépendants.

3. Cadre légal

L'HAD a été intégrée dans la régulation du système de santé dès le début des années 1970. Son essor a toutefois été freiné par la planification sanitaire.

A partir de 2000 et surtout de 2003, le ministère de la santé a engagé une politique volontariste de soutien au développement de l'HAD.

Une circulaire ministérielle du 30 mai 2000 (4) clarifie ainsi le champ d'application de l'HAD : « l'hospitalisation à domicile concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé ». Elle fixe par ailleurs la typologie des actes pouvant être réalisés à domicile et précise les rôles respectifs du médecin hospitalier, du médecin traitant et du médecin coordonnateur.

Les freins au développement de l'HAD ont surtout été levés par les dispositions de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 (7) portant sur la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé. Ce texte a libéré l'HAD des contraintes de la carte sanitaire en supprimant « le taux de change » qui limitait la création de places d'HAD en la liant à la suppression de lits d'hospitalisation complète. Ce même texte a facilité la prise en compte de l'HAD par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) en l'imposant dans les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS)

Par la suite, deux circulaires, prises en application de l'ordonnance du 4 septembre 2003 (7), ont clarifié le positionnement de l'HAD dans le système de santé.

La circulaire du 4 février 2004 (8) précise les modalités de prise en charge générale.

Celle du 1^{er} décembre 2006 (6) rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD, son régime d'autorisation, ses obligations (sécurisation pharmaceutique, soins palliatifs, continuité des soins), le rôle des différents acteurs internes et externes et son positionnement au sein de l'offre de soins locale.

Dans la dernière période, cette orientation « facilitante » s'est confirmée. L'HAD n'a pas été soumise au dispositif d'objectifs quantifiés de l'offre de soins qui s'applique aux établissements hospitaliers de MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique). Son intervention en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) a été autorisée.

Enfin, la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) du 22 juillet 2009 (9) contient plusieurs dispositions concernant l'HAD, qui visent notamment à :

- garantir la protection de l'appellation « Hospitalisation à Domicile » contre les abus éventuels,
- reconnaître l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation traditionnelle,
- assouplir le circuit du médicament en HAD,

4. Activité

a) Chiffres d'activités

Tableau 1. Evolution de 2005 à 2011 du développement de l'activité HAD selon 5 indicateurs

Source PMSI HAD / INSEE – Exploitation Observatoire FNEHAD

	Nb d'ES	Évol. en %	Nb de journées	Évol. en %	Nb de séjours complets	Évol. en %	Nb de patients	Évol. en %	Nb de journées/ 100 000 hab.	Évol. en %	Valorisation brute en €
2005	123		1 505 814		63 666		35 017		2316		285 071 409
2006	166	35%	1 948 210	29%	80 980	27%	46 022	31%	2999	29%	385 979 339
2007	204	23%	2 379 364	22%	95 100	17%	56 287	22%	3741	25%	474 842 806
2008	231	13%	2 777 900	17%	112 591	18%	71 743	27%	4320	15%	546 062 339
2009	271	17%	3 298 104	19%	129 748	15%	86 674	21%	5102	18%	652 368 093
2010	292	8%	3 629 777	10%	142 859	10%	97 624	13%	5584	9%	714 045 440
2011	302	3%	3 901 637	7%	149 196	4%	100 100	3%	5970	7%	771 218 660

On constate que la croissance de l'activité en 2011 est moins importante que les années antérieures. Ce ralentissement peut trouver plusieurs explications : couverture des départements français par au moins un établissement d'HAD depuis 2010, atteinte d'un seuil de maturité dans certains territoires de santé, difficultés des établissements confrontés à des prises en charges de plus en plus coûteuses, territoires difficiles d'accès, difficulté de recrutement de professionnels dans les territoires ruraux notamment.

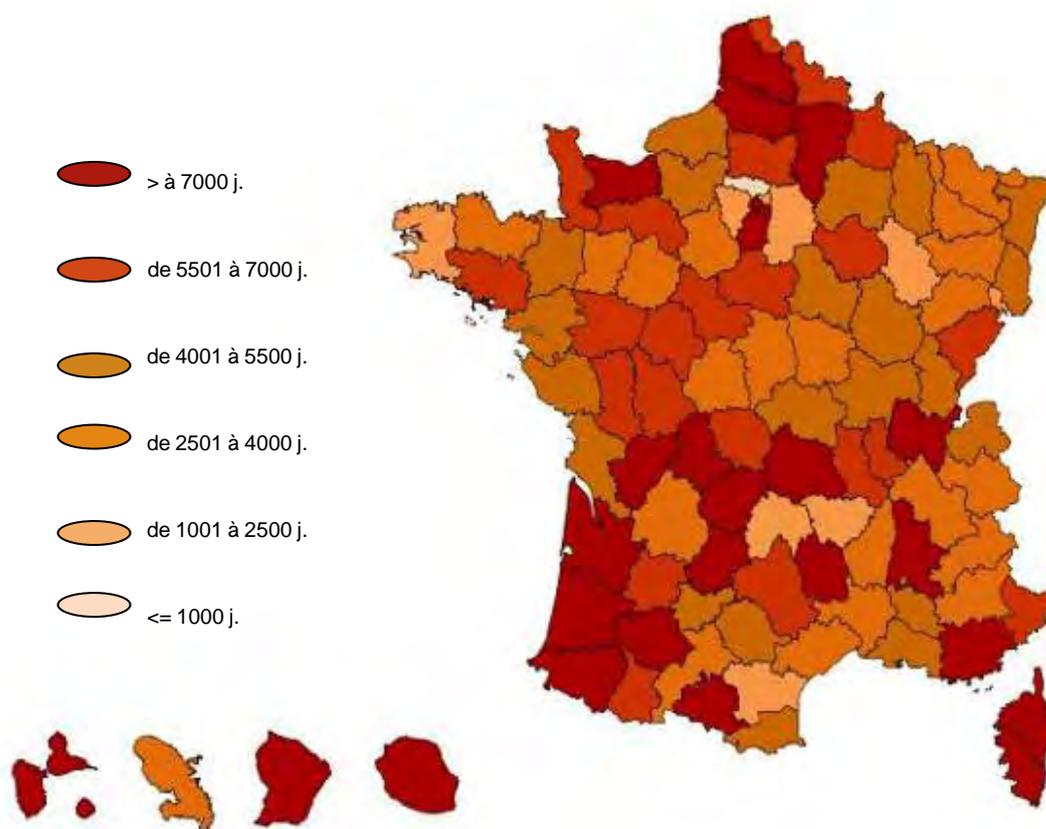
En 2011, ce sont près de 12 000 patients qui sont pris en charge chaque jour en HAD.

b) Taux de couverture

Carte 1 – Répartition du taux de couverture de l'activité d'HAD par département

Exprimée en journées pour
100 000 habitants

Source PMSI HAD / INSEE – Exploitation
Observatoire FNEHAD



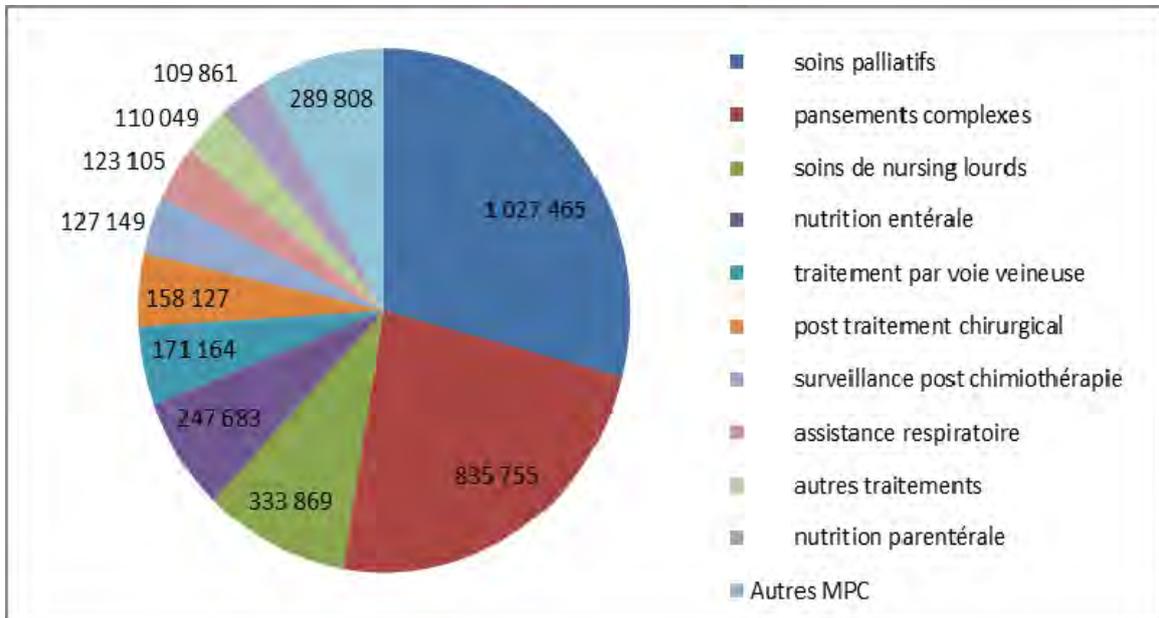
En 2011, seul le Val d'Oise dispose d'une activité de moins de 1000 journées pour 100 000 habitants contre 4 départements en 2010.

Les départements les plus couverts sont Paris, les Hauts de Seine, la Guyane et la Guadeloupe avec plus de 14 000 journées pour 100 000 habitants.

c) Motif de prise en charge

Graphique 1. Répartition des journées d'activité en 2011 en fonction des modes de prise en charge principaux

Données PMSI HAD – exploitation Observatoire de la FNEHAD



MPC : motifs de prise en charge.

En 2011, les soins palliatifs représentent toujours le mode de prise en charge principal le plus fréquent en terme de nombre de journées avec 1 027 465 journées soit 26.5% de l'activité totale et 28.4% de l'activité hors obstétrique et périnatalité.

Viennent ensuite la prise en charge des pansements complexes qui représentent 22% (835 755 journées) de l'activité et les soins de nursing lourd pour 9% (333 869 journées) de l'activité.

B. Spécificité de l'HAD de Montauban

1. Création

L'HAD de Montauban a ouvert ses portes le 9 mars 2009.

2. Spécificité

Il s'agit d'une HAD adossée à un centre hospitalier public (Centre Hospitalier de Montauban). Elle se divise en une HAD psychiatrique qui offre 10 places et une HAD polyvalente qui offre 20 places.

Le personnel comprend :

- 3 équivalents temps plein (ETP) médecins : 2 médecins polyvalents et 1 psychiatre
- 1 ETP cadre
- 1 ETP assistante sociale
- 1 ETP psychologue
- 1.5 ETP secrétaire
- 6 ETP infirmier diplômé d'état (IDE) somatique
- 5 ETP aide-soignant
- 6 ETP IDE psychiatrique

Le service fonctionne en collaboration avec la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) du Centre Hospitalier de Montauban.

L'HAD de Montauban assure en plus de l'astreinte paramédicale obligatoire, une astreinte médicale téléphonique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 avec déplacement si nécessaire.

L'HAD polyvalente de Montauban compte deux médecins à temps plein, ce qui apparaît comme une exception au niveau national. En effet le service a décidé de s'impliquer de façon active dans les soins en HAD avec des interventions régulières des médecins de l'HAD au domicile des patients. Cela permet également d'assurer une astreinte médicale de sécurité décrite ci-dessus.

Cette exception a été remarquée et n'a pas fait l'objet d'observation particulière de la part de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) lors de la procédure d'accréditation du service en juin 2012.

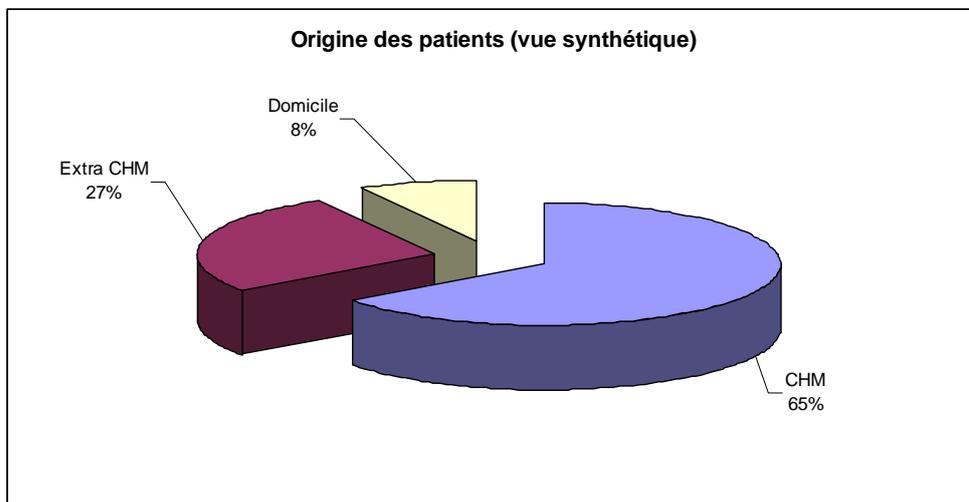
3. Activité

Toutes les données suivantes sont tirées du bilan d'activité 2012 de l'HAD de Montauban (10).

a) Nombre de patients

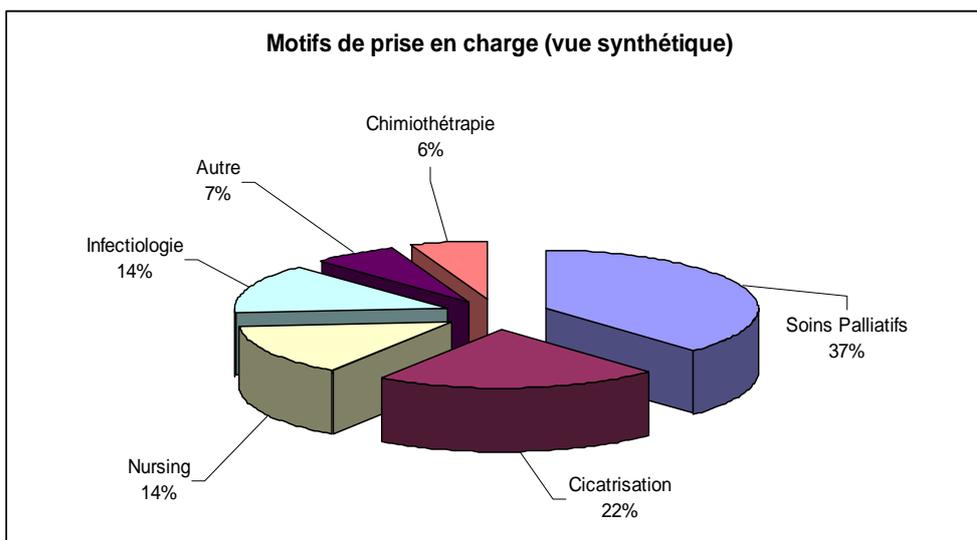
Nombre de lits :	20
Durée Moyenne de Séjour :	17
Nombre de jours d'hospitalisation :	5366
Taux d'occupation (%) :	73
Nombre de séjours :	313
Nombre total de patients traités :	126

b) Origine des patients



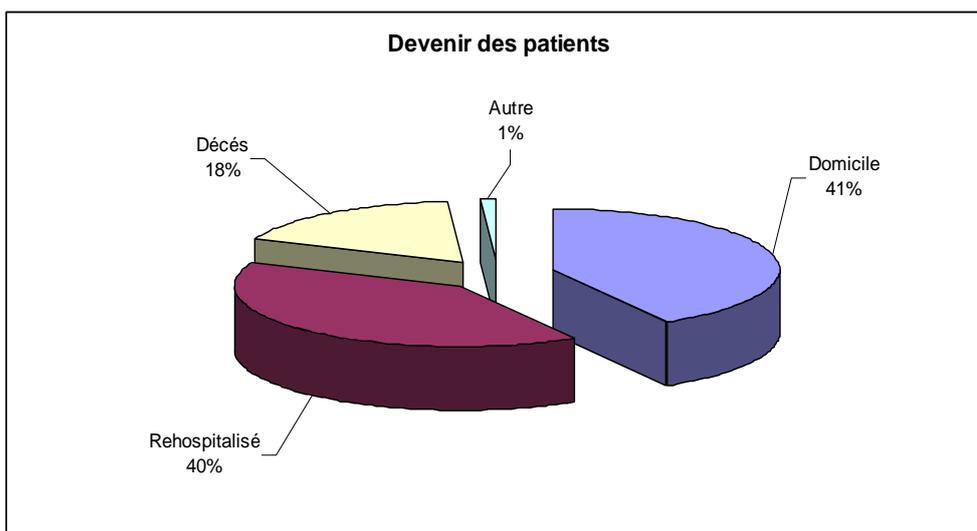
CHM = Centre Hospitalier de Montauban.

c) Motifs de prise en charge



On constate que le profil d'activité de l'HAD du Centre Hospitalier de Montauban est identique à celui constaté au niveau national : les soins palliatifs constituent l'essentiel de la prise en charge puis viennent ensuite la cicatrisation puis les soins de nursing. Il faut pourtant remarquer une prescription de soins palliatifs particulièrement élevée (37% des journées d'hospitalisation contre 26.5% au niveau national en 2011).

d) Devenir des patients



e) Permanence des soins

(1) Astreinte paramédicale

2012	Nombre	Heures
Appels	83	11,5
Déplacements	44	89,75

(2) Astreinte médicale

2012	Nombre	Heures
Appels	160	17
Déplacements	17	23,25

II. Objectif de l'étude

A. Objectif de l'étude

Des rapports récents, détaillés ci-après, ont mis en lumière des difficultés récurrentes dans les relations entre les établissements d'HAD et les professionnels libéraux notamment sur les thématiques de la transmission des informations, de l'organisation des soins et de la place des libéraux dans la prise en charge en HAD.

Nous avons constaté qu'il existait peu d'enquête pour recueillir le ressenti des médecins traitants et nous n'avons pas retrouvé d'enquête précise auprès des cabinets d'infirmiers libéraux.

L'HAD de Montauban n'a que 4 ans d'existence et n'a pas encore réalisé d'enquête importante auprès des professionnels libéraux.

Nous avons donc décidé de réaliser une enquête auprès des professionnels de ville, médecins traitants et cabinets d'infirmiers ayant travaillé avec l'HAD de Montauban. Le recueil de leur avis doit permettre de repérer les aspects perfectibles de l'organisation du service afin de s'inscrire dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles.

C'est pourquoi l'objectif de notre étude est :

Évaluer la qualité de la collaboration entre les équipes de soins médicales et paramédicales du service d'Hospitalisation à domicile du Centre Hospitalier de Montauban et les professionnels libéraux.

B. Rapports et Recommandations

1. Recommandation du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS)

En novembre 2010, l'IGAS a rendu un rapport complet sur l'Hospitalisation à Domicile en France (5). Ce rapport dresse un état des lieux des HAD en France et émet 16 recommandations principales.

Parmi ces recommandations, 5 sont au cœur de la collaboration entre l'hôpital et les professionnels libéraux :

- *Contribuer à la coordination des différents acteurs de prise en charge à domicile.*
- *Formaliser davantage et valoriser la coordination avec les libéraux.*
- *Encadrer et harmoniser la permanence des soins en l'adaptant aux types de prises en charge.*
- *Renforcer la formation des intervenants libéraux et développer la formation (initiale et continue) en matière de coordination médicale et paramédicale.*
- *Améliorer les conditions de la prescription en accélérant l'élaboration de référentiels nationaux et le développement d'études médico-économiques sur la place de l'HAD dans le parcours de soins.*

2. Recommandation du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)

En 2012, l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Midi-Pyrénées a proposé trois axes d'effort pour les HAD dans le cadre du Schéma Régional d'Organisation des Soins (11):

- Promouvoir le recours à l'HAD auprès des prescripteurs.

L'HAD tient sa particularité d'être positionnée à l'articulation des secteurs hospitaliers et ambulatoires. Elle est donc une structure mixte utilisant les compétences internes de ses propres équipes et coordonnant les interventions des professionnels extérieurs. La caractéristique et l'originalité des établissements d'HAD consistent à instituer une coopération étroite entre professionnels de santé, salariés ou libéraux, fondée sur leur complémentarité et leur pluridisciplinarité. Pour ce faire, une appropriation de ce mode de prise en charge par tous les acteurs est nécessaire.

- Faciliter l'organisation et le fonctionnement des structures et des acteurs.

La vocation de l'HAD est de mettre en place et de coordonner au domicile du patient l'intervention de multiples professionnels, salariés ou libéraux, autour du projet personnalisé de soins du patient. Il est donc nécessaire de clarifier la place des différents acteurs et d'assurer une coordination efficace.

- Assurer une offre d'HAD de qualité dans tous les territoires.

C. Enquêtes antérieures

1. Thèse HAD de 2000

Une thèse soutenue en 2000 à la faculté de Purpan par le Dr Monticelli et dirigée par le Pr Arlet-Suau dressait un état des lieux de l'HAD en Midi-Pyrénées. (12)

Cette enquête mettait en évidence la méconnaissance des médecins généralistes vis-à-vis des prises en charge en HAD, tant sur le plan des indications que du fonctionnement de l'HAD.

2. Thèse HAD de 2008

Une thèse soutenue en 2008 à Grenoble intitulée : « Intérêts et insuffisances de l'HAD selon le ressenti du médecin généraliste. Expérience de l'HAD de Crest » (13).

Cette thèse se basait sur des questionnaires réalisés chez des médecins généralistes pour évaluer leur avis sur l'HAD de Crest.

Les médecins interrogés reconnaissaient une certaine méconnaissance de la structure et évoquaient des difficultés à trouver leur place dans la prise en charge ainsi que des problèmes de communication et d'organisation.

3. Thèse HAD de 2011

Une autre thèse soutenue en 2011 à Grenoble intitulée : « Fin de vie en hospitalisation à domicile. Acteurs : médecins généralistes – médecins coordonnateurs – équipe HAD » (14).

Cette thèse plus axée sur les soins palliatifs retrouvait les mêmes problématiques de positionnement des médecins libéraux au sein de l'HAD et de méconnaissance du rôle du médecin coordonnateur.

De plus ce travail soulevait les problématiques de permanence des soins et de formation médicale continue.

4. Enquête HAD de Montauban

En 2011 une enquête de satisfaction dirigée par le service qualité du CH de Montauban a été réalisée auprès de 14 médecins traitants ayant travaillé régulièrement avec l'HAD de Montauban (15).

Seuls 3 médecins ont retourné le questionnaire. Cette donnée traduit probablement un manque d'intérêt des médecins généralistes pour la structure HAD.

L'analyse des résultats, peu significative du fait du faible taux de réponses, mettait en lumière comme principal reproche fait à l'HAD le manque de communication au quotidien.

III. Matériel et méthode

A. Questionnaire

Il s'agit d'une enquête de satisfaction des médecins généralistes et des IDE libéraux concernant l'HAD du Centre Hospitalier de Montauban.

Nous avons proposé 2 questionnaires, 1 pour les médecins traitants (Annexe 1) et 1 pour les infirmiers libéraux (Annexe 2).

Les questionnaires sont subdivisés en 6 thématiques sur l'HAD :

- Appréciation générale
- Prescription/inclusion
- Permanence des soins
- Information/communication
- Organisation des soins
- Place des professionnels libéraux

La majorité des questions sont à choix multiples :

- 1/avis très négatif
- 2/avis plutôt négatif
- 3/avis plutôt positif
- 4/avis très positif

Un certain nombre de questions appellent à une réponse par OUI ou par NON. Une question propose un choix de réponses différentes (aucune, diminution, augmentation).

Il existe également deux questions ouvertes dans le questionnaire.

B. Critère d'inclusion

1. Médecin

Pour cette enquête, il nous semblait important de nous adresser à des médecins ayant travaillé à plusieurs reprises avec l'HAD.

De plus nous avons voulu nous concentrer sur les deux dernières années (2011-2012), années qui nous apparaissent plus représentatives de l'activité de l'HAD de Montauban (2009 et 2010 étant les années de mise en place du service).

Ainsi nous avons inclus tous les médecins généralistes ayant eu au moins trois patients pris en charge par l'HAD de Montauban au cours des années 2011-2012 soit 32 Médecins Généralistes sur le Tarn-et-Garonne.

2. Infirmière

L'HAD de Montauban disposant de son propre personnel IDE, le recours aux IDE libéraux n'est pas systématique.

Nous avons choisi d'inclure tous les infirmiers ayant travaillé au moins à deux reprises avec l'HAD au cours des années 2011-2012 soit 38 infirmiers sur le Tarn-et-Garonne.

C. Méthode de recueil

L'intégralité des questionnaires a été déposée en mains propres lorsque cela était possible ou dans les boîtes aux lettres des professionnels tout en contactant ces derniers par téléphone pour leur expliquer l'objectif et les modalités de réalisation de l'étude.

Le retour des questionnaires pouvait se faire par voie postale grâce à une enveloppe affranchie fournie avec le questionnaire ou bien par mail.

En cas d'absence de réponse, plusieurs rappels téléphoniques ont été réalisés.

La période de recueil s'est étendue de fin mai à mi-juillet 2013.

D. Nombre de réponse

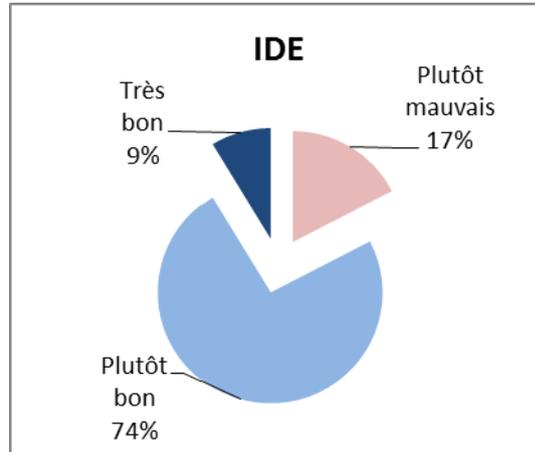
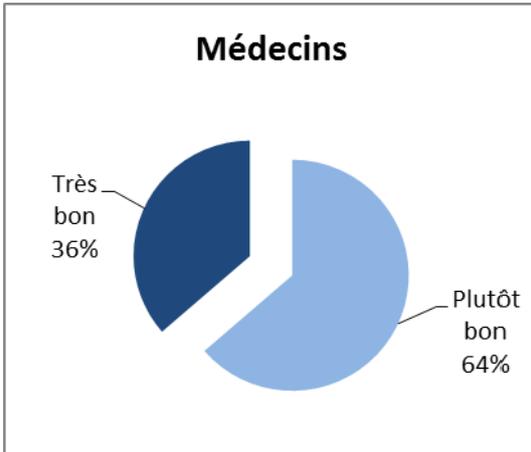
Sur les 32 médecins sollicités, 22 ont retourné le questionnaire soit 68.75%.

Sur les 38 IDE, 23 ont renvoyé le questionnaire soit 60.53%.

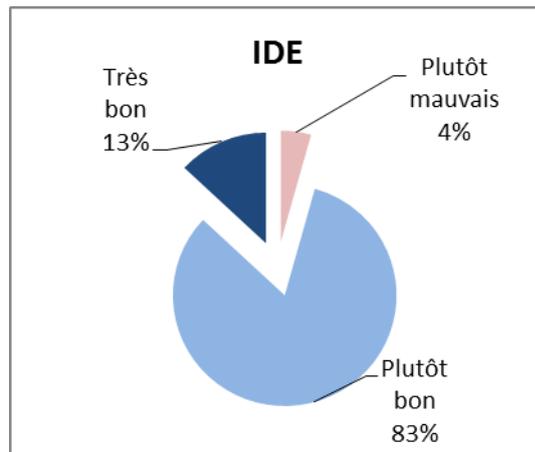
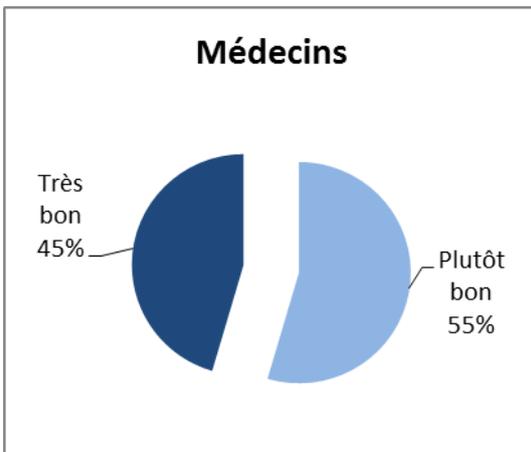
IV. Résultats

A. Appréciation générale

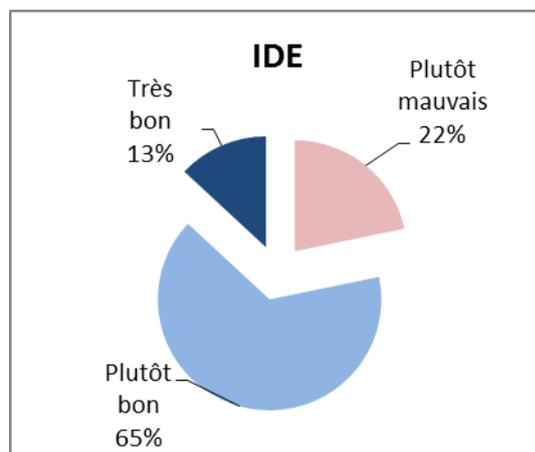
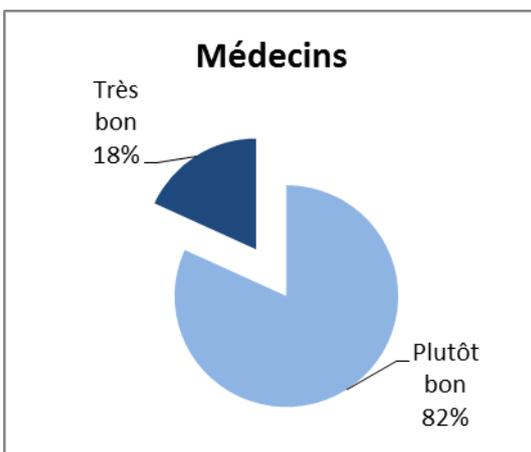
1. Votre avis général sur l'HAD ?



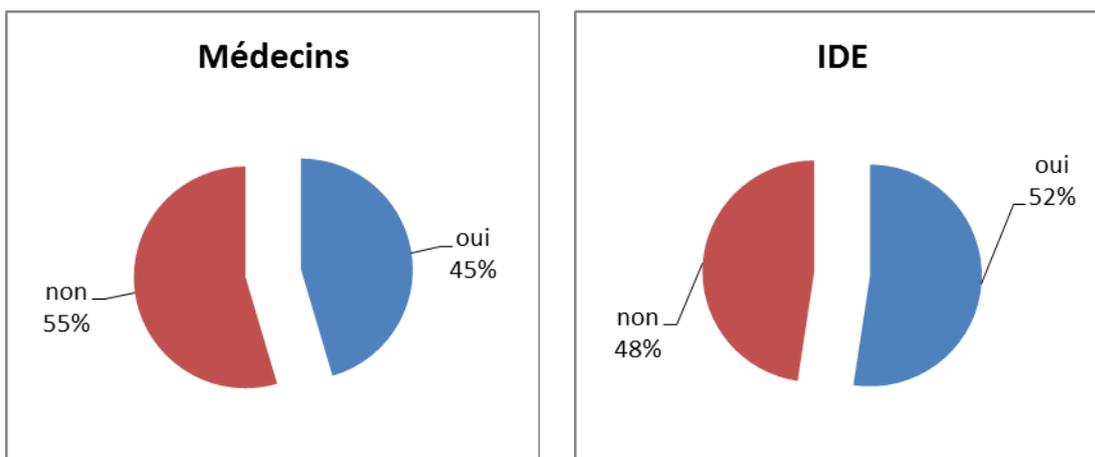
2. Votre avis sur le niveau de bénéfice pour le patient ?



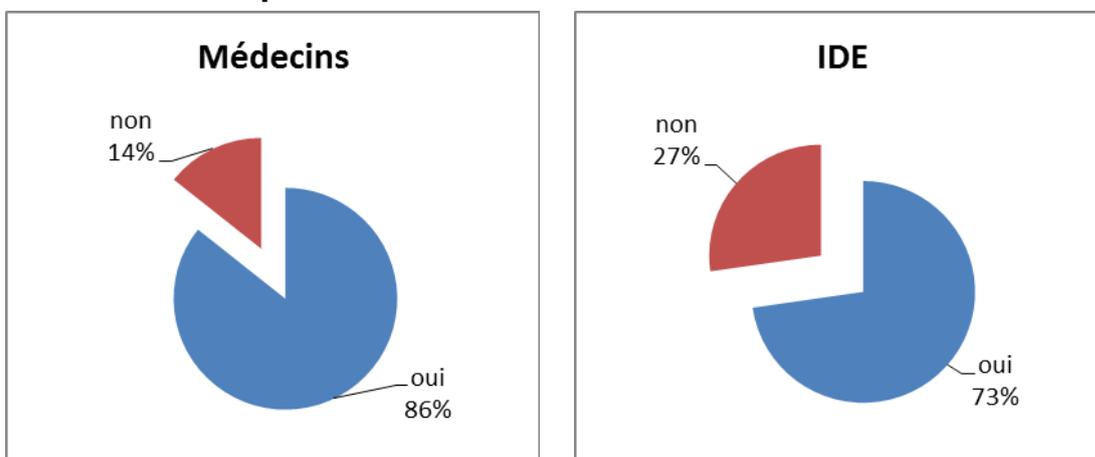
3. Votre avis sur le niveau de bénéfice (aide) pour vous ?



4. Souhaiteriez-vous prendre en charge plus de patient en HAD ?



5. Pensez-vous que l'HAD permette le maintien à domicile de patients qui en son absence seraient hospitalisés ?



6. Interprétation

Pour commencer nous pouvons voir que l'avis général des professionnels de santé vis-à-vis de l'HAD de Montauban est globalement positif. En effet 100% des médecins et 83% des IDE ont un avis très bon ou plutôt bon.

Il existe toutefois une différence entre médecins et IDE. Les IDE semblent avoir un avis moins favorable que les médecins, ainsi si nous comptons 36% d'avis très bons chez les médecins, ce chiffre tombe à 9% chez les IDE. De plus il faut noter que 17% des IDE interrogés ont un avis plutôt mauvais de l'HAD.

Le bénéfice pour le patient est majoritairement reconnu par les médecins et les IDE, par contre nous notons que 22% des IDE estiment que le niveau d'aide pour leur activité professionnelle est plutôt mauvais contre 0% pour les médecins, là encore nous retrouvons un avis moins favorable à l'HAD de la part des IDE.

Environ la moitié des médecins et des IDE interrogés ne souhaite pas prendre en charge d'avantage de patients en HAD.

Le rôle de l'HAD pour éviter des hospitalisations est majoritairement reconnu (86% des médecins et 73% des IDE).

B. Prescription / Inclusion

1. Selon vous qu'elles sont les indications de prescription d'une HAD ?

Réponses retranscrites en reprenant les termes utilisés par les personnes interrogées.

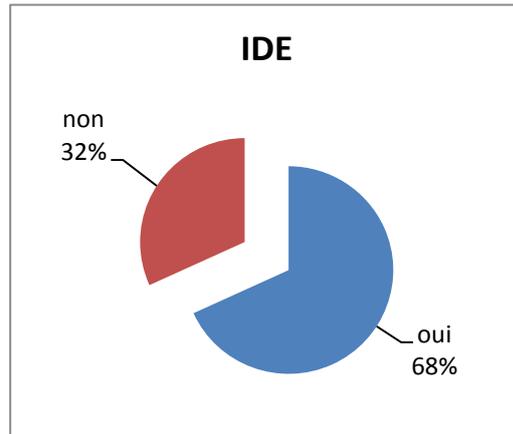
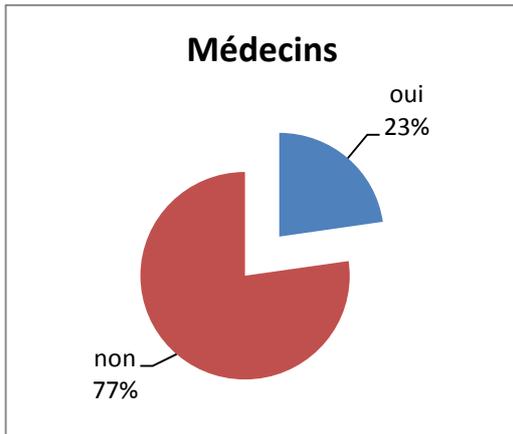
Médecins :

- « Maintien à domicile » réponse donné par 4 médecins différents (x4)
- « Patients lourds »(x2),
- « Suite d'hospitalisation »(x2),
- « Nécessité de permanence des soins et d'une surveillance médicale intensive »
- « Prise en charge médicamenteuse et technique de type hospitalière »
- « Continuité des soins hospitaliers »
- « Souhait du patient »
- « Souhait de la famille »
- « Néoplasie stade terminal »,
- « Soins à visée palliative »
- « Il ne s'agit pas de prescrire des soins palliatifs à domicile ».

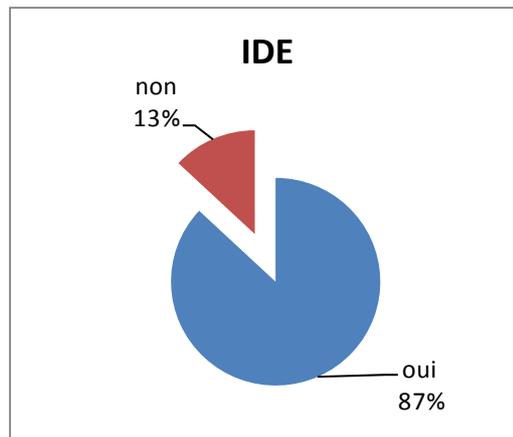
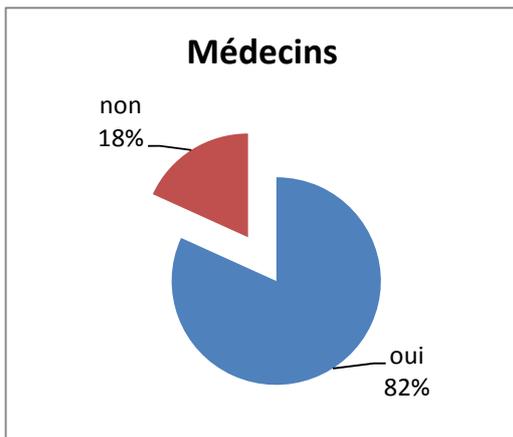
IDE :

- « Soins palliatifs »(x4),
- « Soins lourds »(x3),
- « Prise en charge complexe »(x2)
- « Surveillance fréquente et suivi médical rapproché »(x2)
- « Soins spécifiques »,
- « VAC » (cicatrisation en pression négative),
- « Chimiothérapie »,
- « Perfusion sur PAC » (Chambre implantable)
- « Voie veineuse centrale »
- « Relais entre une hospitalisation et le domicile »
- « Soins lourds qui nécessiteraient une hospitalisation autre que fin de vie plus du ressort de palliadol » (Palliadol 82: réseau de soins de ville pour les soins palliatifs dans le Tarn-et-Garonne)
- « Aide psychologique »,
- « Patient gérable et stable »
- « Pour ne pas bloquer des lits d'hospitalisation ».

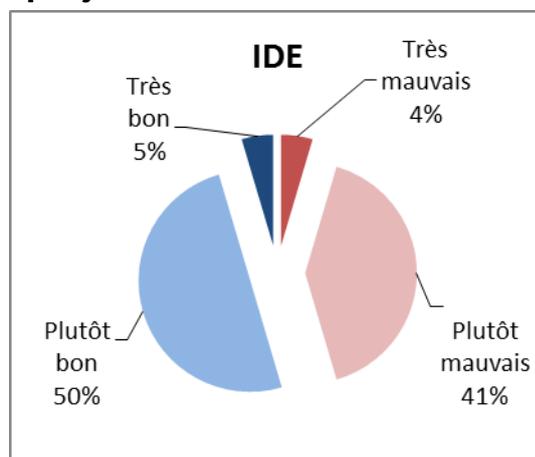
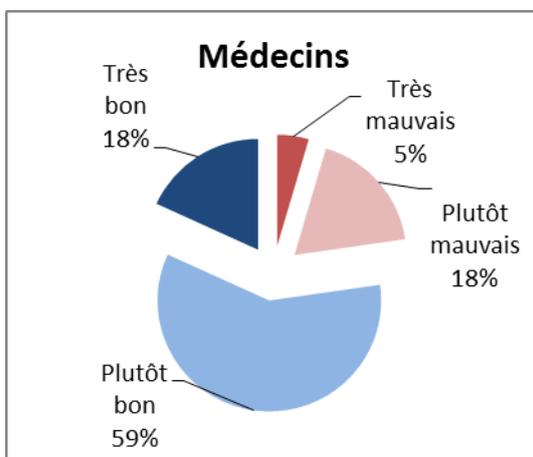
2. Avez-vous la sensation que l'HAD vous a été imposée dans votre pratique ?



3. Pour vous existe-t-il une différence d'indication de prescription entre HAD et réseau de soins (notamment dans le domaine des soins palliatifs et soins de support type Palliadol) ?



4. Votre avis sur la manière dont l'HAD vous a impliqué lors de l'élaboration du projet de soins ?



5. Interprétation

Si seulement 23% des médecins ont eu la sensation que l'HAD leur a été imposée, 68 % des IDE ont eu ce sentiment, cette différence s'explique peut-être par le fait que les IDE n'interviennent pas dans la décision de mise en place d'une HAD alors que le médecin traitant doit obligatoirement donner son accord en signant un « accord de prise en charge ».

Nous comptons donc 77 % de médecins qui n'ont pas eu le sentiment que l'HAD leur a été imposée et nous retrouvons 77% de médecins qui ont un avis plutôt positif ou très positif sur leur implication dans l'élaboration du projet de soins. Ces 2 données sont peut-être à rapprocher : un médecin qui se sent impliqué dans le projet de soins n'aura probablement pas la sensation d'une HAD imposée à sa pratique.

Si nous relevons tout de même 5 % d'avis très mauvais et 18% d'avis plutôt mauvais chez les médecins sur cette question de l'implication dans l'élaboration du projet de soins, ces chiffres atteignent 4% d'avis très mauvais et 41% d'avis plutôt mauvais pour les IDE. Là encore les IDE semblent avoir un avis plus péjoratif que les médecins.

Les indications de prescription d'une HAD rapportées sont plutôt pertinentes que ce soit chez les médecins ou les IDE. Nous retenons les idées de suite ou de raccourcissement d'hospitalisation pour des patients lourds et complexes. Nous retrouvons les principales activités des HAD dans la liste des indications citées notamment les soins palliatifs qui représentent 26.5% des motifs de prise en charge en HAD au niveau national selon les chiffres de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (3) et la cicatrisation (22% au niveau national).

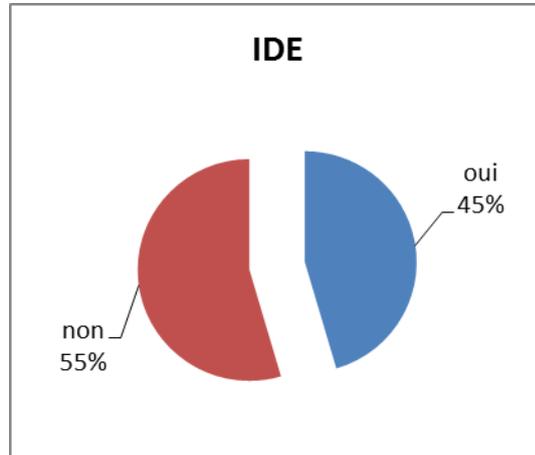
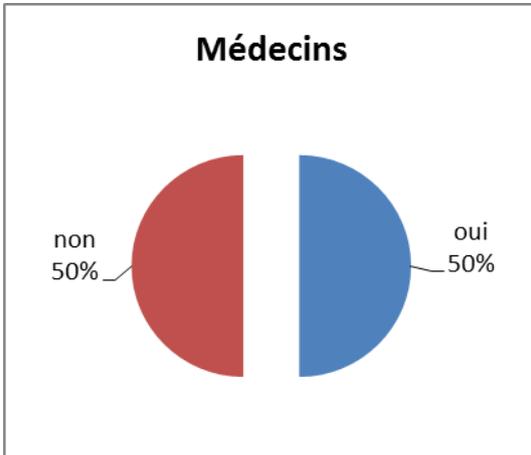
Pour les IDE nous notons quelques réponses étonnantes comme les perfusions sur PAC qui peuvent être des soins du ressort de la médecine de ville.

Nous notons quelques avis partagés pour la prise en charge des soins palliatifs, certains y voient une indication d'HAD importante et pour d'autres, les soins palliatifs sont plus du ressort des réseaux de soins de type Palliadol.

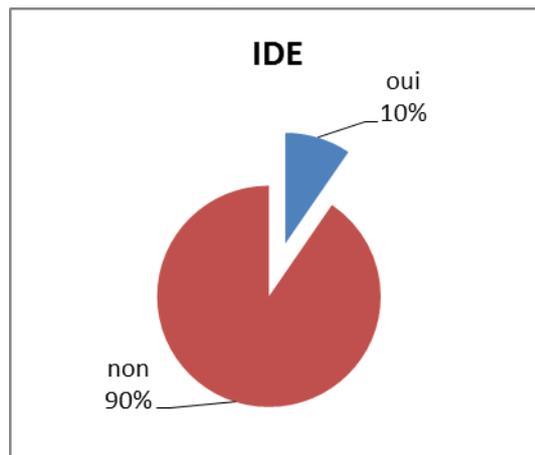
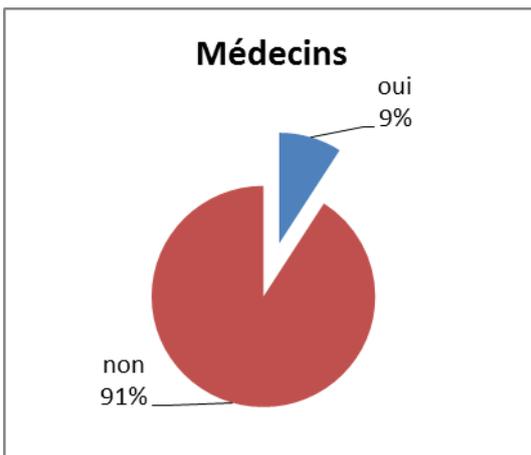
Cependant les différences d'indications entre l'HAD et les réseaux de soins de ville semblent bien comprises (82% des médecins et 87% des IDE). Ce résultat semble indiquer que l'HAD de Montauban a su trouver sa place dans l'offre de soins à domicile en ville au côté des réseaux de soins. Le rapport de l'IGAS (5) avait relevé au niveau national des difficultés dans ce domaine.

C. Permanence des soins

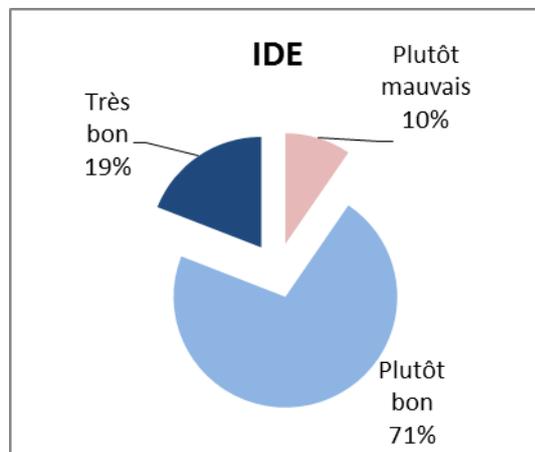
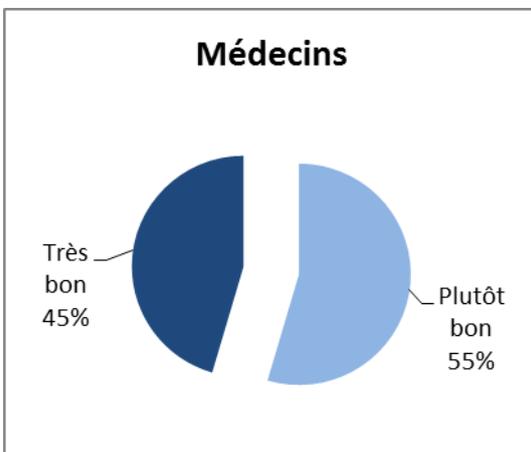
1. Connaissez-vous les modalités d'organisation de la permanence des soins de l'HAD ?



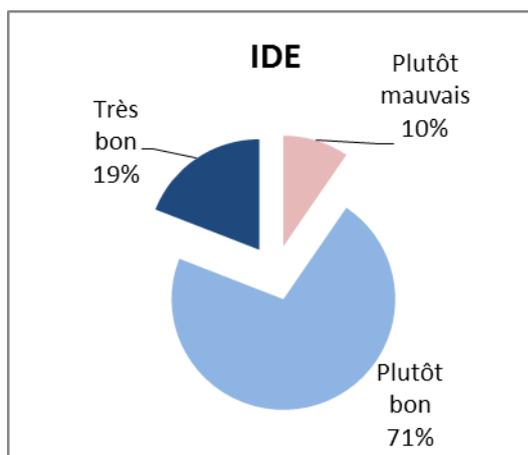
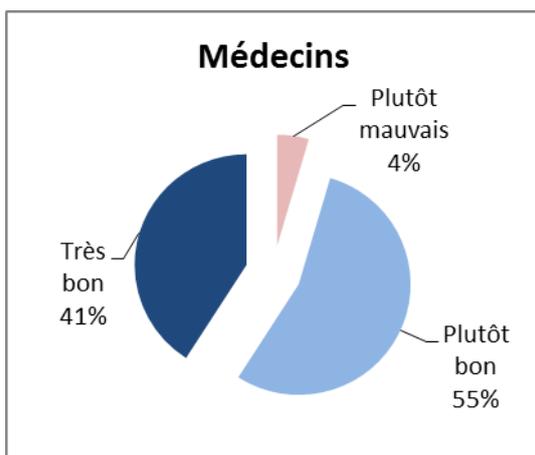
2. Pensez-vous pouvoir assumer seul la permanence des soins des patients pris en charge en HAD ?



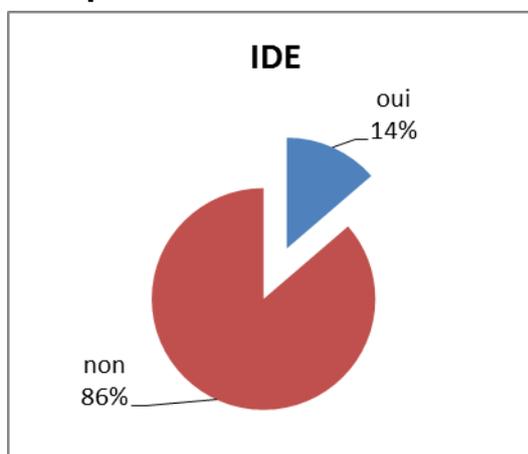
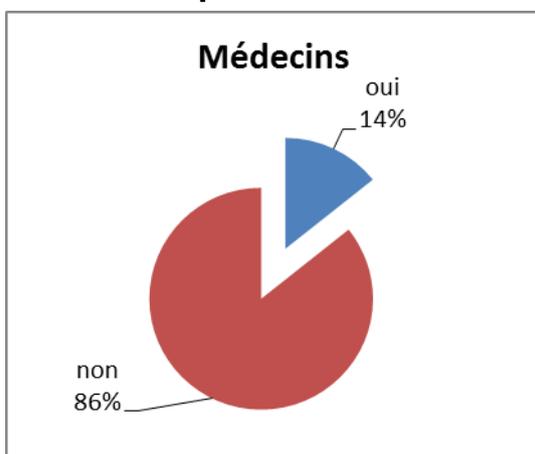
3. Votre avis sur l'existence d'une astreinte paramédicale 7j/7 et 24h/24 par le personnel de l'HAD ?



4. Votre avis sur l'existence d'une astreinte médicale 7j/7 et 24h/24 par les médecins coordonnateurs de l'HAD ?



5. Souhaiteriez-vous être plus impliqué dans la permanence des soins des patients en HAD ?



6. Interprétation

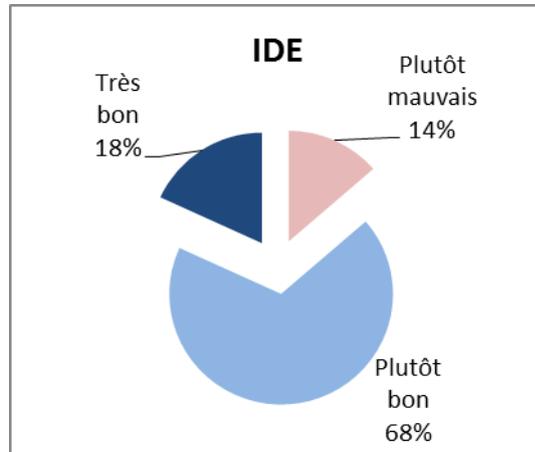
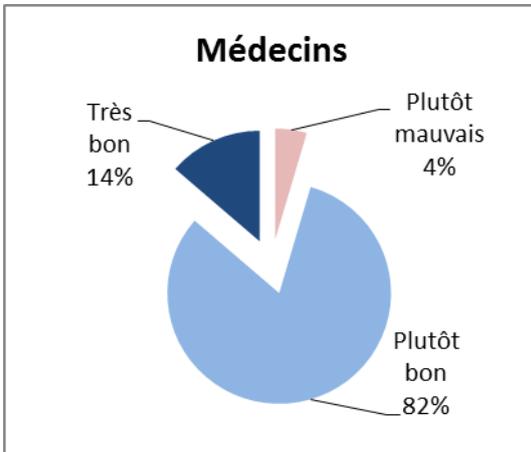
La moitié des professionnels interrogés ne connaissait pas les modalités d'organisation de la permanence des soins en HAD, ce résultat peut bien sûr s'expliquer par une mauvaise communication de l'HAD, mais également par une faible implication des médecins de ville, l'HAD assurant la totalité des appels et des déplacements médicaux relatifs à la permanence des soins. Il faut noter que dans le Tarn-et-Garonne, tous les médecins signent une convention sur laquelle sont mentionnées les modalités d'organisations de la permanence des soins. Il faut donc probablement en conclure que le seul fait de signer un document décrivant l'organisation de la permanence des soins n'est pas suffisant et doit peut-être être complété par une explication orale.

Quoi qu'il en soit, les médecins ont un avis positif sur l'existence d'une astreinte 7j/7 et 24h/24 paramédicale (100%) et médicale (96%), les IDE ont également un avis favorable mais moins marqué (paramédicale et médicale: 90%).

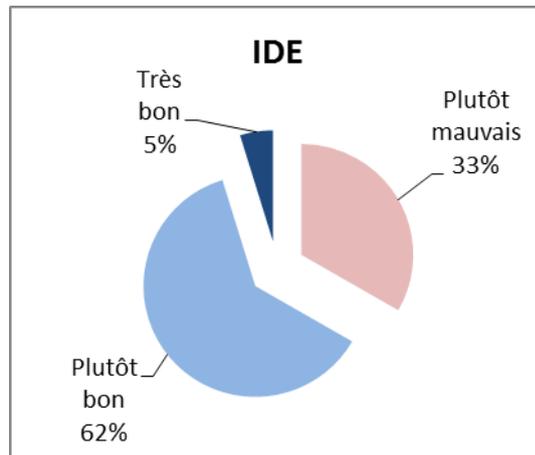
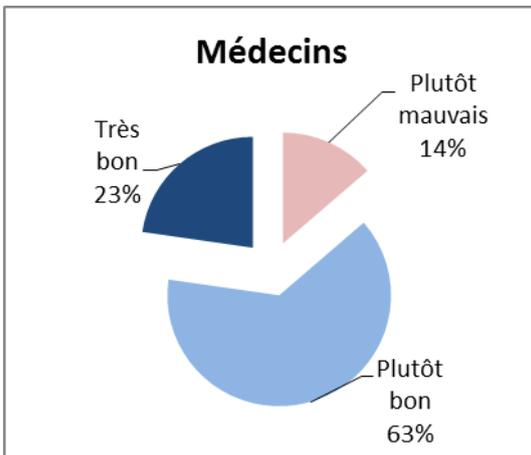
Très clairement les professionnels libéraux, médecins et IDE confondus, ne pensent pas pouvoir assurer seuls la permanence des soins en HAD et ne souhaitent pas y être plus impliqués.

D. Information / communication

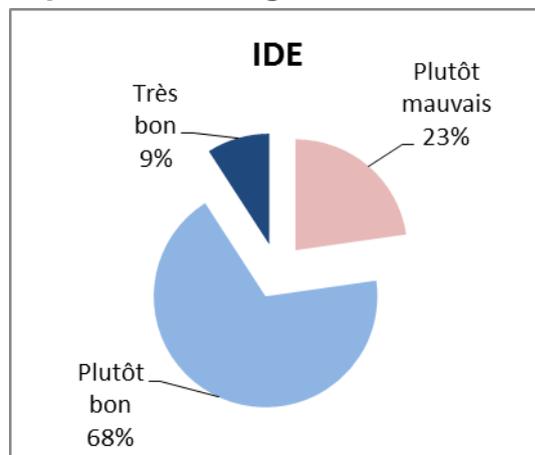
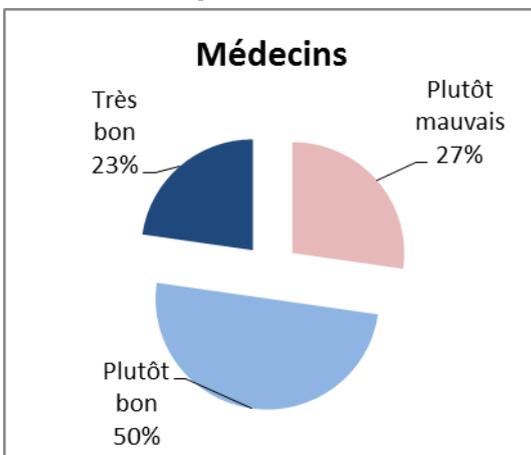
1. Votre avis sur la facilité à contacter l'HAD ?



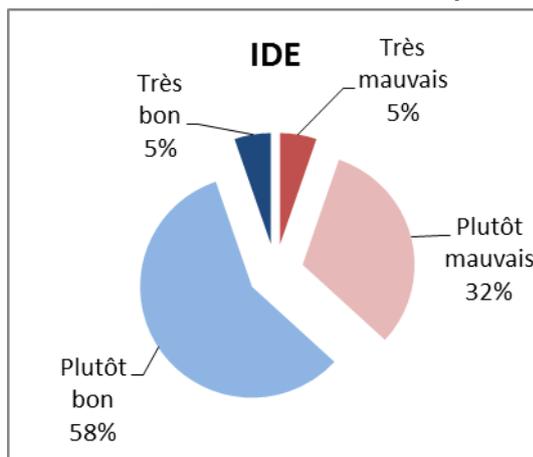
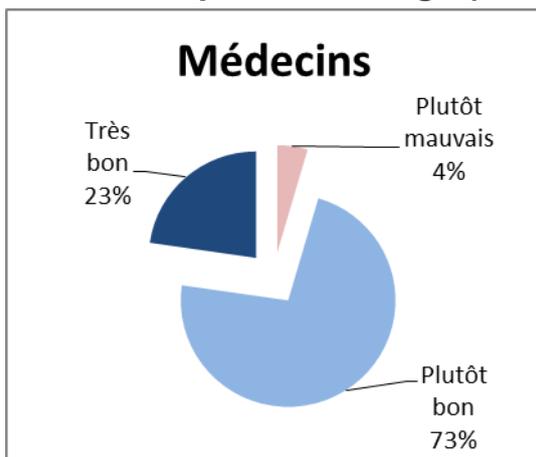
2. Votre avis sur l'accès au dossier médical du patient ?



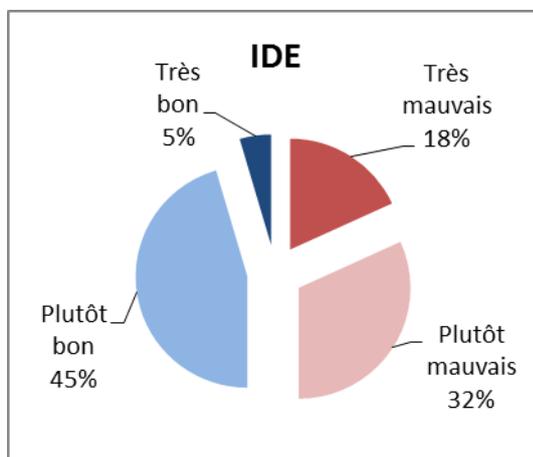
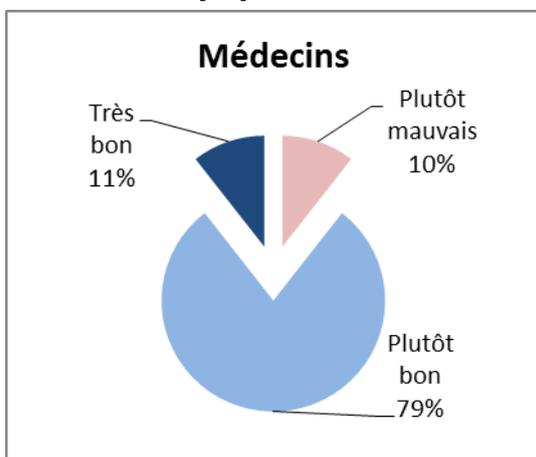
3. Votre avis sur les informations de suivi dispensées par l'HAD au cours de la prise en charge ?



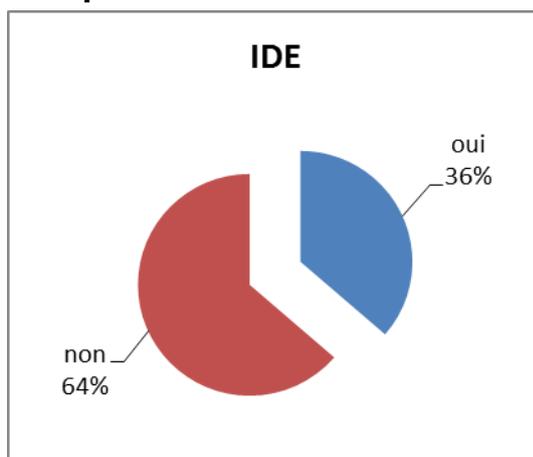
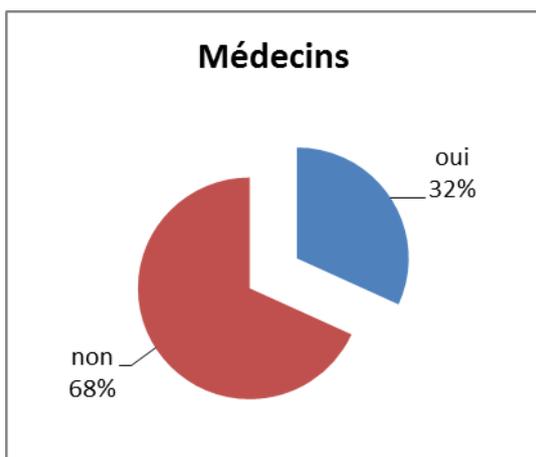
4. Votre avis sur les informations dispensées en fin de prise en charge (lettre de sortie, transmission IDE) ?



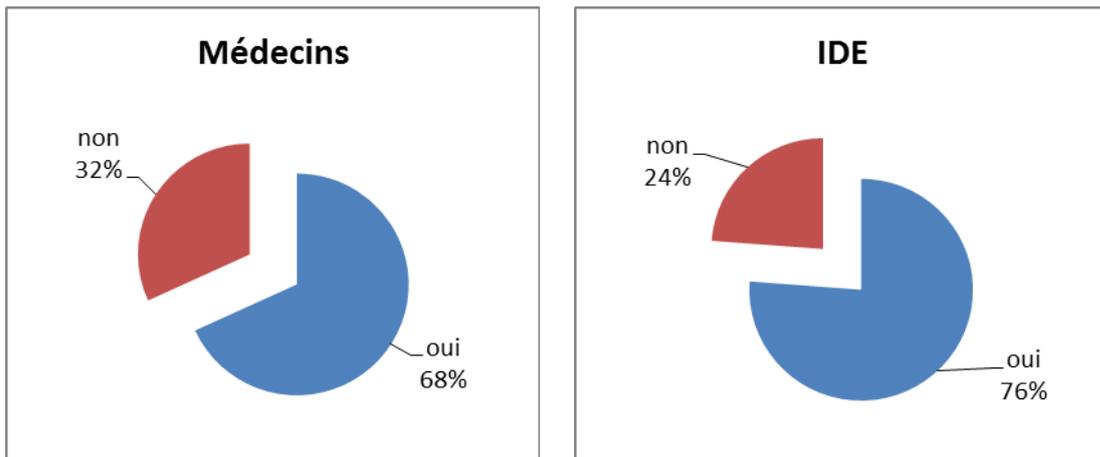
5. Votre avis sur l'ergonomie du dossier médical papier ?



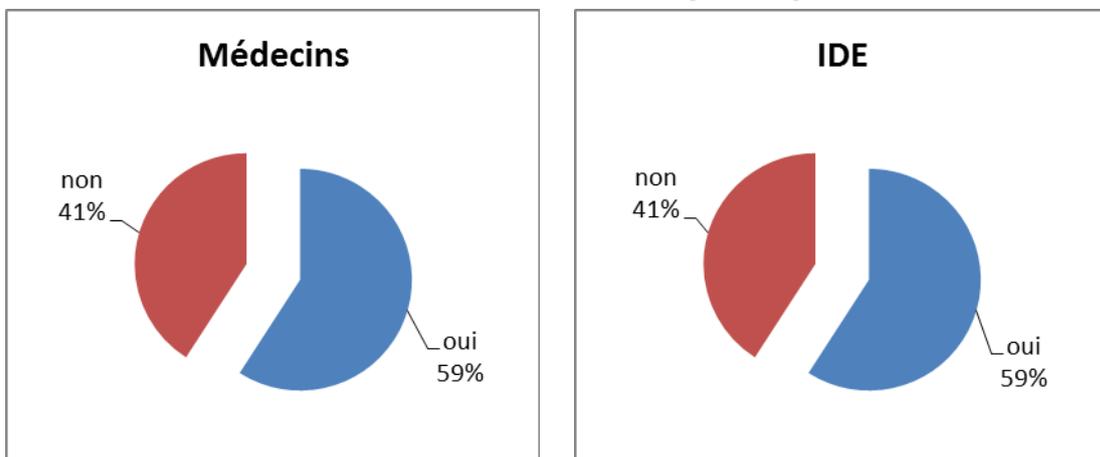
6. Souhaiteriez-vous la mise en place d'un dossier informatisé au domicile du patient ?



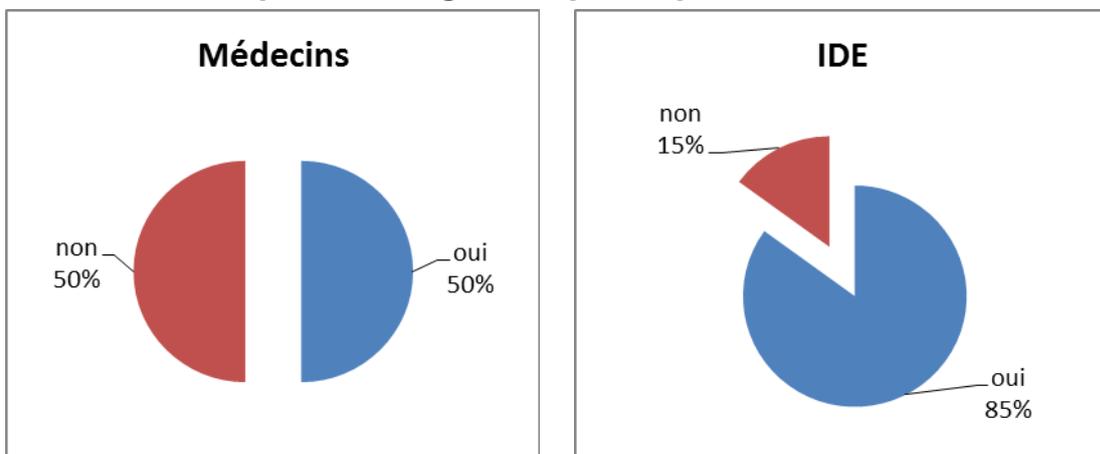
7. Souhaiteriez-vous bénéficier d'un accès informatique au dossier du patient depuis votre cabinet ?



8. Seriez-vous prêt à vous former à la manipulation d'un dossier médical informatisé spécifique HAD ?



9. Pensez-vous que des rencontres régulières entres les acteurs de soins au lit du patient (IDE, médecin traitant, médecins coordonnateurs) soient préférables aux simples échanges téléphoniques ?



10. Interprétation

96% des médecins et 86% des IDE trouvent plutôt facile ou très facile de contacter l'HAD.

En revanche en ce qui concerne les transmissions d'informations au cours de la prise en charge en HAD, nous notons que 27% des médecins et 23% des IDE ont un avis plutôt mauvais, nous retrouvons là des reproches déjà évoqués dans des enquêtes réalisées pour d'autres HAD (13) (14).

Si les IDE semblent favorables à l'organisation de rencontres régulières au lit du patient (85%), ce qui favoriserait probablement la transmission des informations, les médecins sont plus partagés sur cette question (50%).

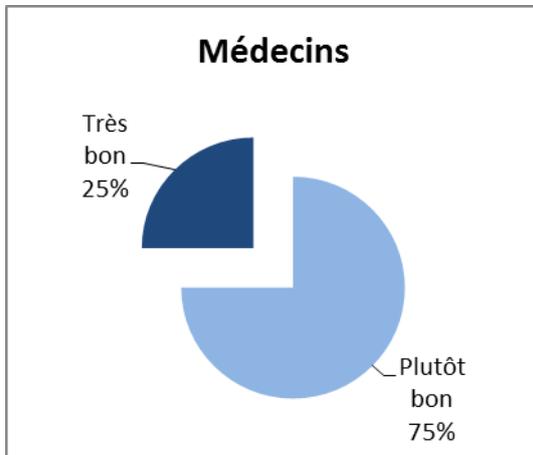
96% des médecins sont plutôt satisfaits ou très satisfaits en ce qui concerne les transmissions de fin de séjour, ce chiffre tombe à 63% chez les IDE avec même 5% d'avis très mauvais. Ce point met en évidence une faiblesse dans les transmissions IDE alors que les informations médicales semblent bien passer entre les médecins. Il faut remarquer que l'évaluation annuelle obligatoire des critères IPAQS (16) révèle en 2012, pour l'HAD du centre hospitalier de Montauban, un taux de 100% de courrier adressé au médecin généraliste dans les 7 jours qui suivent la sortie du patient. Ce point explique probablement la satisfaction des médecins en ce qui concerne les informations de fin de séjour. Il semble par contre que les informations concernant les IDE, normalement formalisées sur une fiche de liaison infirmière, soient moins souvent données au vu de ces résultats.

L'accès au dossier médical (86% d'avis favorables) et son ergonomie (90% d'avis favorables) semblent globalement convenir aux médecins. Par contre nous notons clairement que pour les IDE, l'accès au dossier semble plus compliqué avec 33% d'avis plutôt négatifs et surtout une ergonomie de ce dossier qui récolte 50% d'avis négatifs. Ces différences pourraient s'expliquer par le fait que les IDE sont beaucoup plus en contact avec le dossier médical (contact pluriquotidien) que les médecins (contact hebdomadaire) et donc plus à même de le critiquer.

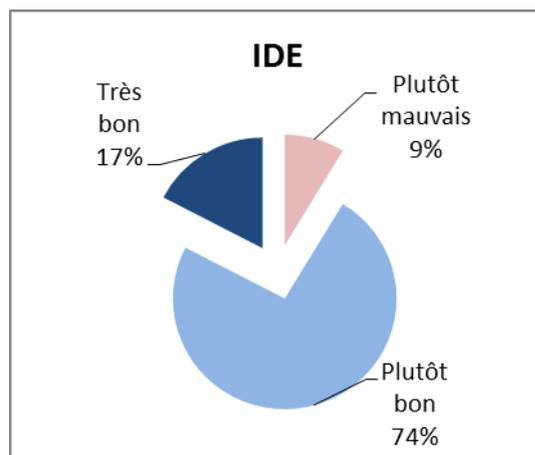
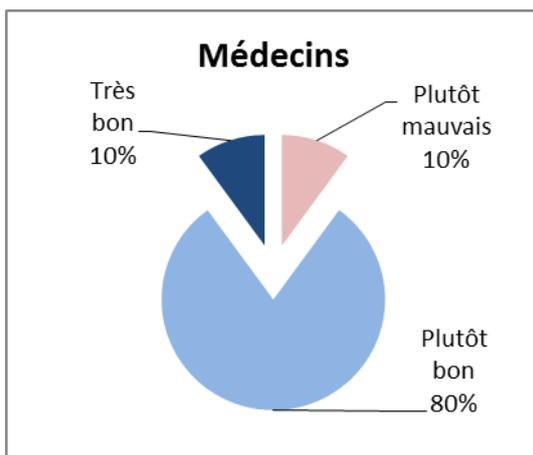
Si les médecins et les IDE ne souhaitent pas la mise en place d'un dossier informatisé au domicile du patient (non à 68% et 64%), ils semblent plus favorables à la mise en place d'un accès informatique au dossier du patient depuis leur cabinet (oui à 68% et 76%) pour lequel ils seraient majoritairement prêts à se former (59% chez les médecins et les IDE).

E. Organisation des soins

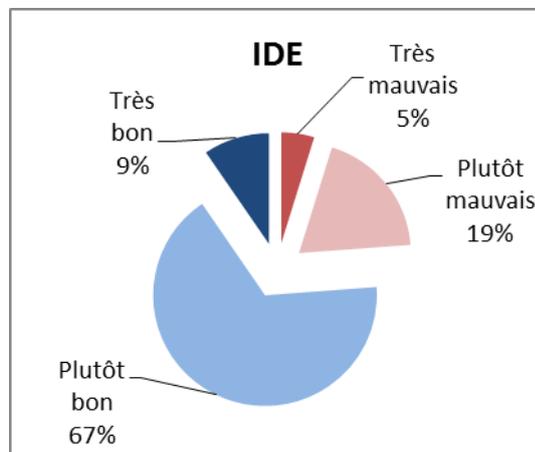
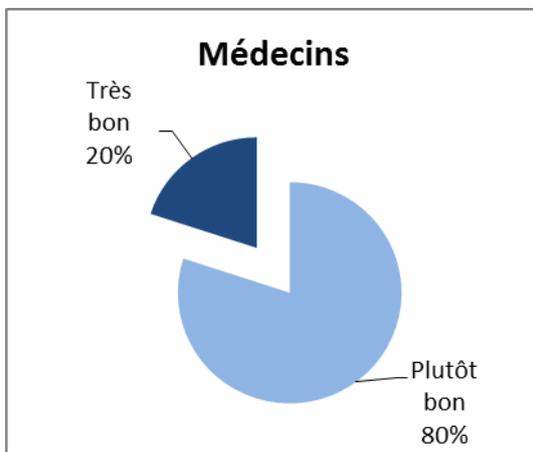
1. Votre avis sur les modalités de prescriptions médicamenteuses ?



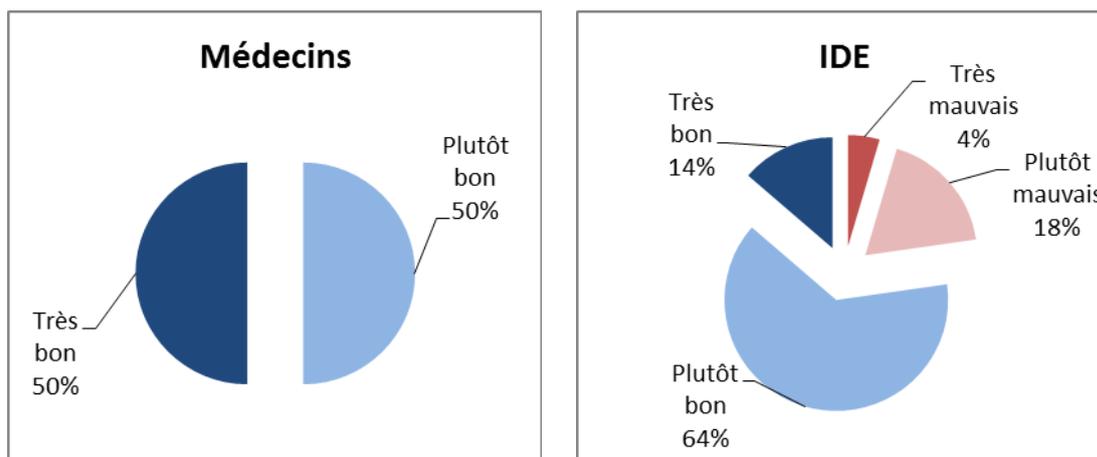
2. Votre avis sur la lisibilité des prescriptions médicamenteuses en HAD ?



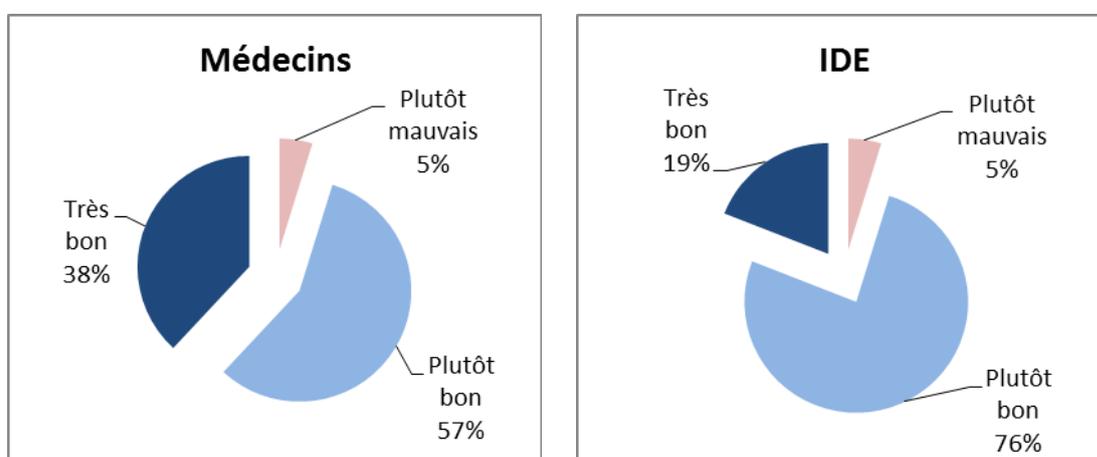
3. Votre avis sur la disponibilité des médicaments en HAD ?



4. Votre avis sur la disponibilité du matériel médical en HAD ?



5. Votre avis sur la réactivité de l'HAD face aux différentes difficultés rencontrées ?



6. Interprétation

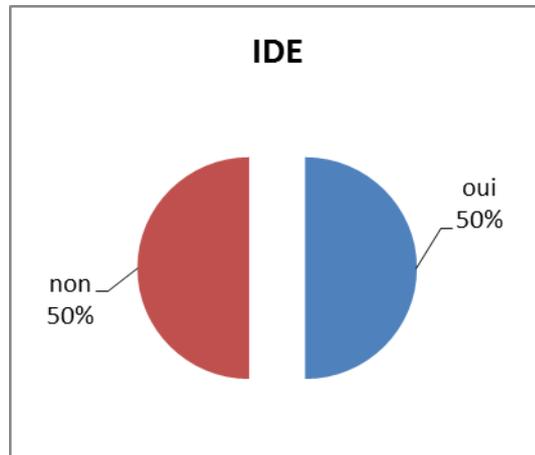
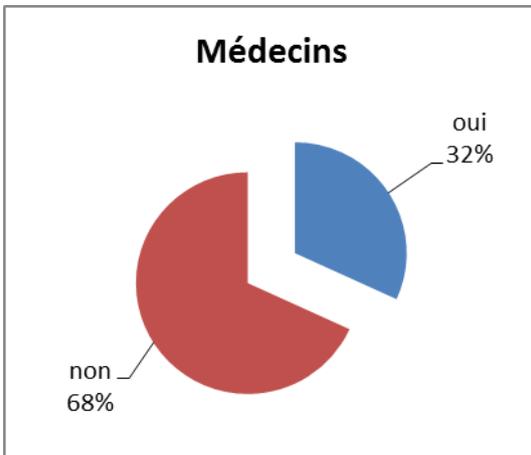
Les modalités de prescriptions médicamenteuses en HAD semblent être appréciées par les médecins (100% d'avis positifs) et la lisibilité de ces prescriptions par les IDE semble bonne (91% d'avis positifs chez les IDE).

Si les médecins semblent satisfaits de la disponibilité des médicaments (100 % d'avis favorables) et surtout du matériel médical en HAD (100% d'avis favorables dont 50% d'avis très favorables), il semblerait que les IDE rencontrent quelques difficultés pour la disponibilité des médicaments (24% d'avis défavorables) et du matériel médical (22%). Cette différence s'explique probablement par le fait que les IDE ont une activité directement liée aux médicaments et aux matériels, ils sont donc les premiers concernés en cas de problème logistique. Il paraît donc normal que les IDE soient plus exigeants en matière de logistique que les médecins.

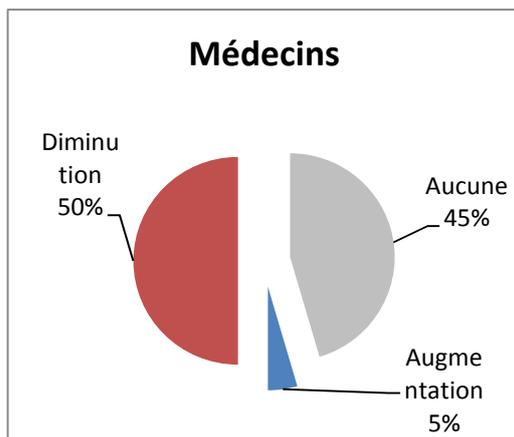
Cependant 95% des médecins et des IDE estiment que l'HAD a une bonne réactivité en cas de difficultés.

F. Place des professionnels libéraux

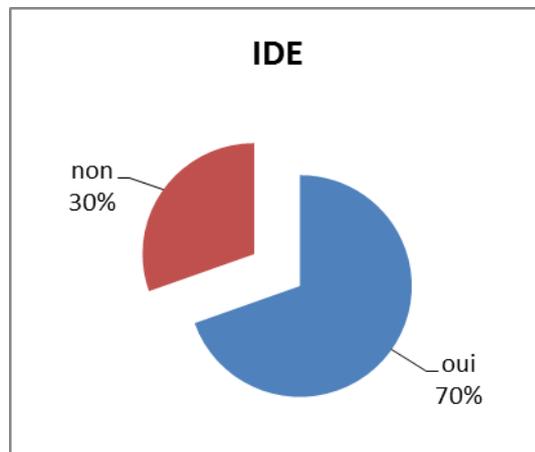
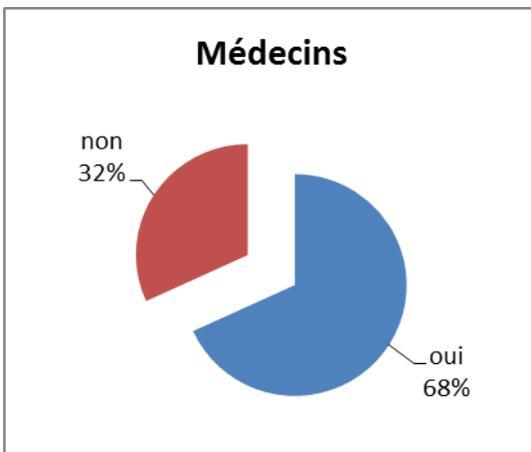
1. Avez-vous le sentiment d'être dépossédé de la prise en charge de vos patients ?



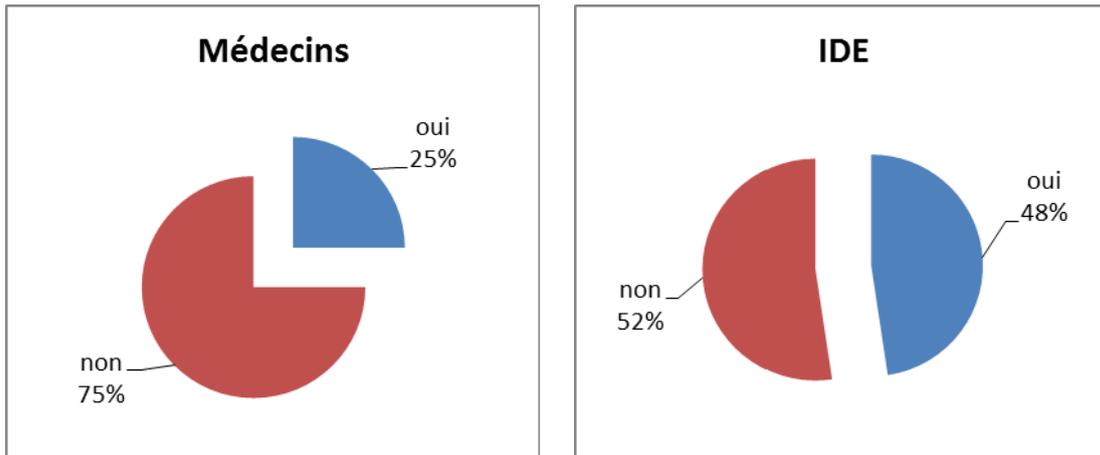
2. Quelle est l'influence de l'HAD sur la fréquence de vos visites ? (aucune, augmentation, diminution)



3. Avez-vous le sentiment de trouver votre place dans la prise en charge en HAD ?



4. Souhaiteriez-vous une place plus importante ?



5. Dans quelles indications souhaitez-vous que l'HAD se développe ?

Réponses retranscrites en reprenant les termes utilisés par les personnes interrogées.

Médecins :

- « Soins palliatifs »(x2)
- « Patients complexes »(x2)
- « Soins post chirurgicaux avec perte d'autonomie »,
- « Soins de suite et convalescence »,
- « Neurologie post accident vasculaire cérébral »
- « Pathologies lourdes : BPCO (Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive), cardiovasculaire, cancérologie »
- « Gériatrie »,
- « Toutes indications qui peuvent éviter une hospitalisation ».

IDE :

- « Patient lourd »(x2)
- « Soins palliatifs »(x2)
- « Soins spécifiques nécessitant l'avis d'un spécialiste »,
- « Suites hospitalières complexes »
- « Insuffisant respiratoire, cardiaque ou pathologie complexe »
- « Patient Alzheimer sévère »
- « La nutrition »,
- « La douleur ».

6. Interprétation

32% des médecins ont eu le sentiment d'être dépossédés de la prise en charge de leur patient. Ces chiffres sont à rapprocher du fait que 50% des médecins interrogés ont diminué leur fréquence de visites lors de la prise en charge en HAD. Ce résultat est surprenant, l'HAD concerne des patients particulièrement fragiles qui nécessitent une prise en charge médicale rapprochée. L'HAD devrait donc, en principe, inciter à une majoration du nombre de passage du médecin traitant à domicile. Seul 5% des médecins répondent qu'ils ont majoré

leurs nombres de visites. Ce résultat est explicable par le fait que les médecins coordonnateurs de l'HAD du Centre Hospitalier de Montauban interviennent fréquemment directement auprès des patients en tant que prescripteur, ne se cantonnant pas exclusivement à une tâche de coordination des soins.

Cela explique peut-être en partie le fait que 32% des médecins interrogés n'ont pas trouvé leur place dans la prise en charge. Pourtant seulement 25% souhaitent avoir une place plus importante. Au final, il semble donc que les médecins interrogés soient majoritairement satisfaits des modalités particulières de partage des rôles médecin traitant/médecin coordonnateur de l'HAD de Montauban, pourtant non conventionnelles.

La moitié des IDE interrogés se sont sentis dépossédés de la prise en charge et si 70% ont eu le sentiment de trouver leur place, on note que 48% des IDE souhaiteraient une place plus importante. Il semble donc que le ressenti du personnel paramédical soit plus péjoratif que celui des médecins. Une part importante des IDE se sent dépossédée du patient et souhaite une place plus importante. Il existe peut-être un phénomène de « compétition » plus marqué entre personnel IDE libéral et personnel IDE salarié de l'HAD qu'entre les médecins. Le partage des actes paramédicaux est parfois conflictuel, les soins techniques étant souvent préférés aux soins de nursing. Par ailleurs, les soins réalisés par le personnel de l'HAD sont autant de soins non rémunérés pour le personnel paramédical libéral.

En ce qui concerne les indications dans lesquelles les professionnels libéraux aimeraient que l'HAD se développe, si la prise en charge des patients lourds et complexes revient à plusieurs reprises, on note quelques avis divergents en ce qui concerne les soins palliatifs.

V. Discussion

A. Les biais de l'étude

1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des médecins sont critiquables. Le choix de n'inclure que les médecins ayant travaillé en 2011 et 2012 avec l'HAD est justifié par le fait que le service ayant ouvert ses portes en 2009, nous avons considéré que les années 2009 et 2010 étaient des années de « rodage » peu intéressantes à étudier. En revanche le choix d'exclure les médecins ayant eu moins de trois patients pris en charge en HAD est plus critiquable. Si nous pouvons penser que plus un médecin collabore avec l'HAD plus son avis sur le service est pertinent, nous pouvons aussi considérer que les médecins ayant eu peu de patients en HAD sont ceux qui ne souhaitent pas travailler avec le service et qui ont donc un avis négatif.

Par ce fait la méthode d'inclusion que nous avons choisie surévalue probablement les avis positifs des médecins en excluant des médecins ayant potentiellement un avis négatif.

Cet argument peut toutefois être modéré par le fait qu'en 2011 et 2012 sur 88 médecins ayant travaillé avec l'HAD, il n'a été enregistré aucun refus de prise en charge en HAD par les médecins traitants et seuls cinq médecins ont été directement à l'origine (prescripteurs) de la demande d'HAD. Cela signifie que dans la grande majorité des cas, l'HAD est demandée par un praticien autre que le médecin traitant, ce dernier ne s'opposant pas à cette demande.

En ce qui concerne le personnel IDE libéral, cette réserve sur les modalités d'inclusion qui favorise la sélection de personnel favorable à l'HAD ne s'applique pas car le personnel IDE libéral n'intervient pas dans la décision ou non de placer un patient en HAD.

2. Modalités de recueil

Le recueil des questionnaires n'étant pas exhaustif, on peut penser que seuls les intervenants libéraux aux avis les plus « tranchés » ont répondu (très favorables ou au contraire très défavorables à l'HAD). Les 30% de médecins et 40% d'IDE n'ayant pas répondu ont probablement un avis mitigé ou négatif. On retrouve là encore un élément potentiellement responsable d'une surévaluation de la satisfaction des partenaires de l'HAD interrogés.

Il faut signaler les difficultés dans certains cas à recueillir les questionnaires malgré plusieurs « relances ». Ce fait traduit probablement un manque d'enthousiasme des professionnels libéraux pour les questions concernant l'HAD.

B. Présentation des résultats

Cette étude ne peut pas être considérée au vu de la méthodologie de réalisation comme le reflet de l'avis des professionnels de santé libéraux du département du Tarn-et-Garonne sur l'HAD du centre hospitalier de Montauban.

Il s'agit cependant d'un état des lieux ponctuel dressé par les médecins généralistes et les IDE libéraux ayant particulièrement travaillé avec l'HAD au cours des années 2011 et 2012.

Les résultats sont présentés pour l'essentiel sous forme de pourcentages. Il n'a pas été calculé d'intervalles de confiance au vu des remarques sur la méthodologie de l'étude déjà évoquée et d'un trop faible nombre d'inclusion.

C. Analyse des résultats

1. Taux de retour des questionnaires

Comme nous l'avons déjà évoqué précédemment le taux de retour des questionnaires relativement faible semble mettre en avant un manque d'intérêt et d'enthousiasme des professionnels libéraux concernant l'HAD, cela peut peut-être s'expliquer par le fait que la prise en charge d'un patient en HAD reste assez rare et marginale dans leur activité.

2. Différence d'avis médecin/IDE

De manière générale, il ressort que les IDE libéraux ont un avis globalement plus péjoratif sur l'HAD que les médecins généralistes. Cela peut être expliqué par le fait que les IDE libéraux ont des rapports beaucoup plus étroits et réguliers avec les patients en HAD, et sont donc plus à même de pointer les insuffisances de fonctionnement du service que les médecins généralistes qui font des interventions plus ponctuelles et moins fréquentes.

De plus il peut exister parfois une forme de compétition professionnelle entre les IDE libéraux et le personnel de l'HAD. En effet l'HAD de Montauban ayant son propre personnel infirmier, lorsque la participation d'infirmiers libéraux est requise lors d'une prise en charge, il se met en place un partage des actes entre les IDE de l'HAD et les libéraux. Par ce fait le personnel de ville peut se sentir dépossédé de la gestion du patient, avec également un aspect de perte financière. Nous ne retrouvons pas ces problèmes entre les médecins généralistes et le médecin coordonnateur.

3. Points forts

Ce qui ressort des résultats comme point fort de l'HAD est dans un premier temps l'organisation de la permanence des soins. Même si les modalités de cette dernière ne semblent pas toujours connues, et ce malgré l'existence d'un document explicatif signé par les médecins en début de prise en charge, les

professionnels libéraux sont majoritairement satisfaits de l'organisation de la permanence des soins en HAD et ne souhaitent pas y être plus impliqués. Le fait que les professionnels libéraux interrogés comprennent majoritairement les différences qui existent entre les réseaux de soins de ville de soins palliatifs et l'HAD demeurent également un point fort de ces résultats. En effet l'offre de soins à domicile pourrait être difficile à cerner par les libéraux avec les différents réseaux de soins (comme Palliadol) mais il ressort du questionnaire, à l'exception d'un petit nombre d'interrogés, que les différences sont bien comprises et il ne semble pas y avoir de notion de compétition ressentie par les libéraux entre l'HAD et les réseaux de soins. La revue Prescrire dans son numéro de novembre 2012 (17) relevait qu'il était nécessaire de mieux définir la place de l'HAD dans l'offre de soins de ville, notre enquête permet de penser que l'HAD de Montauban arrive à trouver sa place dans le Tarn-et-Garonne.

4. Points faibles

En revanche, du côté des points négatifs, il ressort des problèmes de communication et d'organisation lors des prises en charge en HAD.

Le dossier médical est pointé du doigt notamment par les IDE qui comme les médecins sont demandeurs de la mise en place d'un dossier informatisé.

Des problèmes de communication en cours et en fin de prise en charge sont fortement mis en avant par les IDE libéraux et demeurent un axe d'effort important pour l'avenir. Les médecins eux reçoivent le courrier de sortie dans les 7 jours qui suivent la date de fin de séjour ce qui explique que l'on ne retrouve pas la même insatisfaction que les IDE.

Des problèmes dans la logistique du matériel et des médicaments sont également relevés et là encore surtout par les IDE. Les IDE ayant un contact quotidien avec la gestion des médicaments et du matériel, leur avis est donc très important et doit faire l'objet d'une réflexion pour améliorer la logistique des prises en charge en HAD.

D. Comparaison avec les études antérieures

Comme l'avait relevé le rapport de l'IGAS cité précédemment (10), nous constatons que les problèmes de coordination avec les libéraux ont été retrouvés dans notre enquête sur l'HAD de Montauban notamment avec le personnel infirmier. La recommandation du rapport de l'IGAS qui conseille de « formaliser davantage et valoriser la coordination avec les libéraux » s'applique bien à l'HAD de Montauban.

Sur le plan de la permanence des soins, si le rapport de l'IGAS a pointé des difficultés sur le plan national, notre étude révèle une certaine satisfaction des professionnels libéraux vis-à-vis de l'HAD de Montauban sur ce sujet.

Les recommandations du SROS (11) parlent de « faciliter l'organisation et le fonctionnement des structures et des acteurs », on constate que l'HAD de Montauban est concernée et doit réfléchir à améliorer son fonctionnement pour améliorer l'organisation des soins.

Les 2 enquêtes réalisées avec l'HAD de Crest auprès de médecins généralistes dans le cadre de thèses en 2008 (13) et 2011 (14) avaient retrouvé les mêmes problématiques sur les thématiques d'organisation et de communication. Notre travail accentue un peu plus cela avec le point de vue des IDE qui sont au cœur de la prise en charge en HAD.

Ces 2 thèses retrouvaient que les médecins généralistes avaient du mal à trouver leur place dans la prise en charge. Ainsi dans la thèse de 2008 (13) l'auteur rapporte que : «22.5% des médecins interrogés trouvent que leur place au sein du système (HAD) n'est pas ou mal définie », ce que nous avons retrouvé dans notre enquête dans des proportions sensiblement similaires (32%).

En revanche, les problèmes liés à la permanence des soins retrouvés dans l'enquête de 2011 n'ont pas été retrouvés avec l'HAD de Montauban ce qui est dû à la présence d'une astreinte médicale 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 à Montauban, astreinte qui est rendue possible par la présence de 2 médecins coordonnateurs à temps plein.

Ces deux thèses s'appuyaient uniquement sur l'avis des médecins généralistes.

E. Action correctrice

Les résultats de l'enquête que nous avons réalisée ont donc mis en lumière des insuffisances dans le fonctionnement et l'organisation du service d'HAD de Montauban. Certaines actions correctrices sont en cours de mise en place.

Dans le cadre de l'amélioration de la communication entre les différents intervenants, le service va mettre en place un accès au dossier médical du patient par le biais d'un portail informatique via internet. Ainsi le dossier médical sera accessible aussi bien aux IDE qu'aux médecins généralistes et permettra également de gérer les prescriptions.

En attendant la mise en place de cet outil, ainsi que la formation des intervenants, l'échange des observations médicales et des résultats biologiques est actuellement géré par le biais d'une messagerie internet sécurisée.

Devant les difficultés mises en évidence avec les IDE libéraux, le service de Montauban a décidé de proposer systématiquement aux infirmiers d'organiser une réunion au lit du patient en début, à mi période et en fin d'hospitalisation dans le but d'améliorer les échanges d'informations entre les équipes et également mieux faire connaître le fonctionnement de l'HAD. Jusqu'à présent seule la réunion d'inclusion avait lieu, le reste des échanges se faisant par le biais du dossier médical ou par téléphone.

VI. Conclusion

L'HAD est un mode de prise en charge à la frontière entre l'hôpital et la médecine de ville. Des problèmes d'organisation et de communication entre les différents intervenants sont régulièrement mis en évidence par les autorités au niveau national ainsi que par des enquêtes locales.

Notre enquête a recueilli les avis de 22 médecins généralistes et 23 IDE libéraux qui ont travaillé à plusieurs reprises avec l'HAD du Centre Hospitalier de Montauban entre 2011 et 2012.

Cette enquête représente un état des lieux ponctuel de l'avis des professionnels libéraux sur l'HAD de Montauban et ne peut en aucun cas être extrapolée à l'ensemble des libéraux du département du fait d'un nombre d'inclusions trop faible et de critères d'inclusions discutables.

Cela étant dit, les résultats retrouvent un avis général sur l'HAD de Montauban globalement positif.

Mais cette enquête met également en évidence des problèmes de transmission d'information, d'utilisation du dossier médical et de gestion logistique du matériel et des médicaments lors des prises en charge en HAD. Ces difficultés sont particulièrement ressenties par les IDE qui sont au cœur de la prise en charge. L'inclusion des IDE dans notre travail s'est avérée très utile et riche en informations.

La place de l'HAD de Montauban dans l'offre de soins à domicile semble bien comprise par les professionnels libéraux.

Si tous n'arrivent pas toujours à trouver leur place dans la prise en charge, ils sont quasiment unanimes pour saluer l'organisation de la permanence des soins dans laquelle ils ne souhaitent pas être plus impliqués.

Cette enquête va permettre d'améliorer la collaboration entre l'HAD de Montauban et les professionnels libéraux avec des actions correctrices concrètes.

Il serait intéressant de réaliser, dans quelques années, une nouvelle enquête auprès des libéraux avec des effectifs plus importants pour évaluer l'efficacité des mesures mises en place et avoir une meilleure représentativité des résultats.

VII. Bibliographie

- 1 - « Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière Chapitre I article 4 » Journal officiel du 3 janvier 1971. Site www.legifrance.gouv.fr.
- 2 - « Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière » Chapitre II, Journal officiel du 2 août 1991. Site www.legifrance.gouv.fr.
- 3 - Site officiel de la Fédération National des établissements d'hospitalisation à domicile : www.fnehad.fr
Fiche 1 : L'hospitalisation à domicile.
Fiche 2 : Les établissements d'HAD.
Fiche 3 : Les pathologies, les soins, les principes d'admission.
Fiche 4 : Les métiers de l'HAD.
Fiche 5 : La charte de l'hospitalisation à domicile.
Les chiffres de l'HAD en 2011.
Activité des établissements d'HAD.
- 4 - « Circulaire DH/EO 2 n°2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile » Site www.sante.gouv.fr.
« Complément à la circulaire DH/EO 2 n°2000-295 du 30 mai 2000 »
- 5 - Inspection générale des affaires sociales
Hospitalisation à domicile (HAD) TOME I RAPPORT DEFINITIF
RM2010-109P - Novembre 2010 -
Établi par Nicolas DURAND Christophe LANNELONGUE Patrice LEGRAND
Membres de l'inspection générale des affaires sociales
Dr Vincent MARSALA Conseiller général des établissements de santé
- 6 - « Circulaire DHOS/O3 n°2006-506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile ». Site www.sante.gouv.fr.
- 7 - « Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médicosociaux soumis à autorisation » Journal officiel du 6 septembre 2003. Site www.legifrance.gouv.fr.
- 8 - « Circulaire DHOS/O n°2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile ». Site www.sante.gouv.fr.
- 9 - « Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires » Journal officiel du 22 juillet 2009. Site www.legifrance.gouv.fr.
- 10 - Bilan d'activité HAD du Centre Hospitalier de Montauban 2012 par le Dr Frédéric Bruel Praticien Hospitalier.

11 – Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées.
Recommandation du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS)
2012, consultation réglementaire.

12 – « Etat des lieux de l'HAD en Midi-Pyrénées »
Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine par Caroline
Monticelli, thèse soutenue publiquement à la faculté de Purpan en 2000.

13 - « Intérêts et insuffisances de l'HAD selon le ressenti du médecin
généraliste. Expérience de l'HAD de Crest »
Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine par Isabelle
Musquar, thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble
le 18/12/2008.

14 - « Fin de vie en hospitalisation à domicile. Acteurs : médecin généralistes-
médecins coordonnateurs-équipe HAD »
Thèse présentée pour l'obtention du doctorat en médecine par Marie Boucher,
thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Grenoble le
16/10/2011.

15 – Enquête de satisfaction réalisée en 2011 auprès de 14 médecins
généraliste ayant travaillé régulièrement avec l'HAD du Centre Hospitalier de
Montauban. Enquête réalisée par le service qualité du Centre Hospitalier de
Montauban HAD de Montauban.

16 - Manuel de certification des établissements de santé V2010
ACC01-T052-D
Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Avril 2011.

17 - Revue Prescrire Novembre 2012, tome 32, n°349.
L'hospitalisation à domicile : entre complémentarité positive et risque de
confusion.

VIII. Annexes

Annexe 1 : Questionnaire médecin

A. Appréciation générale

1. Votre avis général sur l'HAD ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

2. Votre avis sur le niveau de bénéfice pour le patient ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

3. Votre avis sur le niveau de bénéfice (aide) pour vous ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

4. Souhaiteriez-vous prendre en charge plus de patient en HAD ?

- Oui
- Non

5. Pensez-vous que l'HAD permette le maintien à domicile de patients qui en son absence seraient hospitalisés ?

- Oui
- Non

B. Prescription / Inclusion

1. Selon vous qu'elles sont les indications de prescription d'une HAD ? (Réponse libre)

2. Avez-vous la sensation que L'HAD vous a été imposée dans votre pratique ?

- Oui
- Non

3. Pour vous existe-t-il une différence d'indication de prescription entre HAD et réseau de soins (notamment

dans le domaine des soins palliatifs et soins de support type Palliadol) ?

- Oui
- Non

4. Votre avis sur la manière dont l'HAD vous a impliqué lors de l'élaboration du projet de soins ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

C. Permanence des soins

1. Connaissez-vous les modalités d'organisation de la permanence des soins de l'HAD ?

- Oui
- Non

2. Pensez-vous pouvoir assumer seul la permanence des soins des patients pris en charge en HAD ?

- Oui
- Non

3. Votre avis sur l'existence d'une astreinte paramédicale 7j/7 et 24h/24 par le personnel de l'HAD ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

4. Votre avis sur l'existence d'une astreinte médicale 7j/7 et 24h/24 par les médecins coordonnateurs de l'HAD ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

5. Souhaiteriez-vous être plus impliqué dans la permanence des soins des patients en HAD ?

- Oui
- Non

D. Information / communication

1. Votre avis sur la facilité à contacter l'HAD ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon

- Très bon

2. Votre avis sur l'accès au dossier médical du patient ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

3. Votre avis sur les informations de suivi dispensées par l'HAD au cours de la prise en charge ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

4. Votre avis sur les informations dispensées en fin de prise en charge (lettre de sortie, transmission IDE) ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

5. Votre avis sur l'ergonomie du dossier médical papier ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

6. Souhaiteriez-vous la mise en place d'un dossier informatisé au domicile du patient ?

- Oui
- Non

7. Souhaiteriez-vous bénéficier d'un accès informatique au dossier du patient depuis votre cabinet ?

- Oui
- Non

8. Seriez-vous prêt à vous former à la manipulation d'un dossier médical informatisé spécifique HAD ?

- Oui
- Non

9. Pensez-vous que des rencontres régulières entre les acteurs de soins au lit du patient (IDE, médecin traitant, médecins coordonnateurs) soient préférables aux simples échanges téléphoniques ?

- Oui
- Non

E. Organisation des soins

1. Votre avis sur les modalités de prescriptions médicamenteuses ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

2. Votre avis sur la lisibilité des prescriptions médicamenteuses en HAD ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

3. Votre avis sur la disponibilité des médicaments en HAD ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

4. Votre avis sur la disponibilité du matériel médical en HAD ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

5. Votre avis sur la réactivité de l'HAD face aux différentes difficultés rencontrées ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

F. Place des professionnels libéraux

1. Avez-vous le sentiment d'être dépossédé de la prise en charge de vos patients ?

- Oui
- Non

2. Quelle est l'influence de l'HAD sur la fréquence de vos visites ?

- Aucune
- Augmentation
- Diminution

3. Avez-vous le sentiment de trouver votre place dans la prise en charge en HAD ?

- Oui
- Non

4. Souhaiteriez-vous une place plus importante ?

- Oui
- Non

5. Dans quelles indications souhaitez-vous que l'HAD se développe ? (Réponse libre)

Annexe 2 : Questionnaire IDE

A. Appréciation générale

1. Votre avis général sur l'HAD ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

2. Votre avis sur le niveau de bénéfice pour le patient ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

3. Votre avis sur le niveau de bénéfice (aide) pour vous ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

4. Souhaiteriez-vous prendre en charge plus de patient en HAD ?

- Oui
- Non

5. Pensez-vous que l'HAD permette le maintien à domicile de patients qui en son absence seraient hospitalisés ?

- Oui
- Non

B. Prescription / Inclusion

1. Selon vous qu'elles sont les indications de prescription d'une HAD ? (Réponse libre)

2. Avez-vous la sensation que L'HAD vous a été imposée dans votre pratique ?

- Oui
- Non

3. Pour vous existe-t-il une différence d'indication de prescription entre HAD et réseau de soins (notamment dans le domaine des soins palliatifs et soins de support type Palliadol) ?

- Oui
- Non

4. Votre avis sur la manière dont l'HAD vous a impliqué lors de l'élaboration du projet de soins ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

C. Permanence des soins

1. Connaissez-vous les modalités d'organisation de la permanence des soins de l'HAD ?

- Oui
- Non

2. Pensez-vous pouvoir assumer seul la permanence des soins des patients pris en charge en HAD ?

- Oui
- Non

3. Votre avis sur l'existence d'une astreinte paramédicale 7j/7 et 24h/24 par le personnel de l'HAD ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

4. Votre avis sur l'existence d'une astreinte médicale 7j/7 et 24h/24 par les médecins coordonnateurs de l'HAD ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

5. Souhaiteriez-vous être plus impliqué dans la permanence des soins des patients en HAD ?

- Oui
- Non

D. Information / communication

1. Votre avis sur la facilité à contacter l'HAD ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

2. Votre avis sur l'accès au dossier médical du patient ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

3. Votre avis sur les informations de suivi dispensées par l'HAD au cours de la prise en charge ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

4. Votre avis sur les informations dispensées en fin de prise en charge (lettre de sortie, transmission IDE) ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

5. Votre avis sur l'ergonomie du dossier médical papier ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

6. Souhaiteriez-vous la mise en place d'un dossier informatisé au domicile du patient ?

- Oui
- Non

7. Souhaiteriez-vous bénéficier d'un accès informatique au dossier du patient depuis votre cabinet ?

- Oui
- Non

8. Seriez-vous prêt à vous former à la manipulation d'un dossier médical informatisé spécifique HAD ?

- Oui
- Non

9. Pensez-vous que des rencontres régulières entre les acteurs de soins au lit du patient (IDE, médecin traitant, médecins coordonnateurs) soient préférables aux simples échanges téléphoniques ?

- Oui
- Non

E. Organisation des soins

1. Votre avis sur la lisibilité des prescriptions médicamenteuses en HAD ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

2. Votre avis sur la disponibilité des médicaments en HAD ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

3. Votre avis sur la disponibilité du matériel médical en HAD ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

4. Votre avis sur la réactivité de l'HAD face aux différentes difficultés rencontrées ?

- Très mauvais
- Plutôt mauvais
- Plutôt bon
- Très bon

F. Place des professionnels libéraux

1. Avez-vous le sentiment d'être dépossédé de la prise en charge de vos patients ?

- Oui
- Non

2. Avez-vous le sentiment de trouver votre place dans la prise en charge en HAD ?

- Oui
- Non

3. Souhaiteriez-vous une place plus importante ?

- Oui
- Non

4. Dans quelles indications souhaitez-vous que l'HAD se développe ? (Réponse libre)

Nom : DE PERCIN
Prénom : Nicolas

Titre : « Collaboration entre la ville et l'hôpital : expérience de l'unité d'hospitalisation à domicile (HAD) du centre hospitalier de Montauban ».

Toulouse le
17/09/2013.

Une enquête a été réalisée auprès de 32 médecins et 38 infirmiers de ville ayant travaillé à plusieurs reprises avec le service d'HAD du Centre Hospitalier de Montauban dans le but d'évaluer la qualité des relations entre les équipes médicales et paramédicales du service d'HAD et les professionnels libéraux. Même si les critères d'inclusions et les modalités de réalisation de l'enquête surévaluent probablement les avis positifs, les résultats montrent un avis plutôt favorable des libéraux vis-à-vis de l'HAD, dont les indications sont comprises et la permanence des soins appréciées. Cependant, les résultats révèlent des problèmes de transmission d'information, d'utilisation du dossier médical et de gestion logistique du matériel et des médicaments lors des prises en charge en HAD où certains libéraux ont du mal à trouver leur place. Ces difficultés sont d'avantage ressenties par les IDE qui sont au cœur de la prise en charge. Cette enquête va permettre des actions correctrices concrètes.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots-clés : HAD - collaboration - coordination – enquête de satisfaction – Médecin généraliste - IDE.

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE
Cedex 04 - France

Directeur de thèse : Docteur BRUEL Frédéric