

THESE

**Pour le diplôme d'état de Docteur en médecine
Spécialisé médecine générale**

« ENQUETE DES ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES du Couserans concernant l'utilisation de l'HAD. »

Thèse soutenue publiquement à la faculté de médecine de Toulouse
Le 7/12/2017

Par Vincent LARUE

Directeur de thèse : Dr Patrick ZOVEDA

Co-directrice : Dr Brigitte ESCOURROU

Devant un jury composé de :

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE
Madame la Docteur Brigitte ESCOURROU
Monsieur le Docteur André STILLMUNKES
Madame la Docteur Nathalie BOUSSIER
Monsieur le Docteur Patrick ZOVEDA**

**Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur**

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÔWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GÓMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTROYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biochimie
Mme MAUPAS Françoise	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MIEUSSET Roger	Neurologie
Mme NASR Nathalie	Nutrition
Mme PERIQUET Brigitte	Physiologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. RONGIERES Michel	Pharmacologie
Mme SOMMET Agnès	Physiologie
Mme VALLET Marion	Hématologie
M. VERGEZ François	Endocrinologie
Mme VEZZOSI Delphine	

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

A mon Président de jury,

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE
Professeur de médecine générale,
Médecin généraliste

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance

A mon jury,

Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU
Maitre de Conférences des Universités,
Médecin généraliste

Merci pour votre aide, accompagnement tout au long de mon travail, vos encouragements et votre bienveillance. Veuillez trouver ici l'expression de ma plus profonde gratitude, respect et reconnaissance.

A mon jury,

Monsieur le Docteur André STILLMUNKES
Professeur associé des Universités,
Médecin généraliste

Merci d'avoir accepté de siéger à ma soutenance et de jugé mon travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance et de mon respect.

A mon jury,

Madame le Docteur Nathalie BOUSSIER
Médecin généraliste

Merci de votre participation à mon jury de thèse, de vos conseils avisés et enseignements dès le début de mon internat et au cours de ce travail. C'est un aboutissement pour lequel je suis reconnaissant d'avoir votre présence dans mon jury.

A mon directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Patrick ZOVEDA

Médecin généraliste

Médecin coordinateur d'hospitalisation au domicile

Diplômé de DIU Gériatrie

Diplômé de DIU de Soins palliatifs

Merci de ton investissement, soutien durant ma formation et pour la construction de mon parcours professionnel. Je prends beaucoup de plaisir à travailler avec toi, ta bonne humeur et ta bienveillance et tes qualités humaines ont été pour moi un modèle pour mon exercice de la médecine. Trouve ici les gages de ma plus profonde amitié et gratitude.

Merci à :

Mes parents et ma sœur Nathalie, pour leur soutien inconditionnel qui m'a toujours redonné confiance pour franchir les obstacles et les épreuves. Vous nous avez fourni à ma sœur et moi, une éducation, des valeurs de travail, de respect de l'autre, afin de nous permettre de progresser dans la vie. Je ne vous remercierai jamais assez tous les trois.

À ma Famille, et tout particulièrement mes grands-mères et grands-pères auprès desquels j'ai tellement partagé et appris. Chacun d'entre vous avec votre personnalité, vous avez enrichi ma vie enfant. Je vous remercie et j'espère que je fais votre bonheur et fierté.

A Jessica, pour embrasser à mes côtés chacune des épreuves, avec tes encouragements permanents, ton soutien immuable épreinté de toute ta tendresse et gaîté. Merci de colorer ma vie chaque jour.

À Hubert, mon Ami tu m'as accompagné durant mon parcours. Nos échanges et notre facilité de compréhension innée m'ont permis de garder confiance dans des moments difficiles où tu étais toujours là.

À mes amis, Romain et Kossi pour votre bonne humeur et joie de vivre qui sont un soutien inégalable et tellement agréable à vivre au quotidien, l'humour et la gaîté de vivre n'a pas de secret ni pour le montagnard Ariègeois, ni pour le Togolais.

À la paire Kamel et Yannick, mes amis, le duo montalbanais, pour les moments partagés et notre amitié indéfectible.

À Émilie, Céline, Agnès, Nadia et toute la médecine, pour m'avoir accompagné sur mes premiers pas d'interne et intégré dans votre équipe professionnelle et votre groupe d'amis.

À Youri, en éternel déplacement en Chine.

À Christelle, et toute l'équipe de l'HAD Labarre, à vos côtés j'ai découvert le quotidien de l'hospitalisation à domicile et au travers de cette expérience j'ai pu élaborer mon projet professionnel.

Ghislaine, Sandrine, Séverine, les « incroyables drôles de dames » de Saint-Girons, vos qualités professionnelles et humaines nous ont permis de tenir le cap ensemble.

À Jean Luc Rastrelli, pour ton soutien et ta collaboration active dans mon projet, à la richesse de nos échanges.

À Yannick, mon compagnon de bac à sable, d'enfance et maintenant mon confrère.

À Audrey, Stéphanie, Amanda, pour cette expérience en hôpital de jour avec bonne humeur et jovialité

Aux répondants du questionnaire et des entretiens, je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions et apporter les connaissances pour l'élaboration de ma thèse.

Aux membres du CHIVA et sa direction qui m'ont fait confiance pour ce projet et permis son aboutissement.

« Un virage, c'est une ligne droite qui change d'avis au dernier moment. »

(LACROIX G.)

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

I) <u>INTRODUCTION</u>	6
A) <u>DÉFINITION</u>	6
B) <u>LE CONTEXTE</u>	7
C) <u>SECTEUR D'ACTIVITÉ</u>	8
II) <u>ENQUÊTE</u>	8
A) <u>OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE</u>	8
B) <u>PHASE EXPLORATOIRE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE</u>	8
C) <u>MATÉRIEL ET MÉTHODE ANALYSE QUANTITATIVE</u>	9
1) Choix de la méthode.	9
2) Sélection de la Population étudiée.....	9
3) Rédaction du Questionnaire	9
4) Protocole d'envoi des questionnaires et de recueil des données	10
5) Méthode statistique de traitement des données.....	10
D) <u>MATÉRIEL ET MÉTHODE ANALYSE QUALITATIVE</u>	11
1) Choix de la méthode.	11
2) Plan d'Échantillonnage	11
3) Élaboration du guide d'entretien	11
4) Prise de contact	12
5) Déroulement de l'entretien.....	12
6) Transcriptions des données	12
7) Méthode statistique de traitement des données.....	12
8) Éthique	12
III) <u>RÉSULTATS ANALYSE QUANTITATIVE</u>	13
A) <u>DESCRIPTIONS DE LA POPULATION ETUDIE</u>	13
1) L'année d'installation des médecins généralistes répondants	13
2) Le secteur d'activité.....	13
3) Le mode d'exercice	13
B) <u>ÉTUDE DES ATTENTES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES</u>	14
1) Appréciation globale de l'hospitalisation à domicile.	14
2) Intérêt de l'hospitalisation à domicile pour le patient.	15
(a) <i>Bénéfices de l'HAD selon les médecins traitants</i>	15
(b) <i>Connaissance des procédures d'admission</i>	16
(c) <i>Sentiment des médecins : HAD imposée ?</i>	16

(d) <i>Prise en charge des patients en HAD.</i>	16
(e) <i>Organisation de la visite d'inclusion au domicile du patient avec l'HAD</i>	16
(f) <i>Organisation des visites à domicile après l'inclusion.</i>	16
(g) <i>Rôle du médecin traitant dans la prise en charge en HAD.</i>	17
3) <u>Information et communication avec l'HAD</u>	17
(a) <i>Outils de communication utilisés.</i>	17
(b) <i>Communication avec l'HAD après les visites à domicile</i>	17
(c) <i>Dossier papier du patient</i>	17
(d) <i>Moyens d'obtention d'informations complémentaire à la prise en charge</i>	18
4) <u>Permanence de soins et organisation de l'HAD.</u>	18
(a) <i>Intérêt astreinte médicale par le médecin coordonnateur et les IDEL</i> ...	18
(b) <i>Implication dans la permanence de soins</i>	19
(c) <i>Sentiment d'implication dans le projet d'admission</i>	19
(d) <i>Sentiment d'implication dans le projet de soins des patients en HAD</i> ...	19
(e) <i>Sentiment d'implication dans les décisions de sortie des patients</i>	19
5) <u>Place des professionnels libéraux.</u>	19
(a) <i>Sentiment d'être dépossédé de la prise en charge des patients</i>	19
(b) <i>Influence de l'HAD sur la fréquence des visites.</i>	19
(c) <i>Indications de développement des modes de prise en charge</i>	20
(d) <i>Actions pour optimiser la prise en charge des patients en HAD</i>	21
(e) <i>Les gains à l'utilisation de l'HAD selon les médecins traitants.</i>	21
(f) <i>Les freins à l'utilisation de l'HAD</i>	22
6) <u>L'HAD dans le cadre des soins palliatifs et pansements complexes.</u>	22
(a) <i>Les principales utilités à la prise en charge de soins palliatifs en HAD</i>	22
(b) <i>Distinction HAD et réseaux de soins palliatifs.</i>	23
(c) <i>HAD et pansements complexes.</i>	24
IV) <u>RÉSULTATS ANALYSE QUALITATIVES</u>	24
A) <u>ÉCHANTILLONNAGE</u>	24
B) <u>FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DE L'HAD</u>	25
1) <u>Historique territorial local</u>	25
2) <u>Expériences maintien à domicile sans HAD</u>	25
3) <u>Contexte actuel : Expériences patient en HAD/avis:</u>	26
C) <u>BÉNÉFICES DE L'HAD SELON LES MÉDECINS</u>	27
1) <u>L'HAD une alternative à l'hospitalisation classique</u>	27
(a) <i>Éviter l'hospitalisation classique longue et/ou répétitive</i>	27
(b) <i>Une hospitalisation plus économique</i>	27
(c) <i>Lien ville-hôpital</i>	28
2) <u>Les bénéfices pour la prise en charge du patient</u>	28

(a) <i>Respect volonté du patient</i>	28
(b) <i>Éviter l'isolement du patient</i>	29
(c) <i>Sécurisation des soins et du patient</i>	29
(d) <i>Accès équipe pluridisciplinaire</i>	30
3) <u>Les bénéfices dans la pratique quotidienne du MG</u>	30
(a) <i>Rôle de coordination de l'HAD</i>	30
(b) <i>Gain de temps pour le MG</i>	31
(c) <i>Élaborations du plan de soin et des directives anticipées</i>	31
D) <u>Freins/limites à l'utilisation de l'HAD</u>	32
1) <u>Des difficultés à se positionner en tant que MG</u>	32
2) <u>Rémunération des libéraux :</u>	32
3) <u>Domicile isolé/accès :</u>	33
E) <u>Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD</u>	33
1) <u>Information et communication avec l'HAD</u>	33
(a) <i>Outils de communication avec l'HAD</i>	33
(b) <i>Dossier du patient</i>	34
(c) <i>Partage d'information sur le patient et de connaissance</i>	35
(d) <i>Prise de décision et orientation du parcours de soin</i>	35
2) <u>Organisation de l'HAD</u>	35
(a) <i>La demande d'admission en HAD</i>	35
(b) <i>Visite d'inclusion</i>	36
(c) <i>Réunion au cours de la prise en charge</i>	36
(d) <i>Sortie du patient en HAD</i>	37
(e) <i>La permanence de soins</i>	37
3) <u>Fonctionnement : l'équipe de l'HAD et les intervenants libéraux</u>	38
(a) <i>Rôle du médecin traitant</i>	38
(b) <i>Solliciter les intervenants locaux de proximité</i>	38
(c) <i>Équipe pluridisciplinaire</i>	39
4) <u>Technicité et mode de prise en charge en HAD</u>	39
(a) <i>L'HAD : un support technique</i>	39
(b) <i>Les indications souhaitées</i>	40
(c) <i>Une équipe formée PEC de soins palliatifs</i>	41
V) <u>DISCUSSION</u>	42
A) <u>ANALYSE DES RÉSULTATS</u>	42
1) <u>Appréciation globale de l'HAD</u>	42
B) <u>BÉNÉFICES DE L'HAD</u>	43
1) <u>Bénéfices de la prise en charge du patient en HAD</u>	43
2) <u>Bénéfices pratiques pour le médecin généraliste</u>	44
3) <u>Bénéfice lien ville-hôpital</u>	46

C) <u>FREINS A L'HAD</u>	47
1) <u>Place et rôle du médecin généraliste</u>	47
2) <u>La rémunération des professionnels libéraux</u>	47
3) <u>Le contexte local</u>	48
D) <u>ATTENTES CONCERNANT HAD</u>	49
1) <u>Information et communication</u>	49
2) <u>Organisation de l'HAD</u>	52
a) <i>Prise de décision et demande d'admission</i>	52
b) <i>La visite d'inclusion</i>	53
c) <i>Les visites au cours de la prise en charge</i>	53
d) <i>La sortie de l'HAD</i>	54
e) <i>La permanence de soin</i>	54
3) <u>Fonctionnement de l'HAD, équipe HAD et libéraux</u>	56
a) <i>Rôle du médecin traitant</i>	56
b) <i>Solliciter les intervenants locaux</i>	57
c) <i>Le travail en équipe pluridisciplinaire</i>	58
d) <i>Support technique</i>	60
e) <i>Les indications de mode de prise en charge souhaitées par les médecins</i>	60
E) <u>CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET MODE D'INSTALLATION</u>	63
F) <u>DISCUSSION MÉTHODOLOGIE</u>	65
1) <u>Limites de l'étude quantitative</u>	65
a) <i>La population</i>	65
b) <i>Le questionnaire</i>	65
c) <i>L'analyse</i>	65
2) <u>Limites de l'étude qualitative</u>	67
a) <i>Biais de sélection</i>	67
b) <i>Biais de désirabilité sociale</i>	67
c) <i>Biais d'interprétation</i>	67
3) <u>Les points forts de l'étude quantitative</u>	68
4) <u>Les points forts de l'étude qualitative</u>	68
VI) <u>CONCLUSION</u>	69
VII) <u>BIBLIOGRAPHIE</u>	71
VIII) <u>ABREVIATIONS</u>	81

RÉSUMÉ

TABLE DES MATIÈRES ANNEXE

ANNEXE 1 : Géographie et aspect sociodémographique de l'Ariège

ANNEXE 2 : L'HAD en Ariège

ANNEXE 3 : Script Questionnaire TYPE

ANNEXE 4 : Guide d'entretien de l'étude

ANNEXE 5 : Feuille de consentement et de respect de l'anonymat

ANNEXE 6 : Graphique soins palliatifs (résultats)

I. INTRODUCTION.

A. DÉFINITION.

« L'hospitalisation à domicile est une structure de soins alternative à l'hospitalisation conventionnelle, qui permet d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée, mais révisable, en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés par un médecin coordonnateur, médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux. Les soins en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes, le tout formalisé dans un projet thérapeutique. » (1)

Elle a pour « objectif d'améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins » de qualité hospitalière. Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible 30 mai 2000 (2), tout en réduisant les dépenses de santé publique.

Elle n'a pas vocation de service de maintien à domicile, ni de forme de services des soins infirmiers à domicile (SSIAD), elle vise à coordonner les soins complexes de haute technicité. Le Dr Bluestone E. M., directeur de l'hôpital Montefiore de New York est à l'origine de sa conception, confronté à une surpopulation de patients crée en 1947 le « Home Care », en français littéral : « soins à domicile » (3), (4), (5). Apparue il y a un peu plus de 50 ans en France avec le Pr Siguier à l'hôpital Tenon au sein de l'Assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP) (6), l'HAD s'est peu à peu affirmée et structurée dans le paysage sanitaire français permettant de répondre au souhait de virage ambulatoire et à la demande des patients. Toutefois ce mode d'hospitalisation à part entière, par nature polyvalente et généraliste reste mal connu et très peu développé contrairement à d'autres pays ; notamment anglo-saxons, où les taux avoisinent 5 % de l'hospitalisation complète (4.7/1000 habitants [hab.] dans l'état de Victoria en Australie en 2001 contre, en 2016, 1.7/1000 hab. en France) (7).

La circulaire du 4 décembre 2013 témoigne de la volonté des pouvoirs publics d'associer l'HAD au « virage ambulatoire » avec comme ambition le doublement de son activité d'ici 2018 et faire coïncider le désir des patients qui souhaitent de plus en plus demeurer à leur domicile à la réalisation d'économies à l'assurance maladie. Pour atteindre cet objectif, la Cour des comptes a été sollicitée à deux reprises en 2013(8) et 2015(9) pour formuler des recommandations permettant avec l'essor de l'HAD une meilleure organisation du parcours de soin des patients.

Cependant malgré ces prescriptions faites la progression globale de l'activité d'HAD reste nettement en deçà des aspirations fixées par la circulaire de 2013 (10) (la part d'activité de l'HAD par rapport à l'ensemble des hospitalisations complètes devant passer de 0.6 % en 2013 à 1.2 % en 2018 n'est que de 0.89 % en 2016.

Même si le médecin traitant est le pivot dans l'organisation d'une HAD, par sa connaissance du patient, de son parcours de soins et de son domicile, la prescription d'HAD par les médecins généralistes reste faible, avec, selon la Cour des comptes, seulement 30 % de prescription par le médecin traitant (versus 70 % d'origine hospitalière) ce qui apparaît comme un frein majeur à l'essor de l'HAD. (9)

Ce défaut de prescription par les médecins de ville paraît lié à un défaut d'information, de connaissance des modes de prise en charge, d'approbation du dispositif, mais également aux contraintes associées à la prescription.

Et ce d'autant que la formation des médecins généralistes intègre rarement un stage en HAD nécessaire pour se familiariser avec ce mode de prise en charge.

B. LE CONTEXTE.

En début d'année 2017, pour assurer l'offre de soin dans le territoire du Couserans, une antenne d'hospitalisation à domicile a été créée sur Saint-Girons par le Centre Hospitalier du Val d'Ariège dans le cadre de la réforme territoriale. Cette structure a été faite en relais de la précédente prénommée « Echosanté ».

Dans la continuité de l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes en 2015(11) sur l'HAD du CHIVA situé à Foix/Labarre. Afin de mieux intégrer les médecins généralistes dans ce projet, de communiquer sur celui-ci et de les former à la pratique de l'HAD, nous avons réalisé cette enquête pour mieux cibler leurs attentes et leurs freins à l'utilisation de l'HAD.

C. LE SECTEUR D'ACTIVITÉ.

Le secteur d'activité actuel de l'HAD antenne du centre hospitalier inter-régionale du val d'Ariège (CHIVA) à Saint-Girons comprend la liste des communes suivantes établie selon la carte sanitaire définie par l'ARS (12) (Annexe 2).

Soit un périmètre de 35 km, situé en zone de haute montagne ce qui limite le temps et la facilité d'intervention au domicile des patients.

La structure est localisée dans Saint-Girons, à proximité du CH Ariège Couserans.

En termes d'effectif aux équivalents Temps plein (ETP), sa répartition est la suivante :

Un médecin coordonnateur à 0.5 ETP et une IDE coordonnatrice à 0.5 ETP.

Le personnel paramédical est assuré par les libéraux en place, la délivrance médicamenteuse par les pharmacies d'officine après validation par la pharmacie à usage intérieur (PIU) du CHIVA.

Afin de ne pas modifier le fonctionnement avec les libéraux travaillant avec l'ancienne HAD, il a été décidé d'avoir recours à eux pour l'ensemble des soins paramédicaux, pharmacies et soins de support. L'HAD dispose de 2 véhicules dont un est réservé à l'infirmière coordinatrice et aux cadres de l'HAD et l'autre au médecin coordonnateur.

II. ENQUÊTE.

A. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE.

L'objectif de l'enquête était de répondre à la question suivante : « Quelles sont les attentes des médecins généralistes concernant l'HAD, pour mieux promouvoir, auprès d'eux sa prescription et son recours ? ».

B. PHASE EXPLORATOIRE RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE.

Les recherches bibliographiques ont été effectuées après formation à la bibliothèque universitaire de Toulouse Ranguel I en utilisant les sites accessibles via le DOCADIS : Pub Med, Google Scholar, Sudoc, CAIRN, EMC premium, Banque de données en santé publique... Les mots clés rentrés dans ces bases de données pour l'équation de recherche étaient : « hospitalisation à domicile », « médecin généraliste/traitant », « home care services », « home care », et « General practice ».

C. MATÉRIEL ET MÉTHODE ANALYSE QUANTITATIVE.

1. Choix de la méthode.

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle descriptive transversale de mai 2017 à septembre 2017. Le questionnaire a été le premier choix méthodologique, afin de recueillir des informations générales des tendances, sur les attentes et les freins de l'HAD, des médecins généralistes du Couserans.

2. Sélection de la population étudiée.

L'étude s'est intéressée aux médecins généralistes car ils sont le pivot de l'organisation du parcours de soins du patient et que nous souhaitons obtenir leurs attentes en vue de mieux organiser notre fonctionnement au quotidien.

Les critères d'inclusions étaient les suivants : Médecin généraliste susceptible d'avoir recours à l'HAD du CHIVA à l'antenne de Saint-Girons, inscrit à l'ordre des médecins, exercice en libéral comme principale spécialité.

Les critères d'exclusions étaient : Médecin non susceptible d'avoir recours à l'HAD du CHIVA antenne de Saint-Girons, exerçant à l'hôpital ou dans une spécialité autre que la médecine générale. Le docteur ZOVEDA Patrick et moi-même avons initialement recensé une liste de 39 médecins généralistes répondant aux critères d'inclusions.

3. Rédaction du questionnaire.

Les items cités ont été inspirés par les thèses antérieures (13-14-15) sur la thématique de l'HAD et l'étude sur l'HAD CHIVA de Labarre/Foix 2015 évoquées précédemment. Il a été modifié avec l'aide du Dr ZOVEDA P. et confronté à la pratique des HAD, lors d'entretien avec le Dr Bruel F., médecin coordonnateur de l'HAD du CH de Montauban. La version finale a été élaborée avec l'aide de l'atelier questionnaire à la Faculté de médecine de Toulouse université de Rangueil, animé par le Dr Boussier Nathalie.

Le questionnaire se compose de 28 questions fermées, dont 4 avec une possibilité d'ouverture mentionnant « autres propositions :... ». Nous avons choisi de poser, en majorité des questions fermées, car celles-ci nécessitent moins de temps pour y répondre, que les questions ouvertes, favorisant ainsi le taux de réponse.

Ainsi, parmi ces questions fermées : cinq sont des questions qualitatives ordinales de type échelle, dix sont des questions avec possibilité de répondre uniquement par « oui » ou par « non », six avec la possibilité de répondre par « oui », « non » ou par « je ne sais pas » ; « ne

se prononce pas » et sept sont des questions à choix multiples. Le questionnaire contient également 4 questions ouvertes qui laissent libre choix au médecin de sa réponse. L'organisation thématique du questionnaire figure en Annexe 3.

Le questionnaire n'a pas été testé au préalable.

4. Protocole d'envoi et de recueil de données.

Le questionnaire a été soumis à 39 médecins généralistes. Le Premier envoi a été effectué en amont de la réunion d'Enseignement postuniversitaire (EPU) le 18/05/2017, avec les médecins généralistes présents, au CH de Saint-Girons. Avec la collaboration du Dr RASTRELLI Jean Luc, une présentation de mon questionnaire et du fonctionnement de l'HAD a été organisée pour les douze médecins présents (respectant les critères d'inclusions ou inclus dans la population cible) à la réunion d'EPU.

Après cette réunion d'EPU et le premier envoi du questionnaire, chaque médecin de la population cible a été contacté par téléphone dans le but de leur présenter le sujet du questionnaire et de leur fournir les explications concernant la motivation de cette enquête.

La plupart des questionnaires ont été envoyés par courrier postal aux différents médecins inclus dans la population cible avec une enveloppe timbrée pour le renvoi. À la demande de certains médecins, un lien d'accès sur internet, permettant de répondre, puis de renvoyer directement le questionnaire a été adressé par courriel électronique.

5. Méthode statistique et traitement des données.

Les réponses en format papier ont été ensuite informatisées sur la plateforme du site Google form® par nos soins.

Le logiciel Excel® a été utilisé pour réaliser les analyses descriptives de cette étude et pour réaliser les présentations graphiques.

Pour l'analyse descriptive, les données issues des questionnaires ont été ordonnées dans des tableaux Excel®. Nous les avons intégrées directement pour celles provenant d'un questionnaire électronique et manuellement pour les autres.

En effet, à partir de la feuille comprenant tous les résultats, les réponses à chaque question ont été analysées en réalisant dans un premier temps des tableaux croisés dynamiques, puis les données obtenues ont été transformées en pourcentage et certaines présentées sous forme de graphiques. Ceci a donc permis de réaliser des graphiques de types secteurs et histogrammes afin de présenter de manière visuelle les réponses des médecins à certaines questions.

D. MATÉRIEL ET MÉTHODE ANALYSE QUALITATIVE :

1. Choix de la méthode.

À défaut d'obtention d'un recueil de questionnaires suffisant, par rapport à nos estimations initiales, nous avons décidé de compléter notre analyse par une étude qualitative.

La complémentarité de méthode d'analyse couplée quantitative et qualitative, nous a paru intéressante. A travers notre enquête, les entretiens permettant de privilégier la validité interne (analyse approfondie, nuancée), malgré une fragilisation de la validité externe (faible représentativité). De cette manière nous souhaitons augmenter la valeur de nos résultats, sur cet échantillon restreint.

Le choix de la méthode d'analyse qualitative, le plus approprié pour répondre à cette question de recherche a semblé être la méthode avec réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés.

2. Plan d'Échantillonnage

Un échantillonnage théorique raisonné a été effectué pour obtenir un échantillon diversifié et représentatif de la population étudiée, en prenant en compte les critères suivants :

Le sexe, la localisation géographique dans la zone de couverture de l'HAD, l'année d'installation, le secteur d'activité.

- Les critères d'inclusions étaient identiques aux critères de l'analyse quantitative.
- Les critères d'exclusions étaient des médecins généralistes ayant préalablement répondu aux questionnaires de l'analyse quantitative (pour limiter les doublons).

3. Élaboration du guide d'entretien :

Le guide d'entretien permet de définir la zone à explorer, basée sur la thématique initiale du questionnaire, le but était d'approfondir les réponses et idées obtenues dans le questionnaire pour augmenter la validité de notre étude.

Le guide comprenait 4 grands axes :

- Mise en place d'une structure d'HAD dans le Couserans
- Inclusion d'un patient en HAD
- Fonctionnement d'une HAD et articulation avec les intervenants.
- L'utilité de l'HAD

Des renseignements d'ordre général socio-démographique étaient demandés en début d'entretien. (Annexe 4 Guide d'entretien de l'étude).

4. Prises de contact

Les personnes ressources pour le recrutement étaient le Dr ZOVEDA P. et moi-même, par méthode d'approche téléphonique, après absence de réception au questionnaire.

Un rendez-vous, après accord, était fixé au cabinet des médecins généralistes pour un entretien d'une durée moyenne de trente minutes. Les refus de recrutement mis en avant ont été le manque de temps (2 personnes).

5. Déroulement des entretiens.

Tous les entretiens ont été réalisés dans le lieu d'exercice des médecins généralistes.

Les données verbales ont été recueillies par enregistrement des entretiens avec un dictaphone multidirectionnel et un téléphone portable, après accord des médecins, en les assurant du respect de la confidentialité.

Le mode d'administration a donc été réalisé par contact direct selon le modèle CAPI.

L'entretien débute par un rappel des modalités d'enregistrement et du respect de l'anonymat, suivi des questions d'ordre général

6. Transcription des données

La transcription des données a été réalisée par l'enquêteur lui-même. Tous les entretiens ont été retranscrits mot pour mot sur support informatique (traitement de texte) sans chercher à reformuler les propos ni à corriger les éventuelles fautes de langage.

7. Méthode statistique de traitement des données

Les données recueillies ont ensuite fait l'objet d'une analyse du contenu par thématique.

Chaque retranscription a été lue plusieurs fois afin de repérer les items récurrents.

Dans un second temps, les thèmes ont été regroupés en catégories et sous catégories pour pouvoir ensuite mettre en place la thématisation des réponses.

La dernière étape a consisté à analyser les résultats obtenus en les confrontant avec les données recueillies au cours de l'enquête par questionnaire ainsi qu'avec les données de la littérature. Cette analyse a donc permis de faire émerger des théories répondant à la question de recherche.

8. Éthique : (Annexe 5)

Le recueil de consentement des participants a été obtenu par écrit.

III. RESULTATS ANALYSE QUANTITATIVE

A. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE

1. L'année d'installation des médecins généralistes répondants.

Les années d'installation des médecins généralistes répondants s'étendent de 1982 à 2017. La moyenne est 2000,3 et la médiane est 2006. On remarque que 21.1 % des médecins se sont installés en 1982 et 15.8 % en 2014.

2. Le secteur d'activité.

Les médecins répondants exercent majoritairement dans le secteur rural (55 %), suivi de ceux exerçant dans le secteur semi-rural (45 %). En revanche, aucun des médecins n'a répondu exercer en milieu urbain. L'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) définit la notion d'unité urbaine sur la continuité du bâti et le nombre d'habitant comme étant une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants ; sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine (16).

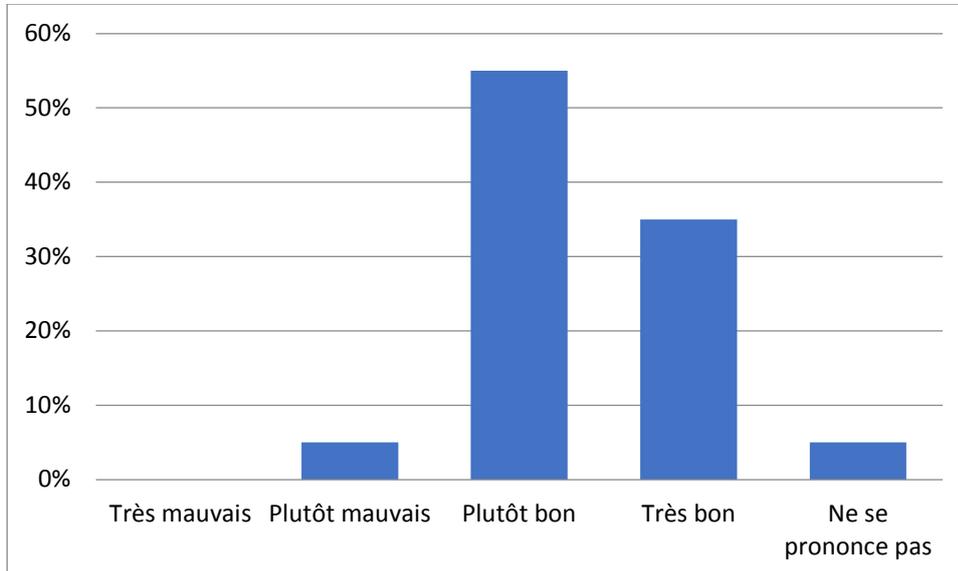
3. Le mode d'exercice.

Le mode d'exercice majoritaire est l'exercice seul en cabinet (soit 35 %), suivi de l'exercice en maison de santé (25 %), puis en groupe (25 %). Une partie des médecins (15 %) a répondu avoir un mode d'exercice multiple : maison de santé et cabinet pluridisciplinaire ; seul, en groupe et maison de santé.

B. ÉTUDE DES ATTENTES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.

1. Appréciation globale de l'hospitalisation à domicile.

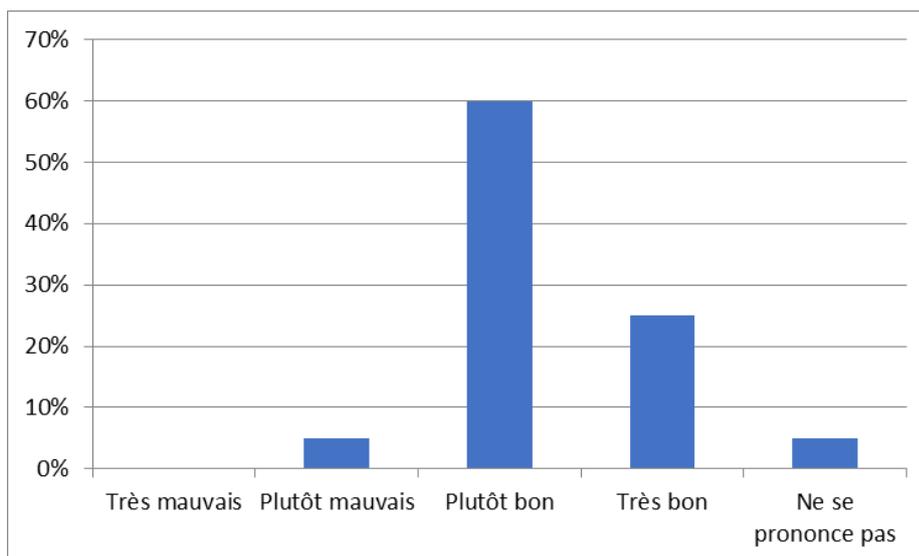
Figure 1 : Avis sur le bénéfice de l'hospitalisation à domicile pour le patient.



Le taux de réponses à cette question est de 100 %.

Plus de la moitié des médecins répondent avoir un avis « Plutôt bon » sur le bénéfice de l'HAD pour le patient soit 55 % et 35 % émettent un avis « Très bon ». Seulement 5 % des médecins traitants répondent par un avis négatif « Plutôt mauvais ». Et, une partie (5 %) décide de ne pas se prononcer.

Figure 2 : Avis sur le bénéfice pour la pratique du médecin traitant.



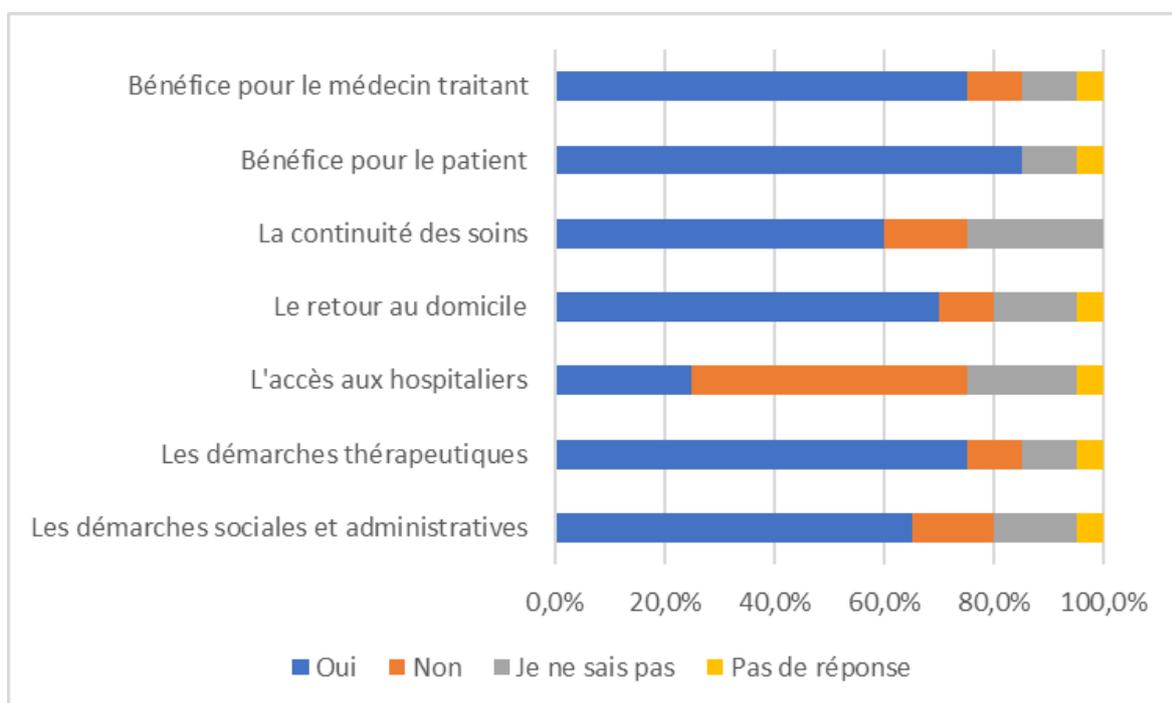
Le taux de réponses à cette question est de 100 %.

Plus des trois quarts des médecins généralistes (soit 84 %) ont un avis positif sur le bénéfice de l'HAD pour leur pratique : 60 % ayant un avis « Plutôt bon » et 25 % ayant un avis « Très bon ». La même part de médecins (5 %), que dans la question précédente, révèlent avoir un avis « Plutôt mauvais » sur le bénéfice que pourrait leur apporter l'HAD. Enfin, 5 % ne se prononcent pas sur le sujet et 5 % n'ont pas répondu à cette question.

2.Intérêt de l'hospitalisation à domicile pour le patient.

a) Bénéfices de l'HAD selon les médecins traitants.

Figure 3 : Bénéfices de l'HAD



Les bénéfices principaux de l'hospitalisation à domicile selon les médecins généralistes sont les suivants, présentés par ordre décroissant (avec un taux de réponse de 95.7 %) :

« Apporte un bénéfice pour le patient » (85 %) ; « Apporte un bénéfice pour le médecin traitant » (75 %) ; « Facilite vos démarches thérapeutiques » (75 %) et « Permet ou facilite le retour au domicile » (70 %).

En revanche, la moitié des médecins répondant considère que l'HAD n'est pas un bénéfice concernant l'accès aux médecins hospitaliers.

Et, les réponses concernant le bénéfice de continuité des soins avec l'HAD sont plus contrastées avec 60 % de réponse « Oui », 15 % de réponse « Non » et 25 % de « Je ne sais pas ».

b) *Connaissance des procédures d'admission.*

Les trois quarts (soit 75 %) des médecins traitants répondants estiment connaître les procédures de demandes d'admission en HAD contre 25 % qui ont répondu ne pas les connaître, sachant que la totalité des médecins a répondu à cette question.

c) *Sentiment des médecins : HAD imposée ?*

La note moyenne attribuée par l'ensemble des médecins, concernant le sentiment que l'HAD leur est imposée, est de 4.1 et la note médiane est 3. De plus, il faut relever que 30 % des médecins ont attribué la note de 1/10 à cette question (1/10 étant pas du tout imposée).

La totalité des médecins ont répondu à cette question.

d) *Prise en charge des patients en HAD.*

La grande majorité des médecins traitants (95 %) souhaite une prise en charge partagée de leur patient en HAD et 5 % souhaitent une prise en charge seul. Tous les médecins ont répondu à cette question.

e) *Organisation de la visite d'inclusion au domicile du patient avec l'HAD.*

Plus des trois quarts des médecins (80 %) sont favorables à l'organisation d'une visite conjointe entre médecin traitant et médecin coordonnateur lors de l'inclusion du patient en HAD contre 20 % qui ne sont pas favorables.

Le taux de réponses à cette question est de 100 %.

f) *Organisation des visites à domicile après l'inclusion.*

Les médecins sont majoritairement favorables à des visites alternées entre médecin traitant et médecin coordonnateur (55 %) face à 20 % des médecins qui préféreraient des visites conjointes et 20 % qui souhaiteraient les deux (conjointes et alternées).

Le taux de réponses à cette question est de 95 %, soit 19 médecins répondants.

g) Rôle du médecin traitant dans la prise en charge en HAD.

Les rôles que souhaitent avoir les médecins (seize répondants) dans la prise en charge des patients en HAD sont les suivants (regroupés par thématiques communes) :

Le même que celui hors HAD (pour 4 médecins)
Le rôle de médecin traitant de famille : connaissance de l'histoire de vie, de l'entourage, des autres pathologies incluant le rôle de support psychologique pour le patient (pour 6 médecins)
Le rôle du médecin en échange permanent avec l'HAD, travail d'équipe (pour 4 médecins)
Le rôle de coordination (maître d'œuvre) pour un médecin répondant. La gestion du quotidien (1)
Le soin (1)

3. Information et communication avec l'HAD.

a) Outils de communication utilisés.

Tous les médecins traitants ont répondu par la positive concernant la communication avec l'HAD par appel téléphonique. Et plus de la moitié sont favorables à l'utilisation des SMS afin de communiquer avec l'HAD (55 %). A contrario, Skype récolte 65 % de réponse négative (« Non »). Les réponses concernant la communication par courrier électronique semblent être plus contrastées, 35 % des médecins répondent par la positive face à 40 % qui répondent par la négative. Il en va de même pour la communication par médimail avec 40 % de réponses favorables à cet outil et 35 % de réponses défavorables.

Le taux de réponses global est de 80 % de l'effectif total.

b) Communication avec l'HAD après les visites à domicile.

La communication avec l'HAD, après les visites chez le patient, semble être nécessaire pour 80 % des médecins généralistes, alors que 20 % estiment que cela ne l'est pas, sachant que 100 % de médecins ont répondu.

c) Dossier papier du patient.

Quasiment tous les médecins (95 %) répondent qu'ils rempliraient le dossier papier du patient lors des interventions contre 5 % qui ne le feraient pas, avec 100 % de médecins répondant à cette question.

d) Moyens d'obtention d'informations complémentaire à la prise en charge.

L'accès au dossier semble être le moyen privilégié pour l'obtention de complément d'information au dossier (53 %), arrivent en second les courriels sécurisés à fréquence régulière (26 %) ; suivi des médecins privilégiant d'autres moyens (21 %) dont un médecin précisera : « le téléphone ». 19 médecins sur 20 ont répondu à cette question.

4. Permanence de soins et organisation de l'HAD.

a) Intérêt astreinte médicale par le médecin coordonnateur et les IDEL.

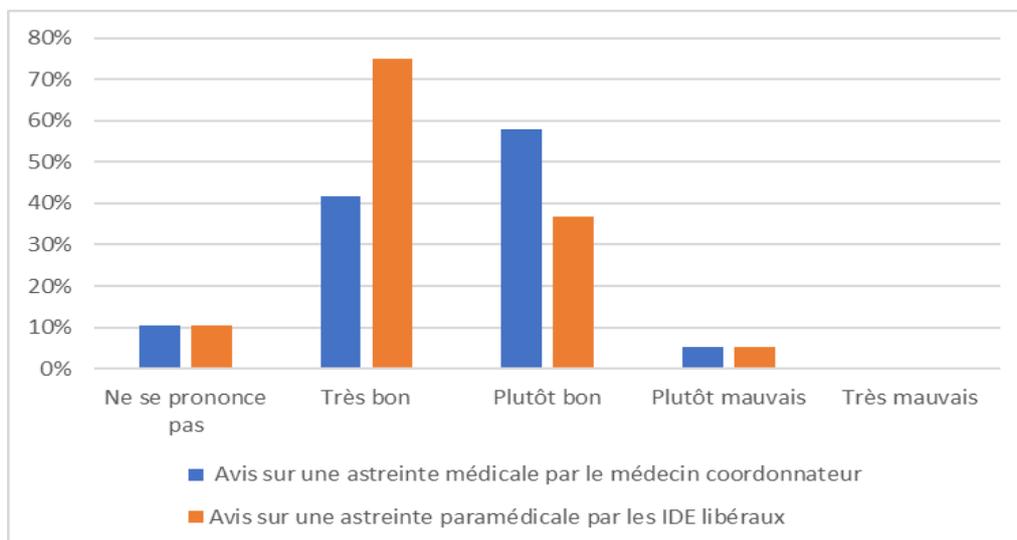
Environ 70 % des médecins généralistes émettent un avis positif concernant l'existence d'astreinte médicale par le médecin coordonnateur, englobant 50 % d'avis « Plutôt bon » et 20 % d'avis « Très bon ».

Presque la moitié (soit 40 %) ont un avis « Très bon » sur l'intérêt d'une astreinte paramédicale par les IDE libéraux, et 30 % ont un avis « Plutôt bon » soit 70 % des médecins semblent avoir un avis positif à ce sujet.

Un seul médecin répond avoir un avis « Plutôt mauvais » (soit 5 %) concernant l'avis d'une astreinte médicale et de même concernant l'astreinte paramédicale.

Le taux de réponse à ces deux questions est de 95 % (soit 19 médecins répondants).

Figure 4 : Avis sur l'intérêt de l'existence d'une astreinte médicale par le médecin coordonnateur et par les IDEL.



b) Implication dans la permanence de soins.

Quasiment autant de médecins répondent vouloir s'impliquer dans la permanence de soins (45 %) que de médecins répondant ne pas vouloir s'impliquer (40 %). 15 % des médecins ne répondent pas à cette question.

c) Sentiment d'implication dans le projet d'admission.

La majorité des médecins répondent se sentir impliqué dans le projet d'admission en HAD de leurs patients (75 %) alors que 25 % répondent par la négative, sachant que la totalité des médecins ont répondu à cette question.

d) Sentiment d'implication dans le projet de soins des patients en HAD.

Les médecins traitants répondant se sentir impliqués dans le projet de soins des patients correspondent à 75 % de l'ensemble de l'échantillon contre 25 % qui révèlent ne pas se sentir impliqué, avec 100 % des médecins ayant répondu.

e) Sentiment d'implication dans les décisions de sortie des patients de l'HAD.

Une part importante des médecins répondant disent se sentir impliquée dans les décisions de sortie des patients (65 %) face à une autre part répondant par la négative (35 %), avec tous les médecins de l'enquête ayant répondu à cette question.

5. Place des professionnels libéraux.

a) Sentiment d'être dépossédé de la prise en charge des patients.

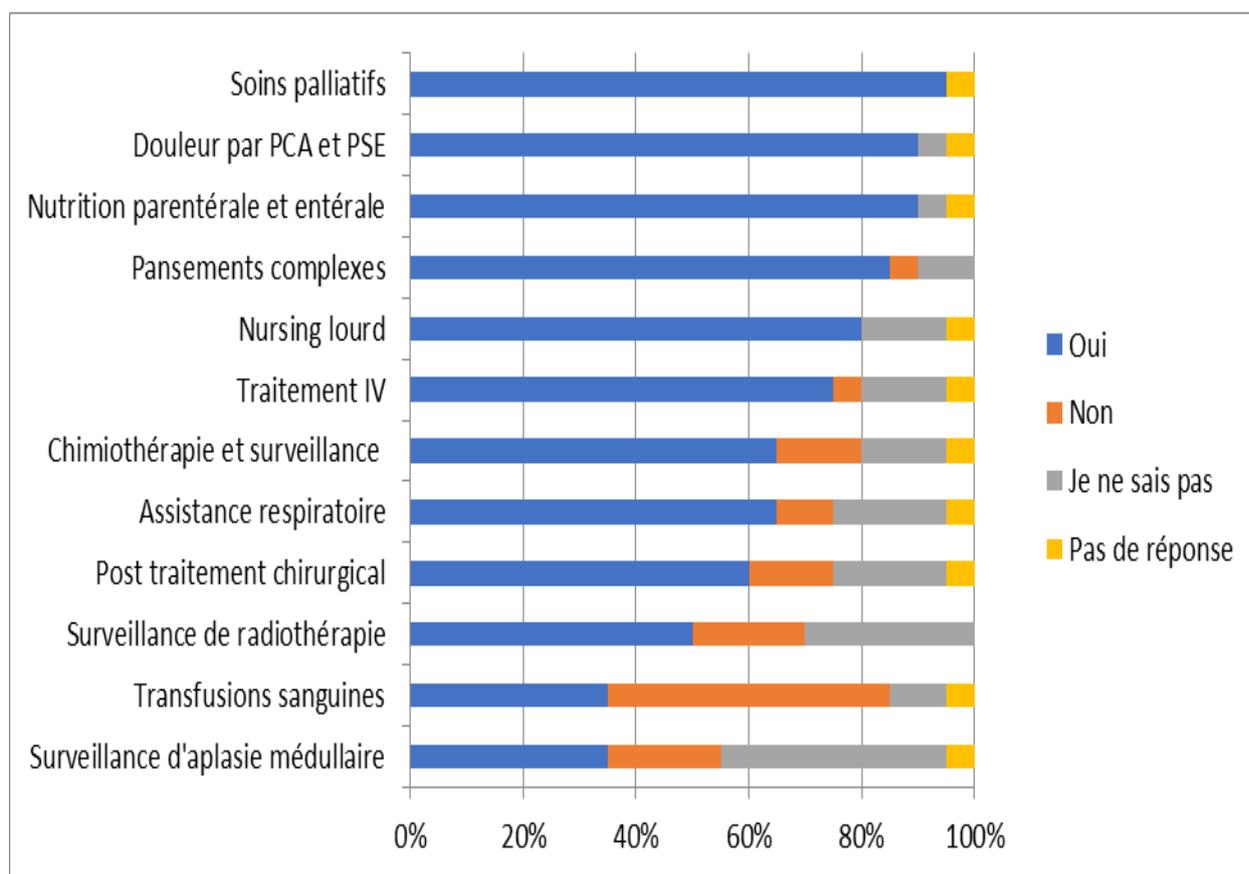
Majoritairement les médecins répondent « Non » concernant le sentiment d'être dépossédé de la prise en charge des patients (65 %) alors que 30 % de l'ensemble de médecins répondent par « Oui » confiant se sentir dépossédé. Un médecin ne répond pas à cette question (soit 5 %).

b) Influence de l'HAD sur la fréquence des visites.

Autant de médecins répondent voir une augmentation de leurs visites lorsqu'un patient est en HAD (35 %) que ceux répondant que l'HAD n'a aucune influence sur la fréquence de leurs visites au domicile des patients. Et pour une partie moins importante (30 %), l'HAD diminue la fréquence de leurs visites. Un médecin ne répond pas à cette question (soit 5 %).

c) *Indications de développement des modes de prise en charge.*

Figure 5 : Indication des modes de prise en charge (%).



Les modes de prise en charge privilégiés par les médecins traitants pour hospitaliser à domicile leurs patients sont les suivants, classés par ordre décroissant :

Les soins palliatifs (95 %) ; la prise en charge de la douleur par PCA et PSE (90 %) ; la nutrition parentérale et entérale (90 %) ; les pansements complexes (85 %) ; le nursing lourd (80 %) et les traitements IV (75 %).

La moitié des médecins généralistes répondent par « Non » concernant le souhait de la prise en charge des transfusions sanguines par l'HAD (50 % de l'effectif total) alors que 35 % répondent « Oui ».

Les réponses concernant la surveillance d'aplasie médullaire sont plus diversifiées avec 35 % répondant par « Oui » ; 20 % par « Non » et 40 % par « Je ne sais pas » et celle concernant la surveillance de radiothérapie de même avec 50 % répondant par « Oui » ; 20 % répondant par « Non » et 30 % par « Je ne sais pas ».

La totalité des médecins de l'enquête ont répondu à cette partie du questionnaire.

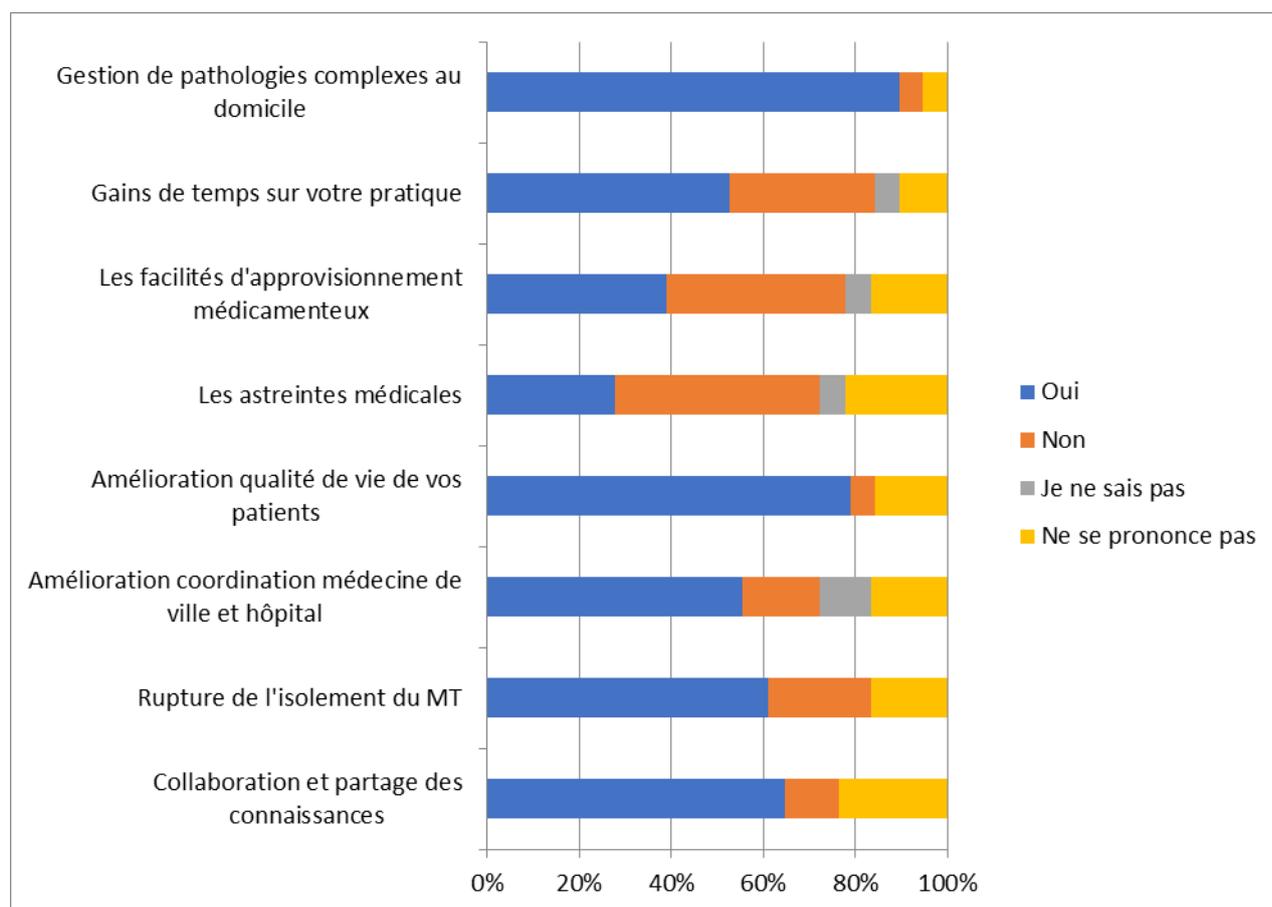
d) Actions pour optimiser la prise en charge des patients en HAD.

Selon les médecins généralistes répondants (100 % de taux de réponse), les actions à optimiser, classées en ordre décroissant de réponse « Oui » (%), sont les suivantes :

Informé sur l'organisation et le fonctionnement de la structure (70 %) ; le rôle du médecin généraliste (70 %) ; simplifier les démarches administratives (65 %) ; le système de rémunération (45 %).

e) Les gains à l'utilisation de l'HAD selon les médecins traitants.

Figure 6 : Gains et motivations à l'utilisation de l'HAD selon les médecins (%).



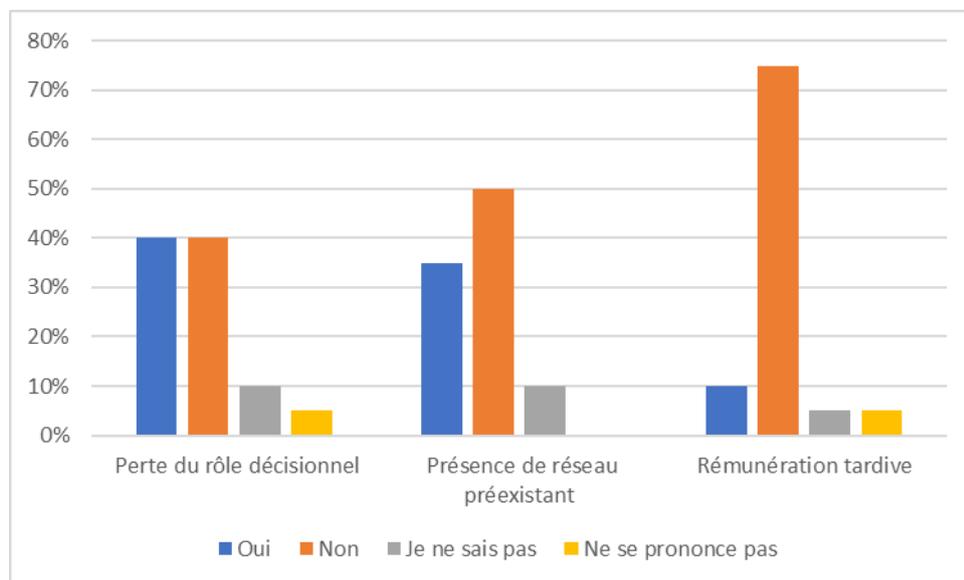
Selon les médecins traitants répondant (soit 91 % de réponses sur l'effectif total) les principaux gains à l'utilisation de l'HAD sont les suivants, classés par ordre décroissant de réponse « Oui » (%):

La gestion de pathologies complexe au domicile (85 %) ; l'amélioration de la qualité de vie des patients (75 %) ; la collaboration et le partage de connaissances (55 %) ; la rupture de l'isolement (55 %) ; l'amélioration de la coordination médecine de ville et hôpital (50 %).

En revanche, la majorité des médecins répondent par la négative concernant les astreintes médicales réalisées par l'HAD (40 % répondent « Non » contre 25 % qui répondent « Oui »).

f) Les freins à l'utilisation de l'HAD.

Figure 7 : Freins à l'utilisation de l'HAD selon les médecins traitants (%).



Les médecins répondent majoritairement par la négative concernant la présence de réseau préexistant (50 %) et la rémunération tardive (75 %). La perte du rôle décisionnel obtient des réponses plus contrastées avec 40 % de réponses positives et de même pour les réponses négatives. Le taux de réponses est de 95 %.

6. L'HAD dans le cadre des soins palliatifs et pansements complexes.

a) Les principales utilités à la prise en charge de soins palliatifs en HAD.

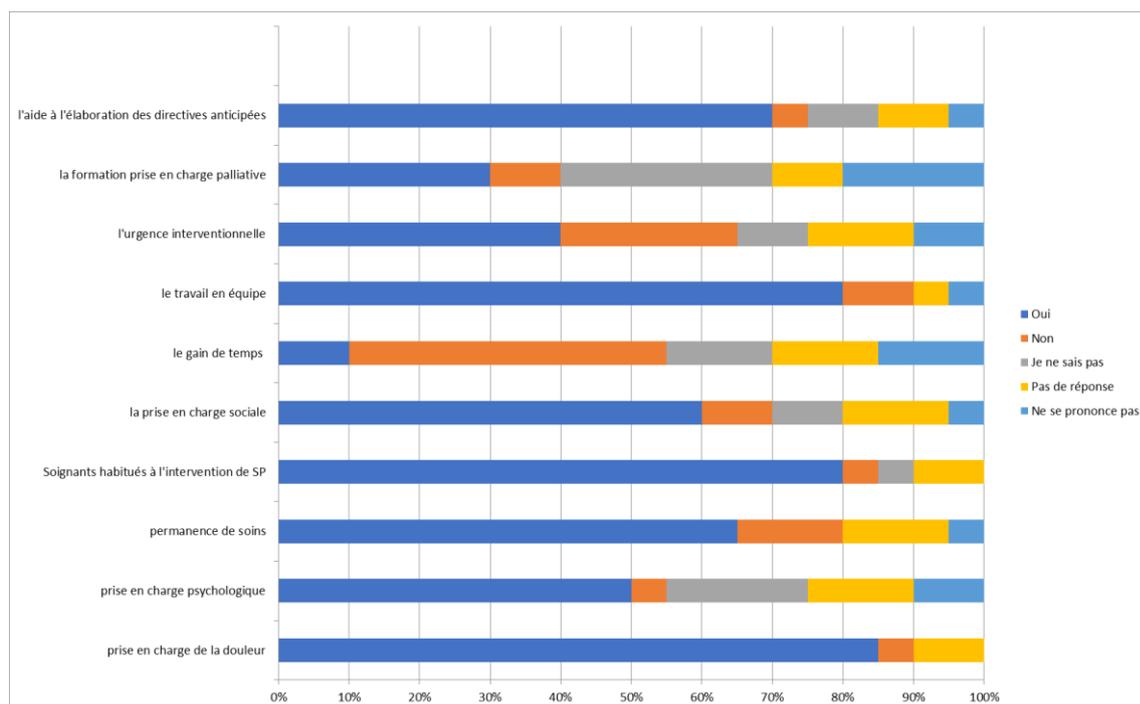
Les gains à la prise en charge palliative en HAD récoltant le plus réponse positive « Oui » par les médecins traitants sont (classés par ordre décroissant [%]) :

La prise en charge de la douleur (85 %) ; l'intervention de soignants habitués à l'intervention de soins palliatifs (80 %) ; le travail en équipe (80 %) ; l'aide à l'élaboration des directives anticipées (70 %) ; la permanence de soins (65 %) et la prise en charge sociale (60 %).

Pour la plupart des médecins répondants, le gain de temps n'est pas un gain à l'utilisation de la prise en charge palliative en HAD en effet 45 % des médecins répondent par la négative.

Le taux de réponses à ces questions est de 89 %.

Figure 8 : Les principaux gains à la prise en charge palliative en HAD (%). (Annexe 6)



b) Distinction HAD et réseaux de soins palliatifs.

Les réponses à la question relative à l'existence d'une différence d'indication de prescription entre HAD et réseau de SP sont plutôt diversifiées, en voici le détail regroupé en 5 catégories :

Catégories de réponses	Nombres de médecins
« Il existe une différence d'indication de prescription »	5
« Il n'existe pas de différences d'indication de prescription »	6
Questionnement : « ? » ; « Question ambiguë » ; « situation différente »	3
« Il n'y a pas de réseaux de soins palliatifs dans le Couserans »	1
« Je ne sais pas »	2

Le taux de réponses à cette question est de 82 %.

c) HAD et pansements complexes.

Les médecins répondent essentiellement que l'intérêt des pansements complexes réside à la fois dans la réalisation de techniques complexes et dans le suivi médical (35 %). 30 % répondent seulement à l'intérêt de la réalisation de techniques complexes en ce qui concerne les pansements complexes et la même part de médecins ne répondent pas à la question.

Le taux de réponses à cette question est de 75 %.

IV. RÉSULTATS ANALYSE QUALITATIVE.

A. ÉCHANTILLONNAGE.

Le recrutement a été fait au cours du mois de septembre. Au cours de cette période, 5 médecins traitants ont été recrutés pour des entretiens semi-dirigés.

Le premier entretien a permis de tester le guide d'entretien et a pu être conservé par la suite.

La saturation des données théoriques a donc été atteinte, la population du territoire du Couserans étant limitée.

La sélection s'est faite afin d'assurer une variété de l'échantillon concernant le sexe, le mode d'exercice, la localisation et l'année d'installation, en effet l'échantillon se compose de :

- 3 femmes et 2 hommes ;
- 2 médecins exerçant dans la partie vallonnée du Couserans, 2 à St Girons et un dans la plaine Couserannaise ;
- 3 médecins exercent en cabinet à plusieurs et 2 médecins en Maison de santé pluridisciplinaire.

Enfin, les années d'installation de l'échantillon s'étendent de 1982 à 2017, comme dans l'enquête quantitative, plus précisément : 1982, 1995 (première installation en banlieue parisienne puis installation dans le Couserans en 2016), 1998, 2016 (collaboratrice) et 2017.

L'analyse de ces 5 entretiens a permis de faire émerger différents thèmes regroupant les bénéfices, les freins et les attentes des médecins généralistes du Couserans concernant l'hospitalisation à domicile. Les résultats sont illustrés par les verbatims en italique dans le texte. Les sigles E.1. à E.5. Renvoyant aux entretiens 1 à 5.

B. FONCTIONNEMENT GÉNÉRAL DE L'HAD.

1. Historique territorial local

Avant la mise en place de notre structure dans le Couserans, il existait une HAD prénommée « Echosanté ». Plusieurs médecins sont revenus sur ce point durant l'entretien, alors que cette thématique n'était pas évoquée dans le guide d'entretien.

E2 : *« Il y avait une HAD avant, "Echosanté" ... avec qui on travaillait, c'était assez codifié, quand les gens étaient en HAD, on passait une fois par semaine et donc c'était systématique. ».*

Un des médecins explique la mise en place de cette structure dans un contexte de dialogue entre médecins de ville et médecins de l'hôpital, et surtout grâce aux internes en médecine générale qui ont permis de créer ce lien ville-hôpital et par la suite la création d' Echosanté :

E4 : *« le Couserans, c'est une région... où les médecins ont toujours eu, depuis 30 ans, un dialogue entre eux qui a été constructif » ; « Des futurs médecins généralistes installés à St Giron ont fait leur stage interné à l'hôpital... et ça a créé une sorte d'amitié entre la ville et l'hôpital (...) qui s'est concrétisée par la création d'une association : l'association des médecins du Couserans » ; « Par cette association (...) il y a eu Echosanté (...) la volonté de créer cette structure d'hospitalisation à domicile... besoin ressenti par les médecins libéraux qui ont demandé à l'hôpital de mettre... à leur disposition cette structure d'hospitalisation à domicile ».*

2. Expériences maintien à domicile sans HAD

La visite à domicile fait partie du quotidien du médecin généraliste. Elle s'impose souvent pour des personnes âgées, isolées ou des situations plus complexes, touchant des personnes de tout âge.

Pour l'ensemble des médecins interrogés, les visites font partie de leur quotidien à titre d'exemple :

E2 : *« des visites à domicile... de 0 à 8, quand c'est vraiment galère, en moyenne c'est 3 à 4 »*

Les motifs des visites à domicile relèvent essentiellement de la fragilité de certaines populations, de la démographie, mais aussi du relief régional :

E4 : *« ... des visites incontournables, des gens qui peuvent pas se déplacer, les EHPAD... des personnes âgées ».*

E3 : *« il y a beaucoup de personnes âgées qui vivent dans des hameaux isolés et qui ne peuvent pas descendre au cabinet »*

La question du maintien à domicile est exprimée de la façon suivante dans les zones les plus retranchées, selon les médecins généralistes interrogés :

E5: « Ici, c'est binaire, soit on tient à la maison, soit-on ne tient pas. » ; « On est aux confins de la santé et du social, c'est très particulier dans le Haut Couserans ».

3. Contexte actuel : Expériences patient en HAD/avis :

Depuis l'ouverture de l'HAD, les médecins généralistes ont eu quelques expériences avec la nouvelle antenne et sa mise en place dont ils nous font le retour :

E2: « ... ma première patiente qui a été en HAD, c'est moi qui ai fait la demande. C'était une patiente... en fin de vie sur une démence très évoluée qui a été accompagnée..., suite à un arrêt de l'alimentation.... » ; « J'ai trouvé que ça s'était bien passé en lien avec les infirmières libérales, les médecins qui passaient, moi qui en fait avais gardé la méthode de l'ancienne HAD. »

E4: « Moi j'ai senti comme un soulagement à la fois pour la patiente et pour... tout le monde, parce qu'on avait l'impression que ça ne se passait pas bien à l'hôpital. » ; « la remettre dans un contexte qui était favorable... ça a été lune de miel importante entre elle et la maladie » ; « On a repris... des techniques de soins qui ont permis de la prolonger dans des bonnes conditions... ça été quelque chose de très positif ».

Certains généralistes localisés dans les vallées du Couserans évoquent des situations qui pourraient correspondre à des indications en HAD et leurs pratiques actuelles en l'absence de dispositif d'HAD dans leurs vallées :

E5: « un patient... en fin de vie à domicile qui n'est pas du tout pris en charge par l'HAD... sortie de l'hôpital... On l'a piloté, nous, avec des réunions de coordination pluri professionnelles »

Les situations rencontrées varient en fonction de la localisation régionale.

« En termes d'éloignement... de personnel soignant... de matériel ça été un enfer !

C. BENEFCES DE L'HAD SELON LES MEDECINS GENERALISTES.

1. L'HAD une alternative à l'hospitalisation classique

a) Éviter l'hospitalisation classique longue et/ou répétitive

Les médecins décrivent l'HAD comme une alternative à l'hospitalisation conventionnelle permettant d'éviter les hospitalisations longues et/ou répétitives.

E1 : « Ça peut ouvrir des possibilités au patient (...) lui permettre d'éviter d'être hospitalisé, soit trop longtemps, soit trop fréquemment »

E3 : « le médecin généraliste demande à ce (...) qu'on évite l'hospitalisation, qui peut-être à répétition ou qui peut être déstabilisante pour le patient ».

E4 : « En plus, l'hôpital n'a pas très envie de recevoir des gens très longtemps »

En MSP, la situation est parfois différente pour le maintien à domicile :

E5 : En MSP, « C'est beaucoup plus simple » ; « le maintien à domicile du... coup, on a un diagnostic conjoint et on a des réunions de coordination pluri professionnelle qui nous permettent d'affiner au mieux les besoins du patient... et de mettre en place progressivement... les aides qui peuvent être apportées... ».

b) Une hospitalisation plus économique

Quelques médecins évoquent le caractère économe de ce mode de prise en charge.

E5 : « J'imagine que l'hospitalisation à domicile coûte moins cher que l'hospitalisation tout court. ».

Mais outre son caractère avantageux sur le plan financier ce service semble nécessaire pour les médecins :

E3 : « c'est important qu'on ait une HAD dans le Couserans, (...) du point de vue économique, je peux pas en parler, mais je trouve que c'est un service supplémentaire et qui peut être bénéfique pour le patient »

Dans les vallées retranchées, les populations locales et les médecins semblent s'être organisées en autarcie :

E5 : « il y a un réseau de solidarité sociale et citoyenne qui se fait ici naturellement... ».

c) Lien ville-hôpital

Les différents médecins interrogés sont revenus sur le retour à domicile. Le lien avec l'hôpital n'est pas toujours facile à assurer :

E5 : « *Oh c'est le bordel* » ; « *l'expérience prouve et montre que... pour des raisons qui sont complètement légitimes, les services hospitaliers ont du mal à avoir une vision des... contraintes que (...) on peut avoir en ville* »

E3 : « *j'ai des patients... ça m'est arrivé, qui rentrent à domicile de l'hôpital et j'ai pas été informée... !* » ; « *c'est comme si j'adressais quelqu'un à l'hôpital sans informer l'hôpital* »

Selon un médecin, l'HAD permet alors d'assurer ce lien ville-hôpital :

E4 : « *Cette HAD, c'est vraiment un pont extrêmement concret qui permet d'articuler la relation avec l'hôpital, à mon avis c'est fondamental* »

L'aspect local et les internes favorisent parfois ce lien :

E2 : « *Antenne plutôt locale... pour.... Accélérer les différents réseaux médical machin*»

E4 : « *moi qui m'occupe des internes... c'est une des prérogatives des internes d'alimenter... ce dialogue entre l'hôpital et la ville (...) qu'ils soient le relais, le vecteur permanent de la relation ville — hôpital en ce qui concerne la médecine* ».

2. Les bénéfices pour la prise en charge du patient

a) Respect volonté du patient

Le respect de la volonté du patient est une prérogative revendiquée par les médecins généralistes, qui est permis par l'HAD :

E2 : « *... favoriser au maximum le choix des patients, de les aider dans leur choix, de les accompagner au maximum. Moi en tant que MG c'est vrai que si je peux les accompagner, je trouve ça bien* »

E1 : ça permet « *d'avoir un recours... pour nos patients qui auraient besoin d'une hospitalisation... qui souhaite rester au domicile.* »

À cet aspect s'ajoutent des caractéristiques liées à la population âgée :

E3 : « *il y a beaucoup de personnes âgées..., qui sont seules à domicile et qui si elles vont à l'hôpital... ce n'est pas toujours évident pour elles, ils perdent leurs repères* »

E4 : « *Dans les campagnes, en général les personnes âgées (...) ont peu envie d'aller à l'hôpital, peu envie de quitter leur environnement. Finalement c'est un attachement à la terre* »

Cette volonté de respecter le souhait des patients doit cependant être adaptée selon les situations :

E2 : « *Après des fois, je pense qu'il ne faut pas se tromper et réussir à hospitaliser, quand ça marche pas ! (...). C'est un des risques pour moi de l'hospitalisation à domicile ; c'est de maintenir à domicile, le plus longtemps possible, alors qu'à un moment ça ne marche pas* ».

b) Éviter l'isolement du patient

Les spécificités ariégeoises, qu'elles soient liées aux reliefs régionaux ou aux particularités démographiques médicales ou au caractère rural conduisent à un isolement de la population. Dans ce contexte, l'HAD trouve toute sa place :

E1 : « *dans cette région... très reculée avec peu d'hôpitaux qui n'ont pas un accès si facile que ça et ça peut permettre une lutte contre l'isolement, pour le patient et à la fois pour le MG* »

Cette coordination assure un lien entre les différents intervenants de santé contribuant à diminuer l'isolement du patient dans la situation de désertification médicale existante et à venir :

E4 : « *Mais c'est forcément quelque chose qui est un outil supplémentaire dans la lutte contre la désertification, c'est clair !* ».

c) Sécurisation des soins et du patient

L'un des apanages de l'HAD est la réalisation de soins en toute sécurité :

E1 : « *pouvoir le garder dans son contexte de vie personnel (...); que pour la famille, il n'y ait pas trop de chamboulements* » ; « *des personnes âgées par exemple (...) si on les sort de chez eux (...), il y a un risque confusiogène...* »

E2 : « *... il y a des patients qui ont besoin d'un support (...) technique et c'est très pratique ; on appelle, on inclut ces patients et il reste inclus et il y a une vigilance* »

Certains médecins la revendiquent en tant qu'alternative pour relancer une confiance du patient :

E4 : « *moi j'ai senti comme un soulagement pour la patiente et pour tout le monde parce qu'on avait l'impression que ça ne se passait pas bien à l'hôpital* ».

Les échanges et la coordination dans des situations complexes semblent apporter un sentiment de sécurisation selon les médecins.

E1 : « pour le patient, parce qu'il voit qu'il y a une coordination entre son médecin traitant, ses infirmières qu'il connaît qu'il a l'habitude de voir et la structure HAD (...) ça lui montre à lui et à son entourage (...) que ça se passe bien je pense pour le patient c'est rassurant de voir tout ça ».

E2 : « du coup le fait de mettre en place des infirmières, et une équipe pluridisciplinaire ça... aide à être un peu sécurisé... et à sécuriser les patients... ».

d) Accès équipe pluridisciplinaire

L'accès à une équipe pluridisciplinaire selon les médecins permet la réalisation de soins complexes qui ne pourrait être effectuée à domicile en dehors de l'HAD : intervention d'aides-soignantes, psychologues.

E1 : « ça permet (au patient) de voir une assistante sociale qui a de meilleures connaissances ».

E2 : « la possibilité d'avoir recours à des psychologues pour les familles et les patients... »

E4 : « ... C'est un travail d'équipe, un travail de mise à disposition du patient qui sans l'HAD pourrait pas se faire, qui impliquerait pas tout le monde ».

3. Les bénéfices dans la pratique quotidienne du MG

a) Rôle de coordination de l'HAD

Les médecins décrivent l'importance du médecin coordonnateur et son rôle dans la coordination avec l'infirmière coordonnatrice pour leurs quotidiens et pour les patients :

E1 : « Faut mettre en place beaucoup de choses, une aide humaine, technique, financière ou autre... on y passe beaucoup de temps (...) pouvoir mettre en place une coordination avec l'HAD, ça peut simplifier certaines choses pour les patients et pour le médecin traitant. »

Cette coordination permet selon eux une aide à l'élaboration du projet de soin :

E2 : « C'est être d'accord sur l'objectif commun, (...) souvent à la sortie de l'hospitalisation, on a un projet de soins (...) des fois on ne sait pas très bien jusqu'où il faudrait aller dans les soins invasifs, (...) ça peut être de bonnes façons de faire d'être à plusieurs médecins »

Et la mise en place de soins coordonnés qu'ils ne pourraient réaliser faute de temps :

E3 : « On a souvent un manque de temps nous, donc coordonner les soins c'est quelque chose de très appréciable, ... à l'entrée, pendant ou à la sortie. ».

Ce rôle de coordination semble déjà être très présent dans les zones des deux vallées Massat et Seix hors HAD :

E5: « Avec la maison de santé pluri professionnelle, ... j'ai tout sous la main, ...la Sage-femme, ... la Psychomotricienne, ... la Podologue, ... l'Orthophoniste... Là je suis gâtée hein ! » ; « J'ai déjà les réunions de concertation pluriprofessionnelle bimensuelle, voir pluri hebdomadaire pour chaque patient. » ; « Et à partir de là chaque réunion (...) nous permet de restructurer (...) un projet de soins ».

b) Gain de temps pour le MG

Pour la plupart des médecins, le gain de temps sur leur pratique quotidienne est évoqué, ce qui leur permet de se recentrer sur leurs pratiques de médecin généraliste :

E4: « ça libère un peu le travail du médecin généraliste »

E1: « ... on y passe beaucoup de temps au détriment parfois du médical pur... »

E2: « ça va nous prendre beaucoup d'énergie et puis on va y aller souvent, du coup, le fait de mettre en place (...) une équipe pluridisciplinaire, ça aide à être un peu sécurisé. » « On passe tous les quinze jours/trois semaines, on passe pour les problématiques autres différentes »

c) Élaborations du plan de soin et des directives anticipées

La réflexion à plusieurs sur des situations complexes de patient en HAD et l'aide à l'élaboration de directives anticipées sont rapportées par les médecins :

E1: « Avoir un regard extérieur sur la situation, (...) prendre un peu de recul sur la situation, qui sont des situations difficiles... »

E2: « ... des fois on ne sait pas très bien jusqu'où il faudrait aller dans les soins invasifs, (...) ça peut être de bonne façon de faire d'être à plusieurs médecins »

Avec l'aide de réunion de concertation avec l'ensemble des intervenants :

E4: « La réunion à trois avec les infirmières, médecin HAD, médecin traitant, le patient, (...) c'est bien d'avoir décidé en accord avec le patient qu'on ferait pas d'acharnement thérapeutique (...) donc on a dit qu'on mettrait tous les moyens à sa disposition ... que les choses se fassent dans la situation la plus confortable... possible... ».

D. FREINS/LIMITES A L'UTILISATION DE L'HAD

1. Des difficultés à se positionner en tant que MG :

Cependant parfois le fait d'assurer des soins à domicile complexe semble provoquer des difficultés de positionnement du médecin traitant et du patient et sa famille :

E2: « ... des fois, c'est compliqué... j'ai pas su trop me positionner savoir si j'avais besoin de passer ou pas sur des urgences » ; « les patients nous demandent quand même et donc ça fait des fois... double emploi, on a l'impression de se déplacer un peu pour rien et des fois le contraire d'arriver après la bataille, ça fait un truc un peu étonnant dans l'organisation »

Certains médecins proposent des solutions pour limiter ce sentiment :

E3: « Qu'on se croise au domicile du patient au moins pour la première visite, après je ne sais pas s'il est nécessaire que le médecin de l'HAD revienne sur le terrain régulièrement par exemple une fois par semaine ou tous les 15 jours, mais nous oui. » ; « Parce que je pense que c'est plus notre rôle d'aller suivre notre patient à domicile et d'alerter l'HAD si on a besoin. ».

Une vigilance durant l'hospitalisation à domicile est préconisée par les médecins pour ces soins complexes, un intermédiaire entre la prise en charge hospitalière et ambulatoire :

E2: « c'est un des risques pour moi de l'hospitalisation à domicile, c'est de maintenir à domicile le plus longtemps possible... alors qu'à un moment ça ne marche pas... C'est quelque chose qu'il faut garder en vigilance (...) réévaluer très régulièrement l'indication et la faisabilité d'une HAD ».

2. Rémunération des libéraux :

Le sujet de la rémunération et de la cotation des actes a été évoqué mais il semble davantage impacter la rémunération des paramédicaux que des médecins généralistes :

E5: « pour les professionnels libéraux en coût, ce que m'a expliqué les infirmières, la cotation des actes en HAD et en libéral n'est pas la même, elles sont moins payées, ce qui pour moi est pas admissible » « du coup elles sont des facto, à cause de cette contrainte administrative et financière exclues, alors que ce sont les soignantes habituelles. »

Pour les médecins généralistes, la rémunération ne semble pas être un frein, mais c'est plutôt l'administratif qui pourrait l'être :

E5: « Pour une visite à domicile d'un médecin c'est pas très compliqué mais bon... ça me fait de l'administratif en plus et ça me gonfle... ».

3. Domicile isolé/accès :

Le caractère isolé de certains patients dans la région ariégeoise semble être un frein pour les prises en charge en HAD :

E2 : « *permettre de sortir de l'isolement et à la fois, ça laisse dans l'isolement, en zone rurale il y a des gens, ils ont beau à voir un passage plus régulier grâce à l'HAD, il reste isolé, ça a un double effet* »

E3 : « *en plein hiver, si moi j'ai un patient en HAD, je pense que c'est... pas une bonne idée, ça dépend où, parce qu'il y aura de la neige et on ne pourra pas y accéder...* »

Les populations des zones du territoire les plus isolées ont dû adapter leurs parcours de soins à ces contraintes :

E5 : « *Sur le Couserans, il y a une dimension d'angoisse par rapport à la maladie, à la mort, directement liée à l'éloignement, qui fait que... y a beaucoup moins de demandes d'hospitalisation à domicile* » ; « *La population âgée, ils ont pas du tout la culture je reste à domicile ; ils ont plus la culture de je peux plus tenir à la maison... il y a une acceptation d'institutionnalisation au sein de l'EHPAD* »

Un des médecins raconte la différence avec son expérience de l'HAD en région Parisienne :

« *En pratique... j'hospitalise plus vite..., que... en région parisienne, parce que le délai de transport des patients fait, que je gardais sur le fil des patients... que je ne peux pas garder ici et puis le SAMU met 35 à 40 mn à monter... s'il s'agit d'avoir des chimiothérapies à domicile..., il faut faire monter des infirmières ici. Les infirmières libérales... sont à plus de 50 consultations par jour, elles ne peuvent pas assumer une surcharge de travail.* »

E. ATTENTES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES VIS-A-VIS DE L'HAD.

1. Information et communication avec l'HAD

a) Outils de communication avec l'HAD

La communication est décrite comme un élément essentiel au bon fonctionnement de l'HAD pour assurer la cohésion de cette prise en charge complexe en ambulatoire. Les relations humaines sont sollicitées pour assurer un dialogue direct permanent et continu.

E4 : « *à condition qu'elle soit basée bien sûr sur le dialogue et des échanges constants autour de ce qui nous intéresse le plus, c'est le patient* »

E3 : « *Il faut qu'on arrive à vous joindre, quand on a besoin, ...il faut qu'on ait contact direct au domicile avec le médecin de l'HAD, pas qu'un contact téléphonique... au domicile du patient au moins pour la première visite, après je ne sais pas... »*

Plusieurs modes de communication sont sollicités en fonction des situations et semblent varier d'un médecin à l'autre mais l'échange fluide et rapide est privilégié : appel téléphonique, tablette.

E4 : « *Moi... je suis pour parler, je suis pour le téléphone, tu m'envoies un SMS je ne réponds pas, tu envoies un courrier, il me faut 25 mn pour répondre par mail, ... plus fluide que la parole connais pas »*

E1 : « *Par contre il y a quelque chose qui est plus urgent, le contact téléphonique, ou un classeur une tablette ou autres, quelque chose sur place au domicile du patient. »*

Certains médecins proposent la mise en place de nouvelles technologies pour améliorer cette communication au sein de l'HAD et assurer un lien ville-hôpital, comme la télémédecine :

E3 : « *Est ce qu'il y aurait pas la possibilité, (...) est-ce qu'on aurait pas besoin de coupler l'HAD à un service de télémédecine ? »*

E1 : « *il pourrait y avoir de la télémédecine, ça pourrait être une perspective sur certains soins ».*

b) Dossier du patient

Plusieurs des médecins interrogés sont revenus sur la nécessité d'avoir un dossier du patient durant la prise en charge en HAD, similaire à leurs cahiers de liaison au domicile de leurs patients :

E1 : « *la trace écrite (...) c'est important (...) on voit ce qui a été fait, on a les relevés, s'il n'y a pas d'évènements intercurrents ou problématiques (...) sur place au domicile du patient. »*

E3 : « *... les dossiers que j'ai vu (...) m'ont toujours semblé assez nébuleux "... des fiches de liaison avec l'infirmière (...) un cahier de liaison (...) pour qu'elle ne nous appelle pas forcément, ...pour quelque chose... de pas urgent, elles peuvent noter des choses...".*

Cette solution semble toutefois présenter des limites et le positionnement des médecins n'est pas toujours le même :

E2 : « *Bon les documents écrits, les cahiers, les classeurs c'est bien, mais pas grand monde écrit dedans à part les gens de l'HAD, moi j'essaie d'écrire dedans, mais je sais que mes collègues le font pas ».*

c) Partage d'information sur le patient et de connaissances

Un grand nombre de médecins interrogés attendent de l'HAD un partage d'information et de connaissances :

E2: « *c'est un appui technique, des meilleures connaissances, en tout cas un soutien, partage d'expériences et un partage de point de vue, sur les patients qu'on a commun, mais pour ça il faut que les deux médecins les voient* »

E1: « *des fois avoir un regard extérieur sur la situation (...) ça permet de prendre un peu de recul sur la situation, qui sont des situations difficiles...* »

E3: « *qu'on me fasse remonter les informations (...) que ça ne soit pas chacun vient à domicile et fait son travail sans faire remonter...* »

d) Prise de décision et orientation du parcours de soin.

Certains médecins interrogés retranscrivent l'aide que leur apporterait l'HAD dans certaines situations complexes de médecine générale :

E4: « *le médecin coordonnateur de l'HAD... a une vision qui est très pratique, technique il a un savoir — faire que n'ont pas forcément tous les médecins généralistes, donc c'est un peu lui le maître du jeu c'est lui qui va dire, oui on va continuer ça ferait du bien* ».

2. Organisation de l'HAD

a) La demande d'admission en HAD

Certains des médecins généralistes ont peu de connaissances sur le fonctionnement des demandes d'admission en HAD :

E5: « *j'en ai pas la moindre idée, pour moi c'est quelque chose qui a priori part de l'hôpital* »

Cette demande d'admission semble indispensable mais les médecins précisent leurs attentes en ce qui concerne le besoin de concertation entre les hospitaliers et l'ambulatoire pour prendre une décision :

E3: « *Moi j'ai des patients qui rentrent à domicile (...) et j'ai pas été informée (...) donc je pense que c'est très important que le médecin hospitalier contacte le médecin généraliste pour lui décrire l'état du patient* »

E4: « *Le Principe de la double entrée* » : « *c'est-à-dire (...) il m'arrive d'envoyer un coup de fil dans le service de médecine (...) et donc on va décider ensemble* » ; « *Le contraire est*

assez rare (...) dans ce sens-là ça arrive assez rarement, mais ça devrait arrive » « il faut qui remette (...) l'hôpital et la ville ensemble, c'est vraiment un vecteur, il faut que toutes les décisions soient prises ensemble »

L'aval du médecin traitant et des intervenants locaux pour effectuer cette prise en charge semble être primordial pour une partie des médecins interrogés :

E3 : *« Le médecin de l'hôpital et le médecin traitant doivent (...) être d'accord et (...) il faut recueillir l'avis des autres professionnels de santé qui vont passer... ».*

b) Visite d'inclusion

Après cette admission, les médecins sollicitent la visite d'inclusion pour échanger sur le dossier et l'organisation de la prise en charge future :

E3 : *« ... je pense qu'elle est nécessaire pour faire un point ensemble (...) Quels points aborder (...) la pathologie, l'entourage, la situation du domicile qui peut être importante » ; « la situation de vie, familiale, (...) il y a des voisins (...) des enfants qui viennent, (...) le point sur les aides qui existent déjà ou pas (...), comment il va se nourrir, (...) faire les courses, (...) le point sur beaucoup de choses en dehors de sa pathologie »*

E2 : *« ce que veut le patient (...), qu'est-ce que la famille est capable de donner comme temps comme énergie, comment elle ressent les choses, faire (...) un bilan (...) il y a pleins de choses qui sont mises en place très rapidement ».*

c) Réunion au cours de la prise en charge

La mise en place de réunion au cours de la prise en charge pour favoriser cet échange permanent est sollicitée par plusieurs interrogés :

E2 : *« une réunion sur place de temps en temps, pour faire le point pour voir où est ce qu'on va, où on va ensemble (...) infirmières libérales, médecin libéral et équipe de l'HAD et aides-soignantes ça serait l'idéal (...) en fonction de la pathologie, de la problématique »*

E3 : *« alerter l'HAD si on a besoin après pour refaire une réunion et selon l'état du patient d'éventuellement refaire une réunion ».*

d) Sortie du patient en HAD

Les médecins généralistes retranscrivent le cheminement du parcours de soin vers la sortie et sollicitent une concertation adaptée aux fonctionnements du médecin traitant avec l'HAD :

E4 : « *elle se fait en coordination entre médecin coordonnateur de l'HAD et le médecin libéral (...) tout se fait à 3 le médecin hospitalier, le médecin coordonnateur et le médecin libéral* ».

E3 : « *Naturellement (...) quand il y a la sortie d'HAD, (...) c'est parce que l'état du patient s'est amélioré* »...

L'anticipation de la sortie et l'apport d'une réunion de sortie sont demandés par les médecins :

E2 : « *s'il y a eu moins d'implication des libéraux (...) il faut anticiper la sortie pour pouvoir faire une transmission voir même un courrier de sortie... et pouvoir (...) se caler une visite à domicile le temps de la sortie* ».

E3 : « *il faut se caler (...) pour voir à quel rythme on a (...) besoin des soignants, que les SSIAD puissent continuer d'intervenir, les infirmières, voir nous aussi, selon l'état de notre patient (...) qu'on puisse à ce moment-là, qu'on se sente tous capable d'assumer...* ».

e) La permanence de soins

Selon quelques médecins interrogés, la permanence de soin ambulatoire impliquant les généralistes devrait fonctionner pour les patients en HAD.

E4 : « *... il faut impliquer les médecins de garde dans le fonctionnement de l'HAD, en leur donnant en permanence sur le terrain de la garde l'état de référence des patients* ».

E2 : « *elle est organisée, il y a quelqu'un de garde jusqu'à minuit tous les jours et ensuite en nuit profonde jusqu'à 8 h, c'est le SAMU et le week-end il y a un médecin de garde à la maison médicale de garde et un médecin voltigeur qui (...) se déplace sur des personnes qui sont en HAD ou pas* ».

Avec toutefois un accès à des informations concernant le dossier du patient en HAD.

E3 : « *peut-être qu'il faudrait qu'il y ait une remontée ; (...) que le 15, soit au courant de la situation d'un patient en HAD* ».

E2 : « *en tout cas ça aide dans la transmission d'informations, d'avoir un résumé de tous les patients en HAD (...) ça permet une permanence et une continuité des soins, dans la même direction...* ».

Son contenu : « ... la pathologie principale et même des fois les directives, des directives anticipées ou des problématiques dans le week-end, (...) ça c'est sûr que ça aide (...) pour agir au mieux et dans la même logique que les médecins de la semaine ».

3. Fonctionnement : l'équipe de l'HAD et les intervenants libéraux.

a) Rôle du médecin traitant

Certains médecins généralistes sont revenus sur la notion de rôle du médecin généraliste, de leurs proximités avec leurs patients et de leurs places de pivot des soins durant l'HAD :

E3 : « c'est plus notre rôle d'aller suivre notre patient à domicile et d'alerter l'HAD, si on a besoin ».

E4 : « de la libérale (...) qui connaît l'environnement, l'ergonomie, logement, le pronostic de la maladie, la situation affective » « la vision de l'environnement, c'est lui qui peut juger correctement » ; « Quand on est médecin on assure la continuité des soins ».

b) Solliciter les intervenants locaux de proximité

Pour les médecins, il faut privilégier l'intervention d'équipes de soins existantes qui ont un contrat de soin et établi une relation de confiance auprès des patients.

E2 : « il faut (...) une antenne plutôt locale (...) pour (...) accélérer les différents réseaux médicaux (...) Continuer à travailler avec les équipes en libéral (...) auquel le patient est habitué »

E1 : « On a une relation (...) établie avec le patient, (...) en lesquels il a confiance ».

Mais aussi travailler avec les différents intervenants locaux, acteur du développement économique, et pour des raisons logistique et écologique :

E3 : « j'ai besoin vraiment d'une HAD de proximité (...) ça doit inclure tous les professionnels de santé, tel que (...), les infirmières, le kiné (...) mais également le pharmacien (...) pour moi, c'est vraiment très important ».

E4 : « L'impact psycho affectif médical (...) c'est fondamental, sur le plan socioéconomique, si on fait travailler le local, (...) les fournisseurs de matériel (...) les pharmaciens (...) les infirmières libérales (...) les aides-soignantes (...) tout ça, (...) un impact fondamental, pour le local ».

c) Équipe pluridisciplinaire

Les médecins généralistes attendent de l'hospitalisation à domicile des soins de nature pluridisciplinaire avec du personnel formé à des situations complexes :

E2 : « une équipe (...) avec des infirmières, des médecins (...) qui passent régulièrement, ça va nous soulager ».

E2 : « la possibilité d'avoir recours à des psychologues, pour les familles et les patients, ça s'est pas mal, qui viennent à domicile ce qui n'est pas le cas. »

E3 : « J'attendrais... un accompagnement du patient et de son entourage par une équipe formée éventuellement psychologue » ; « un médecin formé à la douleur, aux soins palliatifs, un accompagnement de la douleur pas que physique, moral »

Du personnel plus disponible et plus adapté à la prise en charge de situation complexe en coordination avec les médecins :

E3 : « Les infirmières puissent passer plus de temps avec eux » ; « Pour des personnes âgées qui sont isolées (...) et qui ont besoin de beaucoup plus de passage ».

E2 : « je pense que les infirmières de l'HAD ont plus de temps que les infirmières libérales, donc les pansements sont mieux faits ».

« des gens qui sont formés (...) nous nos infirmières ici, en général veulent plus faire de soins de toilettes lourdes, donc c'est les aides-soignantes qui réalisent les toilettes et quelquefois ce serait peut-être bien que l'infirmière vienne jeter un œil »

Selon le mode d'installation et la localisation, les besoins paramédicaux et pluridisciplinaires divergent :

E5 : « avec la MSP, là du coup je suis un peu sèche (rire) vu (...) que j'ai tout sous la main ».

E5 : « ... elle (L'HAD) ne pourra exister que si y a des moyens humains : à savoir (...) Actuellement nos infirmières ne peuvent absolument pas réaliser de toilettes ou de choses comme ça. ».

4. Technicité et mode de prise en charge en HAD

a) L'HAD : un support technique

Les soins en HAD sont décrits de la façon suivante par les médecins interrogés :

E4 : « Ce patient s'installe dans une sorte de maladie qui va être plus ou moins chronique (...) elle nécessite des soins qui sont pas d'une haute technicité hospitalière mais qui sont pas non plus d'une grande simplicité (...) on est dans l'entre-deux ».

E3: « *c'est pas forcément quelque chose qui doit être mis en place sur le long terme et la chronique si les problèmes de santé sont résolus dans le cadre du maintien à domicile seul, sans pathologies lourdes* »

Dans ce contexte de soin particulier le rôle du médecin coordonnateur et de son équipe pluridisciplinaire prend tout son sens :

E4: « *la plupart du temps le médecin coordonnateur de l'HAD (...) a une vision (...) très pratique technique, il a un savoir – faire, que n'ont pas forcément tous les médecins généralistes* ».

E3: « *mettre en place des moyens dont on ne dispose pas forcément (...), des appareils, des traitements hospitaliers (...) certains médicaments ou appareillages, que l'on peut mettre en place à domicile* » ; « *des soins lourds, mais qui sont quand même réalisables à domicile avec des moyens plus importants* »

E2: « *Moi ce j'attendrais... un appui technique (...) “Les soins techniques, les traitements antalgiques (...) j'ai pas le matériel et d'autre part les adaptations de dose (...) je suis sûrement moins fluide que vous pour adapter une dose de PCA”.*

b) Les indications souhaitées

La plupart des indications évoquées par les différents médecins généralistes se recoupent et correspondent aux indications de l'hospitalisation à domicile :

E4: « *C'est très variable : pansements, maladie cancéreuse, soins palliatifs (...) c'est certainement ça qui est le plus fréquent le plus prégnant, le plus utile* » ; « *Le palliatif me paraît être vraiment le domaine d'excellence*».

E2: « *Soins de suite (...) suite de chirurgie (...) où il y a nécessité de soins un peu complexes, de perfusion* » ; « *... des personnes qui ont besoin (...) d'alimentation parentérale ou entérale.*” ; « *Les soins techniques, les traitements antalgiques* »

E3: « *ça pourrait être intéressant pour certains cancéreux qui puissent avoir des chimiothérapies à domicile* »

Quelques demandes qui ne relèvent pas toujours du cahier des charges de l'HAD sont sollicitées :

E5: « *peut-être Alzheimer, tout ce qui est maladies neurodégénératives* »

E1: « *La ré autonomisation d'une personne âgée (...) d'aide technique (...) il y a des pansements, des plaies à refaire, associer à une reprise de l'activité physique, les soins du kiné et un suivi nutritionnel de son état, des personnes âgées qui se dégradent et qui souhaite*

revenir à la maison ».

Dans les vallées, les indications souhaitées sont similaires, mais avec quelques variantes :

E1 : « ... pour des plaies importantes, pour certaines surveillances d'insuffisance cardiaque et respiratoire maladie neurologique avec trouble ventilatoire, (...) énormément soins palliatifs, surveillance et maintien à domicile de personnes âgées (...) qui ne nécessitent pas forcément une hospitalisation (...) pour des patients chroniques qui décompensent ».

c) Une équipe formée PEC de soins palliatifs

Le motif de prise en charge de patient en HAD pour des soins palliatifs est prépondérant pour les médecins généralistes. Ils attendent avant tout une équipe formée à ces soins pour répondre aux demandes des patients.

E1 : « Dans le Couserans il n'y a pas réseau de soins palliatifs, je pense que c'est important pour pouvoir permettre à un patient en fin de vie ».

Les soins palliatifs sont par nature des soins complexes qui évoluent au cours de la prise en charge.

E1 : « La sédation, l'anxiété, la douleur en fins de vie, pour pouvoir permettre d'éviter au moment où il y aura une aggravation subite de son état, on puisse savoir le gérer à la maison, au domicile, avec des prescriptions anticipées »

E4 : « C'est une belle invention, c'est un lieu d'échange, c'est un lieu de protection des malades(...) de retour à domicile, c'est vraiment l'endroit où on accompagne le mieux le patient mourant à mon avis»

Les soins palliatifs sont à la fois un accompagnement du patient et de l'entourage :

E3 : « Dans le domaine des soins palliatifs (...) j'attendrais (...) un accompagnement du patient et de son entourage (...) par une équipe formée éventuellement psychologue ».

Le fonctionnement en équipe et l'échange durant la prise en charge palliative est sollicité :

E2 : « prise en charge de la famille (...) il y a vraiment besoin d'être plusieurs (...) pour qu'il y ait plusieurs points de vue, plusieurs avis et plus d'écoute et plus de temps pour recevoir les questions de la famille, les questions du patient (...) vous vous pouvez peut-être prendre plus le temps d'expliquer ce qui se passe et pourquoi ».

Avec plus de temps, on peut construire une proximité qui permet de mieux mettre en place les soins et d'accompagner le patient :

E3 : « les infirmières vont (...) pouvoir passer (...) Rassurer et proposer un accompagnement

quelqu'un de formé (...) Peut-être aussi un médecin formé à la douleur, aux soins palliatifs, un accompagnement de la douleur pas que physique, moral, un accompagnement parfois par téléphone avec la famille à distance ».

Dans les vallées, la situation des prises en charge palliative semble parfois un peu différente :

E5: *« Je suis actuellement un patient (...) en fin de vie à domicile qui n'est pas(...) pris en charge par l'HAD, (...), qui a fait le choix de cesser tout traitement et d'attendre la mort, on a mis en place progressivement avec lui (...) des réunions de coordinations pluri professionnelles, ce qui fait que sa demande c'est d'être hospitalisé au dernier moment » ;
« Je fonctionne sans (...) j'ai déjà constitué un réseau informel qui me donne des relais médical et paramédical d'expertise qui peuvent m'orienter (...) C'est mon job d'être au plus près de ce que souhaite le patient »*

V. DISCUSSION

A. ANALYSE DES RÉSULTATS.

1) Appréciation globale de l'hospitalisation à domicile.

Les résultats révèlent que la majorité des médecins traitants ont un avis plutôt positif sur le bénéfice qu'apporte l'HAD au patient ou au médecin traitant dans sa pratique. En effet 90 % des réponses concernant le bénéfice de l'HAD pour le patient sont positives, avec un avis « Plutôt bon » ou « Très bon » et 84 % des réponses concernant le bénéfice de l'HAD pour le médecin traitant. Cependant, il est important de noter qu'en majorité les médecins apportent une nuance à leur réponse en choisissant « Plutôt bon » dans 56 % des réponses. Ces résultats concernant l'avis pour le bénéfice du patient et du médecin vont dans le même sens que l'étude de De Percin N. (13) et de celle de Feyeux A. (17). En effet, dans la première étude les médecins interrogés répondent tous avoir un avis soit « très bon » (45 %) soit « Plutôt bon » (55 %) concernant le bénéfice pour le patient et avoir un avis « Très bon » (18 %) et « Plutôt bon » (82 %) concernant le bénéfice pour le médecin généraliste et sa pratique. Et dans l'étude citée (17), nous remarquons là aussi que les réponses sont majoritairement nuancées par un note moyenne de satisfaction de l'HAD est de 6.35.

Les résultats de l'analyse qualitative confirment l'avis globalement positif de l'HAD depuis sa mise en place. On retrouve cependant une expérience moins positive dans les zones en altitude éloignées de l'HAD.

Comme le décrit Véran O. (18), « le virage ambulatoire est le leitmotiv des politiques d'organisation de soin », depuis plus de 20 ans pour des raisons diverses. À cela, une « autre réalité est venue percuter... au début des années 2000 » la désertification médicale qui d'après les travaux des observatoires régionaux de santé va survenir brutalement. C'est ainsi que ces deux objectifs « deshospitalisation » et « désertification » sont combinés ; et pour lesquels l'HAD trouve tout son potentiel de développement.

B. BÉNÉFICES HAD

1) Bénéfices prise en charge du patient en HAD

Les résultats de l'analyse du questionnaire retrouvent que l'HAD « Apporte un bénéfice pour le patient » (85 %) et « Permet ou facilite le retour au domicile » (70 %) selon les médecins. Les entretiens effectués complètent ce point, en effet, il s'agit de respecter un souhait des patients et de répondre au mieux à leurs demandes et les accompagner dans leur choix de maintien à domicile.

Le maintien à domicile est un souhait exprimé également dans de nombreux sondages d'opinion (19). À titre d'exemple dans une enquête (20), 83 % des interrogés souhaitent vieillir à domicile ; pour 93 % d'entre eux la prise en charge à domicile de sujets âgés, malades ou en situation d'handicap doit être un choix ; elle permet de réaliser des économies pour 83 % des interrogés ; pour 92 % elle constitue un véritable enjeu de société et pour 66 % « sans aucun recul de la qualité des soins au domicile ». Cet enjeu est également décrit dans le cadre des soins palliatifs à domicile (21-22-23) reposant essentiellement sur l'entourage et l'organisation de la fin de vie autour d'un réseau de soignants compétents investis et disponibles (21).

De plus, l'amélioration de la qualité de vie des patients à leur domicile s'avère être un bénéfice par la prise en charge en HAD, comme dans l'étude de Feyeux A. (17) dans laquelle 64 % des médecins sont tout à fait d'accord avec cette affirmation.

Selon les généralistes, l'HAD évite l'isolement des patients dans une région aux reliefs hostiles (24) et à la démographie vieillissante (25-26-27) avec un risque de sous médicalisation (28-29). Elle participe à la lutte contre la désertification médicale avec le prolongement de soins hospitaliers à leur domicile tout en assurant une sécurisation des soins. Cet aspect de soins sécurisés à domicile réduit des difficultés, pour des personnes fragiles (de grand âge) liées à une hospitalisation conventionnelle (30), ou secondaire à un épuisement

suite à des séjours répétés. La coordination entre les intervenants de la structure de l'HAD et les intervenants habituels médicaux et paramédicaux permet d'appuyer le sentiment de sécurité durant la prise en charge. Dans l'étude de Mallet Georger E. 2015 (31), cette idée de sécurisation est confirmée à la fois pour le patient et son médecin.

Le manque d'informations sur l'organisation de notre antenne d'HAD lié à son ouverture récente a pu participer aux réponses plus mitigées, concernant le bénéfice de l'HAD et la continuité des soins, comme dans l'étude de Montmartin A. 2016 (23).

Lors de l'analyse qualitative, les médecins effectuent une description des soins administrés en HAD comme étant la gestion de pathologie « intermédiaire/entre-deux » à domicile, c'est-à-dire ne relevant ni complètement d'hospitalisation, ni complètement du ressort de la médecine ambulatoire. Certains soins ne pourraient être réalisés à domicile en dehors de l'HAD, celle-ci permet de limiter les complications durant certaines prises en charge (par exemple les pansements complexes). L'appui pluridisciplinaire de la structure d'HAD apporte un bénéfice aux patients, au cours d'intervention spécifique tel que les soins palliatifs (80 %) avec des soignants formés, travaillant en équipe (80 %). On rejoint les résultats de l'étude de Bellegueule E. (32) et Feyeux A. (17), sur le bénéfice attendu de l'HAD d'assurer une prise en charge des patients plus globale, à la fois somatique, psychologique et complexe (10 des 39 médecins interrogés.) Par ailleurs, pour 75 % des médecins interrogés, l'HAD facilite leurs démarches thérapeutiques, permettant une reprise de certains soins, dans la confiance, dans certaines situations complexes.

2) Bénéfices pratique médecin généraliste

À travers ces deux analyses sont évalués les bénéfices de l'HAD pour les médecins généralistes : la rupture d'isolement du médecin généraliste est retranscrite dans nos analyses pour 55 % des médecins interrogés, permettant de lutter contre la désertification médicale, en cours de progression dans la région (28-29). L'étude qualitative de Mallet-Georger (31) en 2015 décrit également l'HAD comme visant à diminuer l'isolement. De même dans l'étude quantitative de Feyeux A. (17) l'une de motivations de recours à l'HAD est la rupture d'isolement du médecin traitant pour 85 % et un soutien, une aide et un confort pour les médecins (55 %).

L'HAD peut contribuer à une lutte contre la désertification médicale, dans les études sur les freins à l'installation des internes de médecine générale l'isolement est régulièrement évoquée

(33-34) et l'exercice isolé ne semble pas être plébiscité. Contrairement aux modes d'exercice en groupe ou pluridisciplinaire dont les médecins décrivent des avantages pour la coordination, la transmission d'information, et l'accès privilégié à des équipes pluridisciplinaires durant les entretiens.

Cette caractéristique de rupture d'isolement du médecin généraliste est appuyée par le rôle de coordination de l'HAD. Dans la partie qualitative la plupart des médecins attendent de l'HAD une coordination pour assurer ce pont entre les généralistes et les médecins hospitaliers. Les médecins généralistes ne disposant pas nécessairement du temps suffisant à la mise en place de dialogue pour améliorer l'élaboration du parcours de soin et le projet de soin de leurs patients. Cependant il paraît difficile d'intervenir avec notre HAD dans des territoires isolés sur le plan médical, avec des médecins ne disposant pas de temps suffisant (voir même l'absence de médecin généraliste), de ressources soignantes et de commodités suffisantes, situés en périphérie du territoire de l'HAD. Comme dans l'enquête (22), l'ensemble de ces critères conduisent à des refus d'admission, des reports ou sortie de prise en charge en HAD.

La littérature sur l'HAD identifie régulièrement le manque de coordination comme un frein au développement de l'HAD (35-36-37) et au retour à domicile des patients cancéreux (38). L'HAD assurerait à la fois ce rôle de « réseau » (39-40), facilitateur de la communication-coordination ainsi que du lien ville – hôpital. Mais aussi, elle permettrait la réalisation de soins complexes à domicile avec les médecins généralistes et la construction d'un parcours de soin, parfois difficile à mettre en place en médecine ambulatoire.

Ce recul extérieur assure à la fois un rôle d'appui et de remise en question pouvant aider à l'élaboration du projet de soin et des directives anticipées avec des réunions et discussions avec le patient et les intervenants. Le gain de temps et l'allègement administratif sont décrits comme des atouts dans l'analyse quantitative et dans d'autres études sur le ressenti des prises en charges en HAD (31-35), ce qui s'avère être important dans la contrainte de l'exercice libéral. Les réponses obtenues sur la fréquence des visites [durant les soins palliatifs et autres] restent plus nuancées. Les entretiens semblent compléter ce point, les médecins souhaitent être acteur, tout en se consacrant davantage à la partie médicale et à leurs pratiques habituelles de généraliste.

3) Bénéfices liens ville-hôpital

La relation ville-hôpital dans le territoire du Couserans s'avère être particulière, en comparaison à d'autres territoires ou région. Historiquement un dialogue a été institué entre les médecins généralistes avec l'association des médecins du Couserans, puis étroitement avec l'hôpital (durant la formation initiale de futurs médecins exerçant dans le territoire) aboutissant à la réalisation de plusieurs projets sur le territoire du Couserans.

Cette particularité locale semble expliquer les réponses des médecins, sur le fait que l'HAD ne leur « facilite pas l'accès aux hospitaliers » [50 %], élément contrastant avec la littérature. Même si cet échange semble présent, d'autres médecins sollicitent avec l'HAD une possible amélioration de la coordination ville-hôpital [50 %]. Ils expriment à ce sujet le défaut de connaissances des hospitaliers des contraintes propres à la médecine de ville débouchant vers des situations précipitées, mal préparées, inconfortables pour le patient et les médecins. Dans ce genre de situation, l'HAD est considérée comme un élément de déblocage assurant la passerelle entre ces différents modes de prise en charge, sereinement, ce qui concorde avec différentes recherches (32-41-17). En effet dans ces études, il est sollicité par les médecins généralistes de renforcer le lien ville-hôpital et la coordination pour améliorer la pratique de SP à domicile et 44 % des généralistes déclaraient présenter des problèmes pour joindre les médecins spécialistes avec une perte de temps considérable, sur leurs activités.

Le fonctionnement de la structure d'hospitalisation à domicile avec des intervenants de santé locaux semble accroître et fluidifier cette transition. Les internes de médecine générale sont considérés comme des « vecteurs permanents de la relation ville hôpital », leurs connaissances de la structure, de son fonctionnement, sont essentiels pour stimuler cette liaison. Cette implication des internes dans la relation ville-hôpital, en les rendant acteurs et prescripteurs d'HAD pourrait éventuellement permettre à ces derniers de mieux se projeter sur leurs pratiques futures [avec les différents recours] de la médecine générale et les inciter à s'installer sur le territoire. Cet enseignement aux professionnels hospitaliers et de ville, comme aux futurs professionnels est recommandé par l'Assemblée nationale (42).

Par ailleurs, ce type de structure présente tout son sens pour les médecins généralistes comme étant une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, selon eux probablement « moins coûteuse » que l'hospitalisation traditionnelle. Néanmoins elle n'a pas vocation à se substituer aux soins ambulatoires déjà existants (42) mais elle doit venir compléter et favoriser les relais avec ces structures grâce à l'élaboration de convention dans le cadre des groupements hospitaliers de territoires (GHT). Cela, afin de mettre en place une dynamique commune à

l'échelle territoriale avec une proximité qui favorise la réflexion sur l'organisation des soins et la structuration du parcours.

La nécessité dans un contexte budgétaire contraint pour les dépenses de santé et les économies susceptibles d'être générées sont un argument en faveur de son développement, même si des études médico-économiques sur l'HAD doivent encore être effectuées pour asseoir sa légitimité.

C. FREINS A L'HAD

1. Place et rôle du médecin généraliste

Les réponses obtenues lors de l'enquête révèlent que la perte du rôle décisionnel du médecin traitant constitue, parmi les éventuels freins questionnés, le frein obtenant le plus de réponses positives [41 %]. De manière quasiment similaire ce résultat est retrouvé avec 37 % de réponses positives dans une étude antérieure (17). Les entretiens réalisés ont permis d'obtenir des informations complémentaires à ce sujet, à savoir les difficultés à se positionner, rencontrées par certains médecins traitants, dans la prise en charge des patients en HAD ainsi que les difficultés dans les prises de décision. Il semble que certains généralistes ont des difficultés à définir clairement leur rôle au sein de l'HAD, ce qui paraît parfois les déstabiliser dans leur prise en charge. Ces problématiques concernent notamment l'organisation des visites entre médecin coordinateur et médecin traitant avec l'impression de passer au domicile des patients « pour rien » ou de faire « double emploi » avec celui-ci. Pourtant, 68.4 % des médecins de l'enquête répondent ne pas se sentir dépossédés dans la prise en charge de leurs patients. Là encore ces résultats sont très proches de ceux obtenus dans d'autres études (13), où également 68 % des médecins disent ne pas sentir dépossédés dans la prise en charge des patients. Cependant, dans l'étude de Montmartin 56 % des médecins estimaient perdre leur rôle de médecin traitant auprès de leur patient dans la prise en charge en HAD.

2. La rémunération des professionnels libéraux.

Alors que la rémunération tardive ne paraît pas constituer un frein pour la majorité des médecins répondant au questionnaire [82 %], quelques médecins font cependant allusion, au cours des entretiens, aux problématiques de rémunération qui concernent d'autres professionnels de santé intervenant avec l'HAD : les paramédicaux. À savoir, la cotation des actes en HAD et en libéral ne serait pas la même et ces professionnels seraient moins payés en HAD. À ce propos, l'article (43) présente l'importance de négocier la rémunération avec les

intervenants libéraux pour un acte de chimiothérapie afin que celle-ci se développe au domicile des patients. Les exemples donnés sont les suivants : le forfait unique négocié, le forfait acte médical infirmier (AMI) 10 pour toute administration, AMI 6 pour toute heure supplémentaire.... Ce système de rémunération modulable est également utilisé pour les médecins dans certaines structures d'HAD.

Autre que l'aspect financier, le côté administratif, décrit comme lourd par les libéraux (paramédicaux) aux médecins traitants, semble constituer une contrainte cumulative à la rémunération lors des actes en HAD et donc être un motif de refus de ces professionnels-là d'intervenir avec l'HAD. La réalisation d'une étude similaire auprès des intervenants paramédicaux pourrait compléter cette question et le fonctionnement futur de l'antenne.

A propos des SSIAD, l'existence de convention territoriale pour la création d'un SSIAD renforcé dans le cadre de l'HAD, avec pour médiateur l'ARS pourrait résoudre les problématiques financières énoncées dans les rapports sur l'HAD (42), même si cette thématique n'a pas été abordée par les médecins.

3. Contexte local

Les entretiens ont permis de mettre en avant un autre frein à l'hospitalisation à domicile des patients par les médecins traitants en lien avec les caractéristiques géographiques du Couserans : l'accès difficile au domicile de certains patients isolés et le manque de soignants. Un exemple est donné par un médecin concernant l'accès compliqué à certains domiciles pendant l'hiver avec les routes enneigées. Dans ces circonstances, ces médecins ont pris l'habitude d'hospitaliser afin de ne pas laisser les patients fragiles isolés à leur domicile ainsi il est possible que la géographie des vallées du Couserans et le manque de certains professionnels de santé constituent parfois un motif de refus de prise en charge en HAD et obligent l'hospitalisation conventionnelle des patients. Avec la désertification médicale à venir, le recours à l'hospitalisation conventionnelle sera accru dans ces zones. En l'absence d'organisation territoriale, autour d'une plateforme territoriale d'appui composée d'une communauté de professionnels de santé locaux pour constituer une médecine de parcours, il ne pourra se mettre en place une expansion de l'offre de soin en milieu libéral suffisante, pour assurer une réduction concomitante de sa dépendance à l'hôpital.

D. ATTENTES HAD

1. Information et communication.

La coordination se définit comme une stratégie visant à organiser l'orchestration de l'ensemble des soins autour du patient, selon Craig C. (44). Une meilleure coordination des acteurs de santé passe par une optimisation de la communication et de ses techniques.

Les médecins soulignent durant les entretiens le défaut de communication des services hospitaliers concernant leurs patients. La communication en HAD est un élément essentiel pour assurer cette coordination efficiente, son fonctionnement et fluidifier les correspondances entre les différents intervenants, afin d'obtenir un échange des notes, des résultats, des informations, entre les différents professionnels de santé et les patients. Plusieurs études sur l'HAD démontrent le manque d'information comme un frein au recours à l'HAD (60 %), par exemple le fonctionnement en « vase clos », le manque de connaissance et d'échange avec le médecin coordonnateur identifié dans des travaux (17-31). Dans le territoire du Couserans, après les visites chez le patient, la communication semble être nécessaire pour 80 % des médecins généralistes prouvant l'importance de cette correspondance.

L'ensemble des technologies de communication et moyens efficaces fiable et rapide adaptés à la complexité du milieu doit être mis en place pour assurer pleinement cet échange (45). Le moyen de communication privilégié pour communiquer avec l'HAD est l'appel téléphonique (100 % de réponse positive) suivi des SMS (52.6 %).

Dans les résultats de l'analyse qualitative plusieurs médecins sont revenus sur l'appel téléphonique comme mode de communication privilégié, pour des raisons de « fluidité », rapidité notamment dans les « situations urgentes » et pour assurer un dialogue « constant », avec une relation humaine. Une des conditions s'avère être toutefois de pouvoir joindre l'HAD directement par un canal privilégié, en permanence. Ces réponses correspondent aux résultats de l'étude de Bellegueule E. (32) « une meilleure communication faciliterait les interventions à domicile ». Ces réponses correspondent à celles de l'étude de Feyeux A. (17) dans laquelle l'appel téléphonique et le courrier postal constituent le mode de communication privilégié. Elle doit être basée sur un dialogue et des échanges constants, directement avec le médecin coordonnateur qui doit pouvoir être disponible. On pourrait certainement extrapoler cette analyse aux autres intervenants travaillant avec l'HAD qui souhaiteraient avoir un échange privilégié, fondé sur de la relation humaine avec les salariées de l'HAD.

Pour assurer pleinement ce rôle, avec les médecins et les différents intervenants, l'HAD doit pouvoir bénéficier de nouveaux outils ergonomiques pour communiquer en temps réel, avec plus de fluidité, tout en fournissant des informations supplémentaires aux médecins ne pouvant être dispensés à l'aide d'appel téléphonique.

Le médecin traitant est un « superviseur » qui doit être mieux informé et mieux accompagné, il ne peut toujours être le pivot opérationnel de cette prise en charge (9) qui traite des pathologies complexes, nécessitant de temps, des prescriptions spécialisées et un suivi global du patient. Deux situations sont alors décrites par différents généralistes, soit ils souhaitent s'impliquer dans ce mode de prise en charge et bénéficier de l'ensemble des moyens pour le faire, soit ils ne le souhaitent pas et doivent rester complètement informés durant la prise en charge en HAD. Pour ce faire, nous avons exploré différents modes de communication et les outils nécessaires pour l'obtention d'informations complémentaires.

La lettre de liaison rendue obligatoire (à l'entrée et à la sortie) est un élément déterminant pour une bonne coordination, limitant les ruptures de prises en charge, examens redondants, événements indésirables, afin de garantir la sécurité et la continuité (18). Les contacts et échanges d'information par courriel ou médimail obtiennent des réponses plus contrastées (31 % de réponse positive pour le courrier et 36.8 % pour médimail) avec un fort taux d'abstention (26.3 %). Cette solution est controversée selon les médecins interrogés. Le caractère fastidieux, lent et lecture parfois tardive n'en fait pas un moyen de communication quotidien à privilégier. Alors qu'à contrario ce dernier peut trouver toute sa place dans certaines prises en charge chronique pour assurer une transmission régulière d'information sur l'état de leurs patients. Dans la revue de médecine palliative une étude réalisée en 2015 (46) a préconisé la mise en place des fiches de liaison pour les urgentistes pour améliorer la communication dans le cadre de soins palliatifs, procédure actuellement en cours d'évaluation. En effet, afin d'assurer cette continuité de transmission des informations médicales pour les intervenants en HAD, un dossier papier au domicile du patient est à disposition. Quasiment tous les médecins (excepté un) répondent remplir le dossier papier du patient après leurs visites au domicile du patient. Il en est de même dans l'étude de l'HAD du CHIVA réalisée en 2015 (11) dans laquelle 78 % des médecins disent remplir le dossier papier. Durant les entretiens, la question de cahier de liaison et dossier papier ont été abordés, il semble selon eux fastidieux, incomplet en termes de contenu d'information médicale et avec des remplissages très aléatoires d'un intervenant à l'autre, voire même aucune trace écrite après leurs passages.

De plus, l'accès au dossier du patient via un réseau informatisé par les médecins généralistes est considéré comme le moyen principal pour obtenir des informations complémentaires sur le dossier du patient pour 53 % des médecins de l'étude. À noter que dans l'étude du Tarn-et-Garonne (13) les médecins généralistes sollicitent l'accès informatisé au dossier du patient depuis leur cabinet à 68 %. Dans d'autres recherches sur l'HAD (17), les médecins semblent motivés à l'utilisation d'un outil informatique (45 %) pour voir les prescriptions pour 84 %, noter les observations 73 %, par un accès au dossier de l'HAD depuis leur cabinet pour 57 % d'entre eux.

Dans ces circonstances et quelque soit l'investissement du médecin durant la prise en charge en HAD, le manque d'information est un frein au recours à l'HAD (41). Ils doivent ainsi être intégrés pleinement dans le développement du dossier médical partagé (42) pour assurer ce maillage de proximité structurant le parcours de soins.

Dans les résultats quantitatifs, cette collaboration et partage des connaissances est un vœu des médecins (55 %) pour la réalisation de ces soins complexes à domicile. Élément confirmé durant les entretiens par la possibilité à travers les échanges avec le médecin coordonnateur de confronter des « points de vue » avec « un regard extérieur » et des connaissances propres aux indications de l'HAD ne relevant pas toujours de la médecine générale.

À titre d'exemple, dans sa thèse Belleguelle E. (32), concernant la sollicitation des réseaux par les médecins généralistes, et dans d'autres études (47) il est mis en évidence le manque de formation à la culture palliative des médecins généralistes représentant une bonne part des prises en charge en HAD. Cette formation et communication pouvant en conséquence leur permettre d'obtenir une aide à la prise de décision complexe.

Pour les médecins généralistes, l'accès au dossier et le courriel sécurisés semblent être un moyen d'obtention d'information complémentaire, mais 21 % d'entre eux revendiquent d'autres moyens. Cet élément est complété durant les entretiens, par le gain que pourrait constituer la télémédecine et les téléconsultations dans les zones rurales éloignées pour leurs pratiques, de nombreuses études sont en cours pour évaluer cette pratique d'actualité (48-49-50-51). Cette démarche et l'utilisation de nouvelle technologie pourraient combiner à la fois la lutte contre l'isolement, faciliter la communication et l'obtention d'avis spécialisé, et alerter en cas de besoin.

2. Organisation de l'HAD

a) *Prise de décision et demande d'admission*

Les médecins généralistes semblent connaître, en grande majorité, les procédures d'admission des patients en HAD. En effet 73.7 % de l'ensemble des répondants disent les connaître, au travers de leurs expériences passées mais ne correspondant pas obligatoirement aux modes de prise en charge défini par le guide de l'ATIH. Ce résultat est contraire aux résultats obtenus par Palmas M. (52) qui révèlent une méconnaissance des critères d'hospitalisation. En effet, seulement 13 % des médecins déclarent les connaître et dans la thèse de G. Delaire (53) sur les connaissances des internes de médecine générale sur l'HAD, 80 % « avaient un contact », seuls 52 % connaissaient le rôle du médecin généraliste en HAD, et 89 % souhaitaient bénéficier d'une formation sur l'HAD.

Dans ce cas, dans notre étude le manque de connaissances concernant les procédures d'admission ne peut être la cause de la non-prescription de l'HAD par ces médecins.

Les résultats des entretiens avec les médecins nous confirment l'absence de connaissance parfaite du fonctionnement économique de l'HAD ; ce qui ne semble pas être leur préoccupation.

En revanche, la différence de prescription entre l'HAD et les réseaux de soins palliatifs est retrouvée seulement dans 35 % des réponses des médecins généralistes contre 82 % des réponses dans l'étude de De Percin N. (13). Toutefois dans notre étude 29 % répondent qu'il n'y a pas de différence de prescription

L'absence de réseau de soins palliatifs dans le Couserans est mise en avant durant les entretiens, cet élément constitue éventuellement une des raisons de l'absence de différenciation de ces deux modes de prises en charge. Ces deux entités ont une mission commune de coordination à laquelle s'ajoute pour l'HAD la possibilité de dispensés des soins. On peut s'interroger si certains médecins généralistes ne sont pas dans l'attente à travers l'exercice de l'HAD, dans certaines zones éloignées, d'assurer uniquement la fonction de réseau proposant des soins et coordonnant les intervenants et assurant la mise à disposition du matériel.

Ensuite, les médecins mettent en avant dans les entretiens leurs attentes en ce qui concerne la concertation entre médecin hospitalier et médecin traitant dans la prise de décision d'une admission en HAD. Ils replacent au centre de cette prise de décision leur rôle à jouer en tant que médecins traitants de famille ayant des connaissances du patient, de ses conditions de vie et de son entourage. Cette volonté d'un échange entre ville et hôpital, à double sens, semble

leur être indispensable pour assurer la continuité des soins et une prise en charge de qualité de leurs patients à domicile. Or, ils révèlent dans les entretiens que ce n'est pas toujours le cas et qu'il y a parfois un manque de réciprocité dans les échanges d'information entre médecins hospitaliers et médecin traitant.

Les médecins traitants semblent donc privilégier une demande d'admission « double » où chaque médecin partage les informations sur le patient afin de prendre une décision sur la prise en charge en HAD et d'en évaluer les possibilités. Dans l'étude de santé publique de Hamon (54), il est précisé que chaque admission, retour à domicile nécessite une réflexion avec tous les acteurs et l'HAD est un acteur de détection de situation de précarité sociale ou économique, non visible à l'hôpital, avant la mise en place de l'HAD (22).

b) *La visite d'inclusion.*

Que ce soit dans les réponses obtenues dans le questionnaire (80 % sont favorables) ou dans les entretiens, la visite d'inclusion paraît être primordiale pour la majorité des médecins traitants. Ces résultats sont retrouvés dans une étude de 2014 (17) avec 76 % de réponses positives à cette question. Cette visite, pouvant prendre la forme d'une réunion, doit permettre, selon eux, la rencontre avec les différents intervenants ainsi que le partage d'information sur la situation et l'organisation à venir. L'étude de Radiguet (55) montre cette importance pour les médecins de connaître l'équipe du domicile et de la rencontrer. Au cours des entretiens, les généralistes s'appuient sur le caractère primordial des échanges en amont de la prise en charge en HAD pour sécuriser le patient et les soins délivrés.

c) *Les visites au cours de la prise en charge*

Dans l'enquête par questionnaire, les médecins semblent préférer une prise en charge partagée de leurs patients en HAD (95 %) et préfèrent majoritairement privilégier des visites alternées au domicile entre médecin coordonnateur et médecin traitant (52.6 %). Dans une étude de 2014 (17), les attentes des médecins généralistes concernant l'organisation des visites retrouvent ce souhait d'alternance des visites entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur à 82 %, mais 43 % attestent toutefois être tout à fait d'accord de réaliser des visites conjointes.

Cette nuance se retrouve dans les entretiens dans lesquels une partie des médecins témoignent de leurs attentes d'organiser quelques visites conjointes au cours de la prise en charge du patient en HAD, en fonction de la situation et de l'état du patient, comme décrit dans le

rapport de l'Assemblée nationale (42). Pour certains, ces visites pourraient regrouper non seulement les médecins, mais aussi le reste de l'équipe pour favoriser la communication et le partage d'information au cours de la prise en charge.

Les réponses mitigées à propos de l'organisation de visites alternées et/ou conjointes dépendent probablement du rôle que chaque médecin traitant souhaite avoir dans la prise en charge du patient en HAD ainsi que de la pathologie et de son évolution au cours de l'hospitalisation.

d) La sortie d'hospitalisation à domicile.

Le sentiment d'être impliqué dans les décisions de sortie des patients en HAD obtient le score le moins élevé (65 %) par rapport aux autres situations suggérées dans le questionnaire pouvant engendrer ce sentiment. Même si cette part de médecins se sentant impliqués reste relativement élevée et majoritaire, elle se démarque de la part plus élevée de médecins ayant le sentiment d'être impliqués lors du projet d'entrée et de soins (75 %).

L'étude de Montmartin F. (23) marque la volonté des médecins généralistes de prendre part à la décision de sortie de l'HAD de leurs patients (91 %). En effet, un médecin au cours d'un des entretiens dévoile les difficultés rencontrées dans l'évaluation des risques à continuer l'HAD ou dans la prise de décision de sortie. Ceci met en avant la complémentarité des rôles entre médecin traitant et coordonnateur et le besoin pour les généralistes de se concerter afin de prendre une décision de sortie.

À ce propos, au cours des entretiens, les médecins traitants mettent en avant l'anticipation de la sortie du patient avec l'organisation d'une réunion préparant la sortie de l'hospitalisation à domicile. Cette réunion évoquée par les généralistes assurerait la continuité des soins et donc le relais par la concertation entre les professionnels intervenant au cours de l'hospitalisation à domicile et ceux intervenant a posteriori. Ainsi l'HAD, dans le maintien à domicile de la personne âgée dans le cadre du PAERPA (30), pourrait avoir un rôle d'expertise et de coordination.

e) La permanence de soins.

Les avis concernant l'existence d'astreintes médicales et paramédicales sont globalement positifs avec 84 % des réponses à valeur positive (« Plutôt bon » ; « Très bon »). Cependant, la majorité des réponses concernant les astreintes paramédicales correspondent à un avis « Très bon » (47 %) alors qu'en ce qui concerne les astreintes médicales la majorité des avis sont « Plutôt bon » (58 %). Encore une fois, globalement les mêmes résultats sont retrouvés

dans une étude antérieure concernant l'HAD (13-17). La volonté d'implication des médecins traitant dans la permanence des soins est très mitigée avec le même nombre de médecins répondant voulant être impliqué que ceux ne le souhaitant pas. Alors que dans l'étude de De Percin N. (13), la majorité des médecins ne souhaite pas être plus impliquée dans la permanence des soins des patients en HAD (86 %).

De plus, dans l'enquête par questionnaire, les astreintes médicales ne paraissent pas constituer un gain à l'utilisation de l'HAD, en effet 36.8 % des médecins répondent qu'elles n'en constituent pas un, face à 26.3 % qui répondent qu'elles sont un gain pour eux. Contrairement à une autre étude (17) où l'astreinte médicale et paramédicale est le premier gain à l'utilisation de l'HAD.

Les résultats de l'enquête sont donc contrastés à ce propos et dépendent peut-être du positionnement et des attentes des médecins à titre individuel.

Ces résultats mitigés se confirment au cours des entretiens où les médecins généralistes révèlent parfois des attentes très différentes les unes des autres.

Alors que certains souhaitent être impliqués dans la permanence des soins et favorisent une permanence ambulatoire, d'autres préfèrent qu'elle soit réalisée par le SAMU ou des professionnels hospitaliers habitués au fonctionnement de l'HAD.

Dans les deux cas, les médecins mettent en avant l'importance de communiquer les informations du dossier du patient afin que la continuité des soins et la sécurité puissent être assurées. Par exemple, certains reviennent sur le fonctionnement antérieur de la précédente HAD et sur la mise à disposition, pour les médecins de garde, d'un tableau référant les patients en HAD et leurs pathologies. L'accès aux informations et aux connaissances techniques du médecin coordonnateur semblent être un point sécurisant pour la prise en charge des patients lorsque les médecins traitants sont impliqués dans la permanence de soin.

Dans l'article « Permanence de soins et numéro d'urgence » les professionnels de santé de l'HAD ont un rôle de technicité dans la permanence de soins. En effet dans la thèse de Mallet-Georger (37), les médecins apprécient la permanence de soins avec l'HAD car elle leur apporte un sentiment de soulagement, de soutien et de sécurité.

Ainsi, ce point nous renvoie à l'importance de la continuité de l'information pour les différents médecins intervenant durant la permanence de soin pouvant être facilitée par des accès via réseau informatique depuis la maison médicale de garde ou transmise par le centre 15 au médecin voltigeur. En effet, la problématique de secret médical limite la

transmission d'information médicale sur l'ensemble des patients en HAD aux médecins d'astreinte.

Par ailleurs, la mise en place d'une fiche de liaison à destination des urgentistes comme proposés dans certaines études (22-46) permettrait de mieux orienter le parcours de soins des patients en HAD. Les médecins du centre 15 n'étant pas toujours formés à la culture palliative et nos modes de prise en charge complexe pouvant conduire à des passages aux urgences non justifiées ; dans ce cas les prescriptions anticipées, la mise en place d'aidant (auxiliaire de vie), le renforcement de transmission avec le généraliste (avec le dossier médical partagé) et la possibilité de recours à une trousse d'urgence pour disposer du matériel couramment utilisé en hospitalisation en HAD sont également suggéré.

3. Fonctionnement de l'HAD, équipe HAD et libéraux

a) Rôle du médecin traitant.

À la question relative aux actions à optimiser dans notre questionnaire, 70 % des médecins ont répondu que le rôle du médecin traitant était à optimiser au sein de l'HAD. Lorsque la question leur est directement posée dans le questionnaire, sur leurs attentes en ce qui concerne leur rôle au sein d'une prise en charge en HAD, les réponses sont diverses : maintenir leur rôle de médecin traitant de famille (connaissance histoire de vie, proximité avec les patients), conserver le même rôle que celui hors HAD, assurer un rôle complémentaire avec un travail d'équipe avec l'HAD, qui va dans le sens préconisé par le texte de loi de mai 2017(56).

Ainsi, les médecins généralistes mettent l'accent sur leur rôle primordial au sein de l'HAD, à savoir leur rôle de pivot au sein de l'HAD. La proximité des médecins traitants avec leurs patients et leurs connaissances par rapport à leurs histoires grâce à une prise en charge continue est présentée comme une base sécurisante pour le patient qui leur permet de tenir cette place de pivot, assurant à la fois un rôle de prescripteur et de proximité. Cette volonté de maintenir un rôle central et décisionnaire dans la prise en charge de leur patient apparaît dans les résultats de l'enquête par questionnaire mais aussi dans les entretiens. Comme nous l'avons vu précédemment, ils souhaitent maintenir un rôle dans la prise de décision d'entrée et de sortie d'hospitalisation à domicile, mais aussi dans l'élaboration du projet de soins. Même si dans notre étude la majorité des médecins ne se sentent pas dépossédés de leur rôle de médecin généraliste et se sentent impliqués dans les décisions relatives à la prise en charge en HAD, cela n'est pas toujours le cas dans d'autres études. Par exemple, dans l'étude de

Mallet-Georger (31), les médecins généralistes ne se sentent pas impliqués et se sentent mis à l'écart des réunions et du projet de soins de leurs patients. Il semble que dans d'autres études (Montmartin) le sentiment de perte du rôle décisionnel puisse entraîner certaines réticences de la part des médecins généralistes à la mise en place d'une hospitalisation à domicile.

Les difficultés des médecins généralistes à se positionner et leur volonté d'optimiser leur rôle au sein de l'HAD, dans notre étude, témoignent tout de même de l'importance de les informer sur leur rôle et/ou de le définir clairement avec eux dans la prise en charge de leurs patients en HAD. La Cour des comptes (9) révèle qu'il n'est pas toujours permis aux professionnels de santé d'identifier leurs offres et leurs positionnements dans l'offre de soins, lors d'une HAD.

Il apparaît donc important de conserver ce rôle de pivot du médecin généraliste qui pourra tout de même s'appuyer sur les connaissances techniques du médecin coordonnateur de l'HAD lors de prises en charge complexe.

Les médecins traitants de notre étude, ainsi que ceux d'autres études (17-31), regrettent la réalisation de tâches administratives et ne semblent pas vouloir assurer cette fonction. De ce fait, l'HAD permettrait de faciliter les démarches administratives des médecins généralistes (65 %), identiquement dans l'étude de Feyeux A. (17) 42 % des médecins généralistes sont plutôt d'accord avec cette affirmation.

Les démarches visant à mieux définir le rôle du médecin traitant au cours de l'HAD et leurs échanges avec les intervenants de l'HAD pourraient permettre d'éviter les réticences des généralistes à hospitaliser leur patient à domicile et ainsi favoriser le développement du virage ambulatoire.

b) Solliciter les intervenants locaux.

Les entretiens réalisés au cours de l'enquête ont permis de faire ressortir une autre attente. En effet, tous les médecins interrogés soulignent l'importance de faire intervenir les professionnels locaux, de proximité, lors d'une hospitalisation à domicile. Tout d'abord, ils avancent l'idée de l'importance de privilégier les équipes déjà existantes car elles ont établi un lien de confiance avec les patients qui permettrait ainsi de les rassurer. Puis, l'idée que travailler avec les intervenants locaux (pharmacie...) participerait au développement/fonctionnement socio-économique, logistique et écologique du Couserans. L'étude de Verney A. (57) retrouve l'importance du rôle du pharmacien de proximité dans le

maintien à domicile et du rôle de coopération entre les professionnels de santé de proximité qui ont instauré une relation de confiance avec les locaux. L'organisation des zones sous dotées en médecins généralistes conduit à la formation de maisons de santé pluridisciplinaire pour lesquelles une coordination est mise en place avec les différents intervenants médicaux et paramédicaux favorisant le recours aux intervenants locaux avant toute alternative (58). Toutefois malgré la mise en place des MSP dans ces bassins de vie ruraux abritant des populations fragiles avec des reliefs élevés. Ces zones restent sous dotées en paramédicaux comme le décrivent certains des interviewés et la discussion d'une tarification préférentielle attractive adaptée aux soins pourrait davantage stimuler le recours à l'HAD dans ses vallées.

c) Le travail en équipe pluridisciplinaire.

Les médecins de l'étude attendent un travail d'équipe composée de professionnels pluridisciplinaires, formés aux prises en charge complexes. Les médecins traitants, durant les entretiens, expriment que l'HAD est un moyen d'avoir accès à différents professionnels ce qui permet l'organisation d'un accompagnement optimal du patient à domicile. Ils soulignent aussi les compétences professionnelles des différents intervenants et l'importance de leur formation à la gestion de prises en charge de pathologies complexes. Dans l'étude de Mallet Georger (31), les médecins généralistes définissent le travail en équipe au cours d'une HAD comme intéressant, enrichissant et sécurisant. Dans d'autres travaux de 2010 et 2011, il ressortait que (22-23) « l'apport et le partage des compétences médicales, techniques et humaines permettent d'optimiser la prise en charge du patient ». Ce travail en équipe était décrit comme bénéfique pour le patient et le médecin traitant qui se voyait soulagé de certaines démarches administratives parfois lourdes et chronophages.

Les résultats obtenus aux questionnaires de notre étude révèlent que selon les généralistes, la prise en charge palliative par l'HAD est utile notamment pour l'intervention de soignants habitués à l'intervention de soins palliatifs (84.2 %) et pour le travail en équipe (84.2 %), pouvant constituer une aide à l'élaboration des directives anticipées (70 %).

En effet, la circulaire du 25 mars 2008, précise l'importance du rôle de l'HAD dans la formation des intervenants à domicile pour assurer une prise en charge palliative à domicile. Et l'observatoire national de la fin de vie (22) souligne le rôle primordial de l'HAD de donner accès à des ressources spécifiques pluridisciplinaires.

La thèse de Krakowiak C. (59) révèle parmi les freins à la mise en place d'une hospitalisation à domicile la crainte des patients du manque d'aides à domicile (effectifs soignants et leur disponibilité), du manque de formation de ces soignants intervenant au domicile ainsi que la peur de ne pas pouvoir bénéficier du plein accès aux soins.

On voit donc là l'importance de mettre à disposition une équipe pluridisciplinaire composée d'intervenants disponibles et formés à la gestion de pathologies complexes afin de sécuriser les soins et le patient.

Nous pouvons tout de même préciser que dans notre étude, les besoins paramédicaux et pluridisciplinaires divergent selon le mode d'installation et la localisation. Par exemple, un médecin installé en maison de santé pluridisciplinaire dans les vallées du Couserans nous évoquera, à plusieurs reprises, que ses attentes, par rapport à l'HAD, se situent surtout en termes de moyens infirmiers. Elle ne montrera pas d'intérêt à bénéficier d'une équipe pluridisciplinaire avec l'HAD étant donné qu'elle a déjà accès à ces professionnels avec la Maison de santé pluridisciplinaire. A contrario le médecin ayant pour mode d'exercice seul et/ou isolé aura des motifs de sollicitations différents, nous obligeant à la réalisation d'un fonctionnement individualisé.

Nous voyons encore une fois, l'importance d'adapter la prise en charge en HAD au contexte local, aux besoins et attentes qui y sont rattachés pour permettre de développer l'HAD dans certaines zones.

La composante psychologique et sociale s'avère être primordiale dans l'aspect pluridisciplinaire de l'HAD recueillie durant les entretiens. Le contexte socio-économique du Couserans et les difficultés que cela peut engendrer pour la réalisation des soins à domicile imposent une évaluation par des professionnels sociaux. Pour les médecins généralistes cette attente (dans les soins palliatifs) est confirmée (60 %) et seulement 10 % ne la pensent pas nécessaire, cet accompagnement est également promu dans le Rapport de l'Assemblée nationale (42). La présence d'une assistante sociale dans l'équipe de l'HAD est essentielle pour repérer les situations de précarités pouvant limiter le recours en HAD, et permettre de lutter contre celle-ci en collaborant avec les services sociaux régionaux.

d) Un support technique.

Les entretiens de notre étude font ressortir les attentes des médecins généralistes en ce qui concerne l'accès à une certaine technicité de la part de l'équipe de l'HAD, mais aussi l'accès à des moyens et matériaux techniques importants auxquels ils n'auraient pas accès sans HAD. Certaines études retrouvent les mêmes résultats à ce propos, à savoir les attentes en termes de compétences et de moyens techniques à travers l'HAD (31-47).

Il semble que cet appui technique permet de rassurer et de sécuriser les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients atteints de pathologies complexes, auxquelles ils ne sont pas toujours habitués ou formés. En effet, une étude (32) montre par exemple que 62 % des médecins interrogés n'ont jamais eu de formation en soins palliatifs. Il s'avère probablement nécessaire de mieux former les médecins généralistes et les internes dans le cadre de la formation médicale continue et/ou initiale aux intérêts et modalités de recours à l'HAD (9), comme tout autre mode d'hospitalisation pour mieux organiser le parcours de soin dans le territoire. Cette démarche est mise en avant par certains médecins durant les entretiens et dans les questionnaires. Les réponses à la formation dans le cadre de soins palliatifs sont négatives pour seulement 10 % des médecins mais mitigées pour près de 60 % des interrogés en cumulant (je ne sais pas, pas de réponse et ne se prononce pas). Cependant dans le cadre de la formation médicale initiale des internes, cette perspective permettrait d'entretenir le lien ville-hôpital et assurerait une formation essentielle sur leurs pratiques futures, comme préconisées dans plusieurs études (9-22).

e) Les indications de modes de prise en charge souhaitées par les médecins traitants.

Les résultats au questionnaire, concernant les indications de modes de prises en charge que les médecins souhaitent voir se développer avec l'HAD, montrent que les indications sur lesquelles se retrouve la majorité des médecins traitants sont les suivantes : les soins palliatifs (94.7 %), la prise en charge de la douleur par PCA et PSE (89.5 %), la nutrition parentérale et entérale (89.5 %), les pansements complexes (84.2 %), le nursing lourd (78.9 %) et le traitement IV (73.7 %). Dans les entretiens, certaines indications souhaitées se retrouvent et se confirment comme les soins palliatifs, les pansements complexes, la nutrition et la prise en charge de la douleur. Ces motifs de prise en charge correspondent aux motifs de recours préférentiel en HAD selon le guide de l'ATIH (60).

Les nursings lourds en HAD requièrent des moyens humains tels que les SSIAD ou des aides-soignantes salariées, accompagnés d'une coordination efficace pour assurer ces soins à domicile. L'état de saturation de ces structures ne permet pas toujours d'accéder à ces soins de ville. Les différents rapports nationaux (9-42) et des études (relais SSIAD HAD) proposent de favoriser l'intégration de ces services dans la structure d'HAD ou le rapprochement (hôpital-HAD-SSIAD-prestataires à domicile) avec des conventionnements verticaux pour assurer la fluidité du parcours de soins.

Par contre, la chimiothérapie et la surveillance post chimiothérapie, la surveillance d'aplasie médullaire et de radiothérapie ont obtenu des réponses nuancées au questionnaire ne montrant pas un intérêt particulier des généralistes à leurs développements, mais celles-ci sont sollicitées au cours de plusieurs entretiens par les médecins traitants.

Il est possible que ces différences d'intérêt à développer la chimiothérapie trouvent leurs origines dans l'histoire avant la mise en place de l'HAD du CHIVA dans le Couserans. En effet, l'HAD précédente n'ayant pas eu l'agrément de l'agence régionale de santé (ARS) pour la délivrance de chimiothérapie à domicile. Les prises en charge de soins techniques ponctuels résultent de la prise en charge oncologique représentant 34.6 % de patients effectuant un séjour en HAD selon la FNEHAD (61). Le cancer étant « l'une des pathologies où les innovations techniques et médicales auront des conséquences substantielles à court terme sur la prise en charge des patients à l'hôpital » (61). Cet axe de développement exigeant un haut niveau de coordination a fait l'objet de plusieurs études retrouvant un bénéfice pour le patient (62) et en termes d'économie avec l'HAD (43-62-63). Une étude effectuée par l'HAS en 2015 sur les conditions de développement de chimiothérapie en HAD décrit comme leviers : les structures ayant une expérience et des qualifications internes en cancérologie, la volonté de médecin prescripteur oncologue ou hématologue, l'existence de plateforme de coordination et de centralisation des préparations et la mobilisation d'infirmières formées aux compétences requises pour l'administration et la surveillance. Les freins retenus durant cette étude concernaient les modalités de tarification en HAD, les difficultés d'acheminement et la nécessité d'avoir une structure réactive. Cependant, un des freins majeurs à ce développement reste que certains prescripteurs hospitaliers n'associent pas l'HAD qu'à la prise en charge de fin de vie et sous-estiment le côté technique. Ils craignent que les chimiothérapies en HAD leurs entraînent un surcroît de travail de coordination pour effectuer cette externalisation des soins. Par ailleurs, l'oncologie sera probablement l'une des spécialités les plus concernées par

les évolutions de la médecine de précision avec les innovations chirurgicales et les chimiothérapies ciblées. L'étude EVOLPEC (64) visant à anticiper les évolutions à venir dans le domaine de la prise en charge oncologique préconise pour mieux accompagner la transformation des centres de lutte contre le cancer à un développement des prises en charge ambulatoires et à domicile, en lien étroit avec la médecine de ville (61). Dans la revue bulletin cancer en 2016 (65), une étude sur les anticancéreux oraux per os (AKPO) révélait que les APKO pouvaient engendrer de nombreux risques sur le parcours de soins du patient et un impact important sur les soignants et soignés. À ce titre, les risques identifiés étaient le défaut d'information des patients et des professionnels concernant les APKO et leurs gestions, pouvant être éventuellement améliorée par une meilleure coordination ville-hôpital et l'échange d'informations entre les différents professionnels. Ainsi on peut éventuellement trouver une place pour les structures d'HAD, afin de favoriser l'essor de ce mode prise en charge, de façon complémentaire à l'Hôpital de jour comme le préconise le plan cancer 2014-2019 (66) et le rapport de l'Assemblée nationale (42).

Dans cette étude les soins palliatifs sont une attente sollicitée pour 95 % des médecins interrogés et confirmés durant les entretiens comme étant un « domaine d'excellence » à développer prioritairement pour répondre au souhait des patients. Le territoire du Couserans ne disposant pas de réseau de soins palliatifs et ces derniers selon certaines études (67) n'étant pas substituable à l'offre de soins dispensée par l'HAD, le développement de ces soins sur le territoire est sollicité. De surcroît, ce motif de prise en charge doit être accompagné de l'ensemble des moyens pour assurer ces soins complexes spécifiques, nécessitant des moyens humains et du temps pluridisciplinaire et sécurisant.

Dans les entretiens, certains médecins sollicitent certaines demandes de prise en charge qui ne figurent pas dans le cahier des charges de l'HAD : les maladies neurodégénératives et le ré autonomisation des personnes âgées. Ces attentes à ce propos révèlent les difficultés rencontrées par certains médecins généralistes à gérer ces prises en charge en étant isolé : hospitalisation courte et répétée. Dans le même sens, V.Cordesse (68) décrit les parcours de santé de maladies neurologiques handicapantes comme chaotiques lorsqu'il n'y a pas d'échange entre le médecin généraliste et l'hôpital et que les difficultés du généraliste impactent sur la fluidité du parcours et l'augmentation du nombre et de la durée des hospitalisations en court séjour.

Les entretiens réalisés dévoilent le lien entre ces attentes en termes de développement de modes de prises en charge et le contexte local et démographique d'exercice. Par exemple, les médecins installés dans les vallées mettent surtout en avant leurs attentes de développement de prises en charge complexes nécessitant des moyens techniques et humains comme pour des pansements complexes chez des patients âgés, des surveillances d'insuffisance cardiaque et respiratoire, pour des maladies neurologiques ou pour des surveillances et maintien à domicile.

Il est actuellement confié à l'HAS au décours du rapport de l'Assemblée nationale 2016 (42), la tâche de l'élaboration d'un référentiel d'activités par grandes pathologies susceptibles d'être prise en charge en HAD dont l'ambition serait de réaliser un travail de protocolisation du parcours du patient, dès son entrée à l'hôpital. Ceci permettrait d'identifier plus rapidement les patients pouvant être pris en HAD, tout en limitant les évaluations redondantes et accroître le recours à ce type de prise en charge.

E. CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE ET MODE D'INSTALLATION

Durant la réalisation de l'étude, nous avons vu apparaître en particulier durant les entretiens des disparités entre les attentes des différents médecins généralistes interrogés.

En effet, plusieurs facteurs de dissociation des pratiques et des attentes ce sont présentés.

La première s'avère liée à une contrainte relative à la géographie régionale et aux reliefs ariégeois. Comme décrit dans l'annexe n° 1, le Couserans présente trois types de relief qui ont des conséquences dans l'organisation sanitaire. Les zones rurales situées dans les vallées pyrénéennes présentent un habitat dispersé et abritant des populations fragiles (25-27). Cela conduit à un fonctionnement « binaire » dans le cadre du maintien à domicile ou de situation correspondante à des indications en HAD. À savoir les médecins et les patients dans leurs demandes ont plus facilement recours au Centre hospitalier. A contrario les médecins et les patients situés dans le « piémont » ou les plaines à proximité de la ville de Saint-Girons et du CHAC, où il semblerait que « c'est en train de changer, les personnes âgées ont peu envie d'aller à l'hôpital et de quitter leurs environnements ».

La seconde est liée aux modes d'installation des médecins sur le territoire du Couserans. En effet, il existe trois modes d'exercice décrit : seul en cabinet majoritaire avec 35 %, en maison de santé 25 %, en groupe 25 % et 15 % médecins avec un mode d'exercice multiple. Dans les

structures de MSP, il est relevé durant les entretiens, que les médecins exerçant dans ce type de structure bénéficient de certains avantages visant à rompre l'isolement des professionnels de santé et à constituer une équipe de soin structurée (58-69): la coordination entre les intervenants, l'accès pluridisciplinaires, le travail en équipe et la facilité de communication (dossier médical commun).

Cette équipe de soins primaires structurée et la création de dossier médical partagé facilite les échanges entre les intervenants permettant de mieux organiser la médecine de parcours territoriale.

Mais la mise en place de ces structures dans les zones montagneuses ne permet pas pour autant aux soignants locaux, déjà sous dotés, d'effectuer des soins complexes relevant de l'HAD pour plusieurs raisons dans l'étude : le manque de temps, le déficit en moyens humains et la complexité et particularité des soins effectués en HAD. À titre d'exemple dans l'Étude de Groot (70), sur les obstacles à la délivrance de soins palliatifs à domicile, trois facteurs sont retrouvés: les procédures bureaucratiques (83.9 %), le temps nécessaire pour disposer du matériel au domicile (61.4 %), les difficultés pour obtenir les prises en charge par les paramédicaux (56.3 %). Les médecins dans ce secteur durant les entretiens ont prioritairement mis en avant, comme dans certaines recherches, le manque de moyens humains (71) et les difficultés d'acheminement du matériel et d'approvisionnement (17-70) (52 % tout à fait d'accord/42 % plutôt d'accord) ; avant les attentes évoquées par les médecins du piémont et de la plaine du Couserans décrites durant les paragraphes précédents.

Cette situation semble ne pas encourager la prise en charge palliative à domicile sur ces zones que l'on pourrait extrapoler à divers autres motifs de prise en charge d'HAD.

Ce fait paraît confirmé dans un article de la revue médecine palliative (67) les zones rurales éloignées de tout centre urbain, déjà touchées par la fragilité du tissu de soins sont également celles dans lesquelles les soins palliatifs en HAD sont les moins développés. En vue de favoriser le souhait des patients de rester à domicile, l'isolement médical et géographique pouvant avorter cette réflexion. Un accès au SSIAD favorisé avec l'HAD dans le but d'assurer des moyens humains, tout comme une optimisation de l'acheminement et l'accès du matériel (par la création d'un relais ou antenne avec stock) pourrait permettre de développer ce mode prise en charge. Il serait éventuellement intéressant de voir la création de lits de soins palliatifs avec l'aide de l'ARS, selon le modèle « hôtel-hospitalier » dans les structures environnantes (EHPAD-MSP) à ces zones pour permettre cet essor.

Dans ces zones régionales, après avoir exposé ces problématiques dans le cadre des soins palliatifs, il paraît évident que pour des situations de chimiothérapies à domicile la formation et l'appui des médecins généralistes seront primordiaux et le lien de coordination assuré par l'HAD pourrait venir favoriser cette pratique, à condition de subvenir aux problématiques évoquées.

Les disparités géographiques sont mises en avant dans les différents rapports nationaux (9-42) et dans des études (68) et une réflexion sur les solutions (antennes locales) pouvant limiter cette inégalité d'accès aux soins.

Ensuite, concernant les problématiques de financement décrites par le médecin de cette zone du territoire, dans son rapport la Cour des comptes propose la mise en place de nouveaux modes de financement tenant compte de sa substitution à l'hospitalisation conventionnelle et le maintien de soins coordonnés sur le territoire. Certaines structures d'HAD ont recours à des modes de rémunération avantageux comme ceux décrits dans le passage sur la cancérologie pouvant inciter l'essor de ce mode de prise en charge dans ce genre de zone isolé.

F. DISCUSSION DE LA MÉTHODOLOGIE

1. Limites de l'étude quantitative.

a) La population.

La première limite de cette étude est la taille relativement faible de l'échantillon : 20 médecins généralistes, ce qui ne permet pas d'élargir les résultats à tous types de médecins généralistes en dehors du Couserans. Cette limite ne nous aurait donc pas permis de réaliser d'autres analyses statistiques, ainsi celle-ci est une analyse purement descriptive.

Un autre biais concerne le fait que certains médecins interviewés ont l'habitude du fonctionnement de l'HAD au travers de leurs expériences avec la structure précédente qui a pu influencer certaines réponses.

b) Le questionnaire.

L'enquête par questionnaire est un outil d'observation qui permet de quantifier et comparer l'information (15).

Le questionnaire est un choix de support d'étude qui expose au risque d'effet de mobilisation. Ainsi, il est probable qu'une grande partie des médecins ayant répondu sont intéressés par le sujet et donc ont un avis plutôt favorable en ce qui concerne l'HAD. Par exemple, 3 médecins

ont directement refusé de répondre au questionnaire, nous n'avons donc pas connaissance des attentes de ces médecins et de leur positionnement quant à l'HAD.

Le choix de poser en majorité des questions fermées limite le choix de réponses des médecins généralistes et peut entraîner un sentiment de perte de décision.

Enfin, même si la variété du type de questions permet la complémentarité du type de réponse, elle ne facilite pas l'analyse statistique.

c) L'analyse.

Comme évoqué précédemment l'échantillon de l'étude ne nous a pas permis de réaliser une analyse statistique inférentielle, mais nous a permis de réaliser une étude descriptive des attentes des médecins généralistes du Couserans concernant l'hospitalisation à domicile.

De plus, la moyenne des « non-réponses » de l'ensemble du questionnaire est environ de 6/7 % de l'ensemble des réponses. Sachant que certaines questions atteignent un taux de « non-réponses » supérieur à 15 % de l'ensemble des réponses, en voici quelques exemples :

— La question 14 : le taux des non-réponses varient fortement entre l'usage de l'outil « Appel téléphonique » et les outils SMS (15.8 % de non-réponses), courrier (21.1 %), médimail (21.1 %) et skype (26.3 %)

— La question 35 obtient un taux de non-réponses très important de 21 %. Cette abstention peut sûrement être expliquée par la position et le type de question, question ouverte située à la fin du questionnaire. Elle peut aussi révéler un manque d'intérêt de la part des médecins ou un manque de connaissance concernant la différence d'indication de prescription entre HAD et réseau de soins palliatifs.

— La question 36 comptabilise un taux de 31.6 % de non-réponses sur le nombre de réponses total. Ce qui constitue la question fermée avec le plus fort taux de non-réponses. Cela peut refléter un manque d'intérêt des médecins généralistes lié à la question ou bien une difficulté à se positionner.

Ces taux élevés de « non-réponses » rendent l'analyse de certaines questions peu significative et généralisable.

2. Limites de l'étude qualitative.

a. Biais de sélection.

Le biais de sélection a pu être limité en essayant de constituer un échantillon hétérogène constitué de médecins de sexe, d'année d'installation, de secteur d'activité et de mode d'exercice divers comme dans l'étude quantitative.

Cependant, notre étude qualitative ne nous a pas permis de réaliser un entretien avec un médecin généraliste exerçant seul en cabinet, ainsi nous n'avons pas pu avoir accès aux réponses de cette population.

b. Biais de désirabilité sociale.

Etant donné que l'interviewer de cette étude est le médecin coordonnateur de l'hospitalisation à domicile de Saint Girons, il est possible que sa présence en tant qu'interviewer ait influencé les réponses de certains interviewés au cours de l'entretien concernant, par exemple, leurs connaissances ou leurs positionnements en rapport avec l'hospitalisation à domicile.

c. Biais d'interprétation.

L'analyse et l'interprétation des résultats ayant été effectuée par la même personne, le risque d'un biais d'interprétation ne peut pas être totalement écarté dans cette étude. En effet, il est probable que les représentations et hypothèses préalables aient eu une influence sur l'analyse des résultats par cette personne. Cependant, la présentation des résultats de l'analyse qualitative permet aux lecteurs de différencier les données brutes (citations) de l'interprétation (résultats).

3. Les points forts de l'étude par questionnaire.

Même si la taille de l'échantillon de l'étude quantitative est faible ceci est essentiellement lié à la taille de la population de référence relativement faible dans le Couserans, qui est de 39 médecins généralistes (en tenant compte des critères d'inclusion et d'exclusion).

En effet, l'étude effectuée dans ce travail bénéficie d'un taux de réponse relativement important avec 51 % de renvoi de questionnaire. Alors que l'envoi de questionnaire génère souvent un taux de réponse avoisinant les 20 %.

L'effort réalisé pour faciliter les réponses en proposant différents supports aux médecins (mail, courrier avec enveloppe préimprimée) mais aussi le renvoi en cas de non-réponse et les relances successives ont permis d'obtenir ce taux plus important que la moyenne, qui était ceci dit nécessaire vu la taille de population concernée.

De plus, le type de questions majoritairement fermées a possiblement permis ce taux de renvoi du questionnaire en permettant un remplissage facile et rapide aux médecins malgré le nombre important de réponses.

4. Les points forts de l'étude qualitative.

Les informations recueillies au cours des entretiens nous ont permis de confirmer certaines informations obtenues lors de l'enquête par questionnaire et nous ont permis, en plus, d'approfondir ce travail en recueillant des informations complémentaires et plus précises sur certains points. Ainsi, il semble que cette étude qualitative en complément de l'étude quantitative ait été pertinente puisqu'elle a permis d'apporter des informations et connaissances complémentaires relative aux bénéfices, freins et attentes des médecins traitants du Couserans par rapport à l'HAD.

VI. CONCLUSION :

La mise en place d'une nouvelle structure médicale de proximité dans une zone territoriale nécessite des adaptations et des transformations régulières pour pouvoir subvenir aux attentes des demandeurs. Dans le Couserans, avec cette enquête, nous avons souhaité recueillir l'opinion des médecins généralistes susceptibles d'avoir recours à l'HAD du CHIVA, pour mieux répondre à leurs besoins et favoriser la mise en place d'une médecine de parcours.

L'appréciation globale de l'intervention de l'antenne d'HAD dans le Couserans semble positive à la fois pour les patients et pour les médecins généralistes.

L'étude met en évidence des bénéfices pour le patient permettant le retour ou le maintien à domicile, la réalisation de soins complexes pluridisciplinaire sécurisant en ambulatoire. L'HAD assure une coordination limitant l'isolement et peut éventuellement être un outil de lutte contre la désertification médicale. De ce fait, elle confère aux médecins un gain de temps et un allègement administratif leur permettant de se consacrer à leurs pratiques habituelles d'exercice. Elle accompagne les médecins dans la réalisation de soins complexes à domicile et dans l'élaboration du parcours de soin.

Cette structure avec son positionnement intermédiaire et son rôle d'expertise pluridisciplinaire assure un lien entre les soins primaires ambulatoires et l'hôpital. En effet, les acteurs peuvent permettre la mise en place d'une médecine de parcours territoriale dans un contexte budgétaire contraint.

Par ailleurs, les médecins généralistes interrogés mettent en avant à la fois des freins exprimés fréquemment lors du recours à l'HAD, mais également ceux spécifiques au contexte local économique, social et d'organisation de santé du Couserans.

Ils décrivent leurs attentes et perspectives d'évolution sur la communication ; l'organisation et le fonctionnement avec les professionnels locaux de santé, depuis l'admission jusqu'à la sortie et la continuité des soins pour assurer une prise en charge en HAD individualisée à chaque médecin. Une collaboration à la carte est sollicitée, moins contraignante et moins chronophage, adaptée au contexte local, de proximité, intégrée dans une logique de besoin de santé du Couserans pour promouvoir à son recours. Ce travail met également en évidence l'utilité de l'HAD dans le cadre des prises en charge ambulatoire, palliative, oncologique et complexe. Toutefois, cette alternative à l'hospitalisation conventionnelle doit disposer de compétences propres à ce genre de pathologies lourdes, et des moyens nécessaires pour assurer son rôle de coordination et d'effecteur de soin.

En effet, ils soulignent le besoin de structuration des soins primaires et du fonctionnement de l'HAD dans le territoire sur un modèle mixte ; à condition que l'ensemble des moyens humains, techniques et de coordination soit mis à leur disposition avec l'HAD pour réaliser le virage ambulatoire sollicité.

Enfin, ce travail identifie des disparités de réponses liées à la géographie du Couserans et aux modes d'installation nécessitant des adaptations innovantes visant à organiser un maillage territorial.

L'ensemble de cette démarche s'inscrit dans un projet d'action recherche et de nouvelles enquêtes seront proposées auprès des intervenants médicaux libéraux collaborant avec l'HAD. Celles-ci permettront d'élargir les attentes des soignants sur le territoire du Couserans et de développer ces pistes d'innovations et leurs résultats.

VII. BIBLIOGRAPHIE :

1. Décret no 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique | Legifrance [Internet]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000726288&categorieLien=id>
2. Circulaire DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 2 sept 2017]. Disponible sur : <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=15980>
3. L'hospitalisation à domicile : l'hôpital de demain | La Jaune et la Rouge [Internet] [cité 2 sept 2017]. Disponible sur : <http://www.lajauneetlarouge.com/article/lhospitalisation-domicile-lhopital-de-demain>
4. M C. The Montefiore Hospital home care program. Am J Public Health Nations Health. févr 1949 ;39(2):163-6.
5. Bluestone EM. THE PRINCIPLES AND PRACTICE OF HOME CARE. JAMA. 14 août 1954;155(16):1379-82.
6. Sentilhes-Monkam A. Rétrospective de l'hospitalisation à domicile, Abstract. Revue française des affaires sociales. (3):157-82.
7. Chevreul k, Com-ruelle l, Midy f, paris v, =Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA. Le développement des services de soins hospitaliers à domicile : éclairage des expériences australienne, britannique et canadienne. QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE. déc 2004 ;(91):8p.
8. Cour des comptes. Sécurité sociale 2013 [Internet]. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013 chapitre IX, L'hospitalisation à domicile, pp.

253-277. [cité 2 sept 2017] Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2013>

9. L'hospitalisation à domicile : évolution récentes, communication à la commission des affaires sociales et à la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale de l'Assemblée nationale, décembre 2015 [Cour des comptes [Internet]. [cité 2 sept 2017]. Disponible sur : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lhospitalisation-domicile>

10. Circulaire DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et développement de l'HAD [Internet]. [cité 3 sept 2017]. Disponible sur : <http://circulaires.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=37726>

11. Cellule qualité CHIVA novembre 2015 « l'hospitalisation à domicile vue par le médecin traitant.

12. Code de la santé publique - Article R712-8 Etablissement de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire. Code de la santé publique.

13. Percin ND. Collaboration entre la ville et l'hôpital : expérience de l'unité d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Montauban [Internet] [exercice]. Université Toulouse III — Paul Sabatier ; 2013. Disponible sur : <http://thesesante.ups-tlse.fr/142/>

14. Villette J, Bruel F. Évaluation du service rendu aux patients de l'HAD du centre hospitalier de Montauban : enquête de satisfaction réalisée auprès de tous les patients de l'unité sur une période de un an. Toulouse, France : Université Paul Sabatier, Toulouse 3 ; 2014.

15. Birague-Cavallie E. Utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2015.

16. Définition - Unité urbaine | Insee [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1501>
17. Feyeux A. Médecins généralistes et hospitalisation à domicile : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse [Thèse d'exercice]. [Lyon, France] : Université Claude Bernard ; 2014.
18. Planel m-p, Varnier f, Veran o. Les fondements du virage ambulatoire : Pour une réforme de notre système de santé. Rennes : Presses de l'EHESP; 2017. (Controverses.).
19. Etude les repères de l'AVISE : maintien à domicile des personnes âgées dépendantes, état des lieux, enjeux et perspectives, oct. 2006
20. CSA/FEPEM. Le domicile, un enjeu citoyen [Internet]. 2016 .Disponible sur: <https://www.csa.eu/fr/survey/le-domicile-un-enjeu-citoyen>
21. Bouvaist, Marie. «Fiche réflexe soins palliatifs»: un outil de coopération avec le SAMU 74 pour améliorer la prise en charge en urgence des patients en soins palliatifs en phase avancée à domicile. 2010.
22. Observatoire national de la fin de vie. La fin de vie des patients hospitalisés à domicile [Internet]. Disponible sur: <http://www.spfv.fr/node/3327>.
23. Montmartin A-F. Les attentes et les freins des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile [Thèse d'exercice]. [Lille, France] : Université du droit et de la santé ; 2016.
24. Communes classées en zone de montagne - L'Observatoire des Territoires [Internet]. [cité 9 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/es/communes-classees-en-zone-de-montagne>
25. Insee. La population des régions en 2040 [Internet] [cité 2 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1280900>

26. Ariège économique | Ariège touristique, Ariège économique, accompagnement entreprises Ariège, CCI Ariège [Internet]. [cité 25 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.ariège.cci.fr/1-23922-Ariège-économique.php>
27. Insee. Taux de chômage localisés au 1er trimestre 2017 selon institut national de la statistique et des études économiques. [Internet]. 2017 [cité 17 sept 2017]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012804#tableau-TCRD_025_tab1_regions2016
28. Conseil départementale de l'Ordre des médecins de l'Ariège. Tableau de la démographie médicale en Ariège [Internet]. 2017 [cité 25 mai 2017]. Disponible sur: <http://cdom09.blogspot.com/p/tableau-demographie.html>
29. Rault JF, Le Breton-Lerouillois G, Conseil National de l'Ordre des Médecins. (C.N.O.M.). Paris. FRA. La démographie médicale en région Midi-Pyrénées. Situation en 2013. Paris: CNOM ; 2013 p. 65p
30. Etude Paerpa Ministère des Solidarités et de la Santé. Le dispositif Paerpa [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017 [cité 3 nov 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>
31. Mallet-Georget 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.
32. Bellegueulle E, Oncle J. Etude de la sollicitation des réseaux de soins palliatifs par les médecins généralistes dans la prise en charge des patients au domicile: étude qualitative menée auprès de médecins généralistes de la Somme. Amiens, France: Université de Picardie ; 2016.

33. Camus O. L'installation en médecine générale en milieu libéral en Picardie: freins et réticences : étude qualitative réalisée sur la promotion d'internes de médecine générale 2014, par focus groups [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie ; 2015.
34. Arnaud C, Thiron P. Médecine générale en milieu rural: freins à l'installation : étude qualitative nationale auprès d'internes et de médecins installés [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier ; 2013
35. Roux A, Université Jean Monnet Saint-Etienne. Saint-Etienne. FRA /com. Étude des critères de faisabilité du retour à domicile en soins palliatifs : à partir de l'expérience du réseau ville-hôpital OÏKA. 2004.
36. Quel avenir pour l'hospitalisation à domicile ? Analyse des freins et des facteurs en faveur de son développement. Com-Ruelle L., Raffy N. Rapport Irdes n° 412 (biblio n° 998), 1994, 131 pages.
37. La place des cancers en H.A.D. en 1991/1992, son évolution depuis 1982 et les perspectives. Intervention à la 11e Journée Presse Quid en Cancérologie ? Paris, 10/1993. Com-Ruelle L. 1994, 8.
38. Gradeler J-D. Relations médecine hospitalière-médecine de ville dans le cadre du retour à domicile de patients cancéreux: enquête auprès des médecins généralistes ; à propos de 30 dossiers. 2000.
39. Plu i, Gignon m, Emery s. Modalités et enjeux de la communication externe des réseaux de santé : l'expérience d'un réseau d'accès aux soins. SANTE PUBLIQUE. 04 2009 ;(2):173-81.
40. Kaminski D, Université Paris Descartes. Paris. FRA /com. Intérêt d'un réseau de soins palliatifs dans le cadre de la prise en charge d'un patient en médecine ambulatoire : [Thèse d'exercice]. [France]: enquête qualitative auprès de médecins généralistes d'Ile de France. 2011.

41. Birot É. Ressenti de médecins généralistes face à la prise en charge palliative dans le cadre de l'hôpital à domicile: à partir d'un focus group de médecins de l'agglomération nantaise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales ; 2010.
42. N° 3977 — Rapport d'information de Mme Joëlle Huillier déposé en application de l'article 145 du règlement par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux d'une mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale sur l'hospitalisation à domicile
43. Hirtzlin I. Analyse comparée de la chimiothérapie anticancéreuse administrée à l'hôpital ou prise en charge à domicile : aspects économiques et organisationnels. St Denis: ANAES ; 2005 juill p. 92p. liens des conditions de développement de la chimiothérapie à domicile
44. Craig C, Eby D, Whittington J. Care Coordination Model: Better Care at Lower Cost for People with Multiple.
44. Lapointe J, Minvielle É, Sicotte C. Usages des technologies de l'information et de communication pour la coordination des soins en cancérologie : État des connaissances. Quelles recommandations pour une implantation efficace ?, Information and communication technology usages in cancer care coordination: state of the art. what are the recommendations for an effective implementation. Journal de gestion et d'économie médicales. 5 mars 2014;31(5):273-302.).
46. Didier F et al, Création d'une fiche de liaison samu-soins palliatifs dans le département de l'Isère. Médecine palliative- Soins de support-Accompagnement- Ethique (2016).
47. Fardel R. Culture palliative et médecine générale. Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique. 1 févr 2017 ;16(1):1-6.

48. Nicolas L, Franco A, Provost H, Amico L, Berenguer M, Lombard F, et al. Téléassistance en hospitalisation à domicile. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/07554982/00340015/1059/> [Internet]. 1 mars 2008 [cité 19 oct 2017]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/102434/resultatrecherche/48>.
49. Hubert É. domicile - L'hospitalisation à domicile, un terrain de choix pour expérimenter la télésanté. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/00380814/00550750/37/> [Internet]. 28 déc 2010 [cité 19 oct 2017] ; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/277579/resultatrecherche/29>
50. Palmier S, Ribal É. Réseaux ville/hôpital, transmettre pour mieux soigner. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/00380814/00510702/44/> [Internet]. 18 févr 2008 [cité 19 oct 2017] ; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/85261/resultatrecherche/33>
51. Dandoy X, Copin D. La télémédecine en hospitalisation à domicile. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/00380814/v61i810/S0038081416301979/> [Internet]. 5 déc 2016 [cité 19 oct 2017] ; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/1096724/resultatrecherche/68#N1025C>
52. Palmas M de. Ressenti des médecins généralistes de l'agglomération de Montpellier et de Sète dans la prise en charge en hospitalisation à domicile : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse d'exercice]. [France] : Université de Montpellier. Faculté de médecine ; 2016.
53. Delaire G. Les internes de médecine générale et l'hospitalisation à domicile: évaluation des connaissances : enquête réalisée auprès des internes de DES 3, UFR de médecine d'Amiens [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie ; 2012.
54. Hamon A, Marquestaut O, Hyaric AL, Charpentier P, Venries A, Devaux E. Les motifs de la non prise en charge en hospitalisation à domicile (HAD). <https://www-em-->

premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/03987620/v62sS3/S0398762014000935/
[Internet]. 14 mars 2014 [cité 9 nov 2017]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/878148/resultatrecherche/1Hamon>

55. Radiguet M. « Evaluation de la satisfaction des médecins généralistes travaillant avec un réseau de soins palliatifs à domicile. A propos du réseau AMADEUS de Fécamp ». [Thèse de médecine] Université de Rouen ; 2008.

56. Décret n° 2017-817 du 5 mai 2017 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile. 2017-817 mai 5, 2017.

57. Vernay A. Rôle et place du pharmacien d'officine dans le maintien à domicile des personnes en fin de vie [Thèse d'exercice]. [2015, France]: Université de Montpellier. UFR des sciences pharmaceutiques et biologiques ; 2017.

58. Chevillard G. Dynamiques territoriales et offre de soins: l'implantation des maisons de santé en France métropolitaine [Thèse de doctorat]. [France]: Université Paris Nanterre ; 2015.

59. Catherine Krakowiak. Etude rétrospective sur l'évaluation de la qualité des soins palliatifs donnés à domicile auprès de 112 familles de patients décédés en hospitalisation à domicile. Grenoble. Médecine humaine et pathologie. 1993. <dumas-01278354>.

60. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. Guide Méthodologique HAD 2017 | Publication ATIH publié au bulletin officiel : Fascicule spécial n° 2017/7 bis. annexe de l'arrêté du 23 décembre 2016 [Internet]. 2016 [cité 17 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.atih.sante.fr/guide-methodologique-had-2017>

61. Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile. (F.N.E.H.A.D.). Paris. FRA. FNEHAD : rapport d'activité 2015-2016. Paris : FNEHAD ; 2016 p. 60p.

62. Guittard A. Chimiothérapie à domicile : audit clinique ciblé au sein de l'HAD Santé Relais Domicile [Thèse d'exercice]. [France] : Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2014.
63. Couillerot-Peyrondet A-L, Leclerc S, Hirtzlin I, Rumeau-Pichon C. Analyse de l'activité de chimiothérapie anticancéreuse en hospitalisation à domicile (HAD) à partir du PMSI. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/03987620/v63sS1/S0398762015000516/> [Internet]. 5 mars 2015 [cité 9 nov 2017]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/959811/resultatrecherche/1>
64. Evolpec, Unicancer, « quelle prise en charge des cancer en 2020 ? »
65. Renet S, Maritaz C, Lotz J-P, Burnel S, Paubel P. Parcours de soins : modélisation et analyse des risques induits par les anticancéreux oraux. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/00074551/unassign/S0007455115003720/> [Internet]. 16 févr 2016 [cité 4 nov 2017] ; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/1033371/resultatrecherche/1>
66. Institut National du Cancer. (I.N.C.A.). Paris. FRA. Plan cancer 2014-2019 : deuxième rapport au président de la République. Paris: Institut National du Cancer ; 2016 p. 158p.
67. Morin L, Aubry R. Accessibilité de l'offre de soins palliatifs à l'hôpital en France : de fortes inégalités entre régions. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/16366522/v14i3/S1636652215000616/> [Internet]. 14 juin 2015 [cité 4 nov 2017]; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/984166/resultatrecherche/3>
68. Cordesse V, Jametal T, Guy C, Lefebvre S, Roussel M, Ruggeri J, et al. Analyse du parcours de santé au cours des maladies neurologiques handicapantes et évolutives. [/data/revues/00353787/v169i6-7/S0035378713006954/](http://www.em-consulte.com/en/article/816433) [Internet]. 19 juin 2013 [cité 4 nov 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/816433>.

69. Haas PD. Le médecin généraliste au cœur du parcours de soins. : La coordination du parcours en soins primaires : l'exemple des maisons de santé. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/19572557/v11i1/S1957255717300056/> [Internet]. 20 févr 2017 [cité 5 nov 2017] ; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/1104470/resultatrecherche/17>
70. Groot MM. et al. Obstacles to the delivery of primary palliative care as perceived by GPs. *Palliat Med* 2007 ; 8 : 697-703.
71. Poterre M, Taounhaer S. Défaut de continuité de la prise en charge médicale en fin de vie au domicile. <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/data/revues/16366522/v16i3/S1636652217300442/> [Internet]. 8 sept 2017 [cité 4 nov 2017] ; Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/1139716/resultatrecherche/1>
72. INSEE. Estimation de la population au 1^{er} janvier 2016 selon Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
73. En Ariège, une croissance démographique forte grâce aux migrations | Insee [Internet]. [cité 25 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285575#tableau-Figure1>
74. INSEE. Espérance de vie à divers âges en 2016 selon l'Institut national de la statistique et des études économiques. [Internet]. 2017 [cité 17 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
75. INSEE. Populations légales au 1^{er} janvier 2012 : 152 366 Ariégeois - Insee Flash Midi-Pyrénées [Internet]. 2014 Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285207>
76. Insee, base permanente des équipements 2010, recensement de la population 2009 ; distancier Odomatrix, Inra.

VIII. LISTE DES ABRÉVIATIONS :

AKPO : Anticancéreux oraux per os

AMI : Acte médico-infirmier

AP-HP : Assistance publique- Hôpitaux de Paris

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CH : Centre hospitalier

CHAC : Centre hospitalier Ariège Couserans

CHIVA : Centre hospitalier du Val d'Ariège

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

EPU : Enseignement post-universitaire

FNEHAD : Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation À Domicile

GHT : Groupements hospitaliers de territoires

HAD : Hospitalisation À Domicile

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IDEL : Infirmier diplômé d'état libéral

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

ONFV : Observatoire National de la Fin de Vie

PAERPA : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

PCA : Patient control Analgesia

PIU : Pharmacien à usage intérieur

PSE : Pousse seringue électrique

SAMU : service d'aide médicale urgente

SP : Soins palliatifs

SSIAD : Services de Soins Infirmiers À domicile

ANNEXE 1 : Géographie et aspect sociodémographique de l'Ariège

1) Ariège

Le département a été créé à la Révolution française, le 4 mars 1790 en application de la loi du 22 décembre 1789, à partir du Comté de Foix (Languedoc) et de la vicomté de Couserans (Languedoc).

L'Ariège avec une superficie de 4889.9 km² fait partie de la région Occitanie, ce département est limitrophe avec la Haute-Garonne, l'Aude à l'est, les Pyrénées-Orientales au sud-est, l'Espagne et de l'Andorre au sud. Sa Préfecture est Foix, Pamiers et Saint-Girons sont ses sous-préfectures.

Sur le plan démographique, le département de l'Ariège en 2016 est selon l'INSEE (72), au 91^e rang sur les 95 départements de la France métropolitaine, avec ses 152 667 habitants, avec 31 habitants par kilomètre carré (Hab. /km²). Une partie de la croissance démographique en Ariège est liée à l'apport migratoire avec un excédent principalement en basse Ariège et dans le Couserans (73). En comparaison, sa population correspond à seulement 2.61 % de celle de la région Occitanie. Les estimations de l'INSEE prévoient une population Ariégeoise estimée à 192 233 habitants pour 2040 (25). La population ariégeoise compte 60 % de sa population âgée de 40 ans et plus, avec une jeunesse quittant le département (26).

Le relief du département de l'Ariège alterne entre les montagnes pyrénéennes créant des frontières naturelles et les vallées suivant les rivières traversant le département, zones fertiles, propices au développement des villages. Trois rivières importantes traversent le département l'Ariège et la Lèze, et le Salat.

La « basse Ariège » regroupe les plaines d'Ariège située au nord du département, à la vallée de Lèze, le Lauragais, et la Vallée de l'Ariège, et du Salat.

Le piémont pyrénéen regroupe le massif du Plantaurel et les collines prépyrénéennes (bas Couserans, bassin de l'Arize, le pays de Foix et la région de Lavelanet) inférieures à 1 000 m. Le haut pays ariégeois sud du département représente les hautes montagnes des Pyrénées dépassant les 1 000 m d'altitude, culminants avec la pique d'Estats à 3 143 m.

nombre d'installations. On dénombre dix maisons de santé pluridisciplinaire sur le territoire Ariégeois. Selon la pyramide des âges, les médecins généralistes inscrits en Ariège ont en majorité entre 50 et 65 ans, avec environ 40 % des inscrits ayant un âge de plus de 50 ans. En l'absence d'un taux d'installation supérieur au taux de cessation, l'Ariège deviendra une zone sous médicalisée. (29)

En Ariège l'Espérance de vie à la naissance est estimée en 2015 selon l'Insee à 79.3 % pour les hommes et 84.9 % pour les femmes et reste comparable à la moyenne nationale (74).

2) Le Couserans

Le territoire du Couserans est connu depuis l'antiquité ; situé à la rive droite de la Garonne, avec ses nombreuses vallées du Salat, du Volp, de l'Arize et du Lez, il est partagé entre hautes montagnes, montagnes et piémont.

Il se subdivise en deux parties, le Bas-Couserans, en aval de Saint-Girons, et le Haut-Couserans en amont.

Le Bas-Couserans, entre 350 et 700 mètres d'altitude, appartient au massif Plantaurel, où alternent vallons et lignes de crête. Limité au sud par la vallée du Lez et la vallée du Baup, petit ruisseau qui occupe le large couloir permettant d'atteindre Foix, la région s'étend à l'est jusqu'à La Bastide-de-Sérou (entre Saint-Girons et Foix) et au nord-est jusqu'au Mas-d'Azil.

Au sud de cet ensemble, le Haut-Couserans, avec trois lignes de crête parallèles, culminant à 2880 mètres. Au pied de ces montagnes, les deux cours d'eau, le Salat et le Lez, individualisent les deux grandes parties de la montagne Couseranaise : le Haut-Salat et le Castillonnais.

Sur le plan démographique, le Couserans a une population évaluée selon l'Insee (75) à 30 840 habitants (19 Hab./km²), contre 27 hab./km² sur Foix et haute Ariège, 64 Hab./km² aux portes d'Ariège et 41 hab./km² en pays cathare.

La typologie urbain-rural est basée sur la classification désormais utilisée par la Commission européenne. À partir de carreaux de 200 m de côté, on forme des mailles urbaines qui remplissent deux conditions : une densité de population d'au moins 300 habitants par km² et un minimum de 5 000 habitants. Les autres mailles sont considérées comme rurales.

Partant, les bassins de vie ont été classés dans les trois groupes suivants :

- bassin de vie urbain : la population classée dans les mailles urbaines représente plus de 80 % de la population totale du bassin de vie ;
- bassin de vie intermédiaire : la population classée dans les mailles urbaines représente entre 50 % et 80 % de la population totale du bassin de vie ;
- bassin de vie rural : la population classée dans les mailles urbaines représente moins de 50 % de la population totale du bassin de vie.

Encore selon l’Insee (16), la notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. On appelle unité urbaine une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants.

Si l'unité urbaine se situe sur une seule commune, elle est dénommée ville isolée. Si l'unité urbaine s'étend sur plusieurs communes, et si chacune de ces communes concentre plus de la moitié de sa population dans la zone de bâti continu, elle est dénommée agglomération multicommunale.

Sont considérées comme rurales les communes qui ne rentrent pas dans la constitution d'une unité urbaine : les communes sans zone de bâti continu de 2000 habitants, et celles dont moins de la moitié de la population municipale est dans une zone de bâti continu.

La sous-préfecture de Saint-Girons constitue de ce fait l’unique unité urbaine du Couserans avec 9681 habitants en 2012, dont 6346 vivants dans la commune de Saint-Girons(74).

Le reste des communes du territoire du Couserans étant des zones rurales et périurbaines.

Selon une étude de l’Insee (76), le temps d’accès médian aux équipements dans le domaine de santé dans les bassins de vie ruraux est de 44 minutes.

Sur le territoire du Couserans on décompte trois maisons de santé pluridisciplinaires, de Seix ouverte en 2014, puis Massatoise ouverte dans le cadre du projet des deux vallées en 2016, et la Bastide-de-Sérou cette même année.

Le territoire du Couserans dispose d’un Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC) avec un pôle médico-chirurgical, gériatrique, et réadaptation et psychiatrique.

ANNEXE 2 : L'HAD en Ariège

1) L'HAD de FOIX/Labarre

Avant la création de l'HAD antenne du CHIVA sur Saint-Girons ouverte en novembre 2016, il existait sur le département deux structures d'hospitalisation à domicile.

En 2008, l'HAD de LABARRE-FOIX est créé, avec un statut public, rattachée au Centre hospitalier du Val-d' Ariège (CHIVA) couvrant la zone d'exercice proche (Saverdun Tarascon et proche pays du Cathare avec une circonférence 40 km) du CHIVA avec une autorisation de 30 places.

Cette structure dispose de personnel hospitalier à vocation d'exercice de soins pluridisciplinaires en collaboration avec les libéraux existants (Médecin traitant, IDEL, kinésithérapeute). Pour répondre aux besoins, l'équipe médicale est composée d'un médecin, d'une équipe paramédicale composée d'un cadre de santé, 2 infirmières coordinatrices en alternance entre la coordination et le terrain, 6 IDE, 7 aides-soignants, et 1 agent de service hospitalier, une secrétaire et une équipe de soins de support social, psychologique et diététicienne.

Une astreinte médicale (avec le centre d'appel d'urgence 15) et paramédicale est assurée 24h/24, 365 jours par an.

Le secteur de Haute Ariège et Ax-les-thermes sont exclus de la zone d'intervention, la distance par rapport au site de l'HAD ne permettant pas d'intervenir dans des délais satisfaisants pour des soins.

En termes d'activité, le nombre de journées par an est de 6759 en 2016, elle présente une moyenne annuelle de « lit occupé » entre 18 et 20 par jour.

L'activité selon les modes de prises en charge principaux se concentre par ordre de fréquence, en pansements complexes, soins palliatifs et chimiothérapie anticancéreuse.

2) Création de l'antenne HAD du CHIVA à Saint-Girons

La seconde HAD du département était localisée à Saint-Girons « Echosanté » structure de statut associatif ouverte en janvier 2007 assurait la prise en charge de l'hospitalisation à domicile, dans le territoire du Couserans.

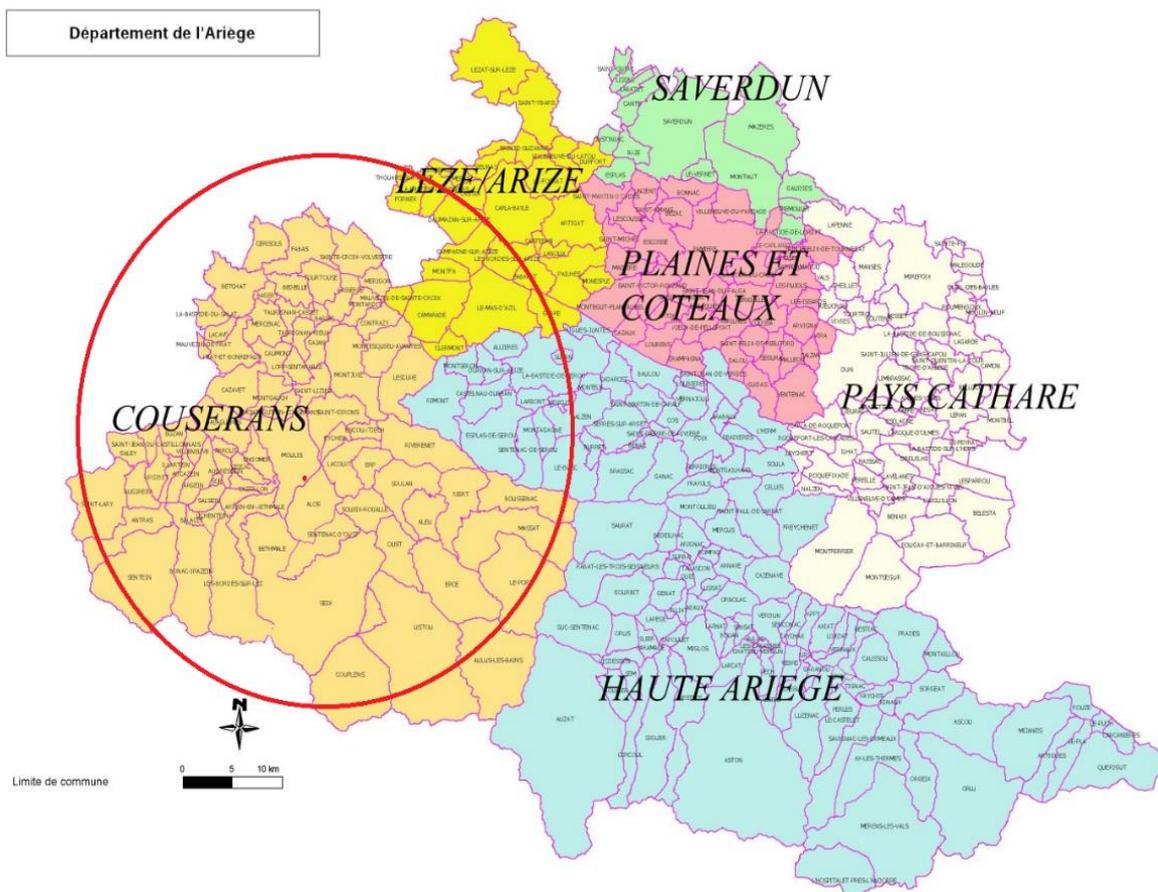
À la demande de l'ARS en novembre 2016, l'accréditation de cette HAD a été clôturée et rattachée dans le cadre de l'Hôpital Territorial au CH du val-d'Ariège.

Le secteur d'intervention de l'HAD « Echosanté » a été réparti entre l'HAD du CHIVA (Public) et l'HAD de la clinique PASTEUR (Privé) à Toulouse.

L'antenne de l'HAD du CHIVA a alors été créée pour répondre à cette offre de soin dans le Couserans. Les zones d'interventions de Lésât sur L'Èzé et Sainte Croix initialement rattaché au « secteur d'Echosanté » ont été regroupées avec l'HAD de Pasteur du fait de la proximité avec l'antenne de Carbonne.

Le secteur d'activité actuel de l'HAD antenne du CHIVA à Saint-Girons comprend un périmètre de 35 km, situé en zone de haute montagne (24) ce qui limite le temps et la facilité d'intervention au domicile des patients.

Périmètre d'activité de l'antenne de Saint-Girons de l'HAD du CHIVA :



La volonté du service a toujours été de pouvoir offrir ce mode de prise en charge à l'ensemble de la population du département de l'Ariège.

La structure est localisée dans Saint-Girons, à proximité du CH Ariège Couserans.

En termes d'effectif à l'équivalent Temps plein (ETP), sa répartition est la suivante :

Un médecin coordonnateur à 0.5 ETP et une IDE coordonnatrice à 0.5 ETP.

Le personnel paramédical est assuré par les libéraux en place, la délivrance médicamenteuse par les pharmacies d'officine après validation par la PIU du CHIVA.

Afin de ne pas modifier le fonctionnement avec les libéraux travaillant avec l'ancienne HAD, il a été décidé d'avoir recours à eux pour l'ensemble des soins paramédicaux, pharmacie et de support.

L'HAD dispose de 2 véhicules dont un est réservé à l'infirmière coordinatrice et aux cadres de l'HAD.

La durée moyenne de séjour est de 15,5 jours (05/2017).

L'effectif de lit journalier se situe aux environs de 8 à 10.

ANNEXE 3: Questionnaire type

Enquête d'Opinion auprès des médecins généralistes du Couserans sur leurs attentes en matière d'hospitalisation au domicile (HAD).

Renseignement Généraux

1. Année d'installation

2. Secteur d'activité
Plusieurs réponses possibles

- Urbain
- Semi rural
- Rural

3. Mode d'exercice
Plusieurs réponses possibles

- Seul
- En groupe
- Maison de santé
- Cabinet pluridisciplinaire

4. Nom et Prénom (facultatif)

A. Appréciation globale de l'HAD

5. 1. Votre avis sur le bénéfice de l'HAD pour le patient :
Plusieurs réponses possibles

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

6. 2. Votre avis sur le bénéfice pour vous et votre pratique :
Plusieurs réponses possibles

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

B. Intérêt de l'HAD pour le patient et inclusion.

7.

1. Selon vous l'HAD ?

Une seule réponse possible par ligne

	Oui	Non	Je ne sais pas
Facilite vos démarches sociales et administratives pour le maintien à domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilite vos démarches thérapeutiques	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilite vos accès aux médecins hospitaliers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Permet ou facilite le retour au domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Assure la continuité des soins 24h sur 24 et 7j sur 7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apporte un bénéfice pour le patient	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apporte un bénéfice pour le médecin traitant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8.

2. Connaissez-vous les procédures des demandes d'admission de vos patients en HAD ?

Une seule réponse possible

- Oui
 Non

9.

3. Avez-vous la sensation que l'HAD vous est imposée dans votre pratique ?

Une seule réponse possible

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pas du tout	<input type="radio"/>	imposée									

10.

4. Dans le cadre d'un projet HAD pour votre patient vous souhaiteriez une prise en charge:

Une seule réponse possible

- Partagée
 Confiée en totalité
 Seul

11.

5. A l'admission de vos patients en HAD: une visite au lit du patient regroupant le médecin traitant et le médecin de l'HAD pour répartir les tâches est elle nécessaire ?

Plusieurs réponses possibles

- Oui
 Non

12. **6. Êtes-vous favorable en suivant l'inclusion de votre patient en HAD ?**

Plusieurs réponses possibles

- à des visites alternées médecin traitant/ médecin coordinateur HAD
 à des visites conjointes médecin traitant / médecin coordinateur HAD

13. **7. Quel rôle souhaitez-vous avoir en tant que médecin traitant dans la prise en charge de vos patients HAD ?**

C- Information et communication entre vous et l'HAD

14. **1. Quel est l'outil que vous utiliseriez pour communiquer entre vous et l'HAD ?**

Une seule réponse possible par ligne.

	-	oui	non
Sms		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'appel téléphonique		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Courriel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médmot		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skype		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. **2. Pensez-vous qu'il est nécessaire de communiquer avec l'HAD après vos visites chez votre patient ?**

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

16. **3. Lors des interventions à domicile, rempliriez-vous le dossier papier du patient ?**

Plusieurs réponses possibles

- Oui
 Non

17. **4. Comment obtenir des compléments d'informations à la prise en charge de votre patient:**

Une seule réponse possible.

- Accès au dossier HAD de votre patient, via un réseau informatisé
 Courriels sécurisés, régulier (hebdomadaires à chaque passage de l'HAD)
 Autre

D. Permanence de soins/Organisations HAD

18.

1. Votre avis sur l'intérêt d'une existence d'une astreinte médicale 7 jours sur 7, 24 h/24 par le médecin coordonnateur :

Plusieurs réponses possibles

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

19.

2. Votre avis sur l'intérêt d'une existence d'une astreinte paramédicale 7 jours sur 7, 24 h/24 par les IDE ?

Plusieurs réponses possibles

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

20.

3. Souhaiteriez-vous être impliqué dans la permanence de soins de vos patients en HAD ?

Plusieurs réponses possibles

- Oui
- Non

21.

4. Pensez-vous être impliqué dans le projet d'admission de vos patients en HAD ?

Plusieurs réponses possibles

- Oui
- Non

22.

5. Pensez-vous être impliqué dans le projet de soins de votre patient en HAD ?

Plusieurs réponses possibles

- Oui
- Non

23.

6. Pensez-vous être impliqué dans les décisions de sortie de votre patient de l'HAD ?

Plusieurs réponses possibles

- Oui
- Non

E. Place des professionnels libéraux

24. 1. Avez-vous l'impression d'être dépossédé de la prise en charge de vos patients avec l'inclusion en HAD ?

Plusieurs réponses possibles

- Oui
 Non

25. 2. Quelle sera selon vous l'influence de l'HAD dans la fréquence de vos visites ?

Plusieurs réponses possibles

- Réduite
 Aucune
 Augmentée

26. 3. Dans quelles indications souhaiteriez-vous que l'HAD se développe ?

Une seule réponse possible par ligne

	Oui	Non	Je ne sais pas
Traitement IV pour les protocoles hospitaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusions sanguines à domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimiothérapie à domicile et surveillance post-chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surveillance d'aplasie médullaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Surveillance de radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins palliatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prise en charge de la douleur par PCA et PSE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pansements complexes et soins spécifiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nursing lourd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutrition parentérale et entérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Post-traitement chirurgical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

27. 4. Que faudrait-il optimiser pour la prise en charge des patients en HAD ?

Une seule réponse possible par ligne

	Oui	Non	Je ne sais pas	Ne se prononce pas
Information sur l'organisation et le fonctionnement de l'HAD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Simplifier des démarches administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le système de rémunération et ses modalités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le rôle du médecin généraliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

28. Autres propositions (facultatif)

29

5. Quelles sont vos motivations et gains à l'utilisation de l'HAD ?

Une seule réponse possible par ligne

	Oui	Non	Je ne sais pas	Ne se prononce pas
Collaboration et partage des connaissances	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rupture de l'isolement du médecin traitant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amélioration de la coordination et du lien entre la médecine de ville et l'hôpital	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amélioration de la qualité de vie et des choix de parcours de soins de vos patients	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les astreintes médicales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Les facilités d'approvisionnement médicamenteux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gain de temps sur votre pratique quotidienne et investissements partagés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestion de pathologies complexes au domicile et relevant de l'hospitalisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30.

Autres propositions (facultatif)

31.

6. Quels sont selon vous les freins à l'utilisation de l'HAD ?

Une seule réponse possible par ligne

	Oui	Non	Je ne sais pas	Ne se prononce pas
Perte du rôle décisionnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Présence de réseau préexistant (SSIAD, IDE libérales...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rémunération tardive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32.

Autres propositions (facultatif)

F. L'HAD dans le cadre des soins palliatifs et pansements complexes

33. **1.L'HAD vous semble utile pour la prise en charge de soins palliatifs pour :**
Une seule réponse possible par ligne

	Oui	Je ne sais pas	Non	Ne se prononce pas
La prise en charge de la douleur par des techniques hospitalières difficile à effectuer au domicile	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en charge psychologique du patient, des aidants pendant l'inclusion et après le décès	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La permanence de soins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'intervention de Soignants habitués à l'intervention régulière de soins palliatifs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La prise en charge sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le gain de temps sur vos visites	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Le travail en équipe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'urgence interventionnelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La formation à la prise en charge palliative par des réunion de pairs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L'aide à l'élaboration des directives anticipées et décisions de sédation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. **Autres propositions (facultatif)**

35. **2.Pour vous existe-t-il une différence d'indication de prescription entre HAD et réseau de soins dans le domaine des soins palliatifs ?**

36. **3.Quels est selon vous l'intérêt de l'HAD dans la prise en charge de pansements complexes ?**

Une seule réponse possible

- Réalisation de technique n'étant possible uniquement en hospitalisation traditionnelle
- Suivi médicale de l'évolution de la cicatrisation

ANNEXE 4: Guide d'entretien

Les renseignements socio démographiques de l'échantillon :

Sexe

En quelle année vous êtes-vous installé ? Parcours brièvement ?

Quel est votre type d'exercice) ?

À quelle distance se situe votre lieu d'exercice des locaux HAD ?

Vous pensez exercer dans quel Secteur d'activité ?

Secteur de garde ?

Effectuez-vous des visites à domicile et à quelle fréquence ?

Pouvez d'écrire l'équipement de votre cabinet ?

QUESTIONS GÉNÉRALES PAR THÉMATIQUE :

1. MISE EN PLACE D'UNE STRUCTURE D'HAD DANS LE COUSERANS
2. INCLUSION DE VOS PATIENTS EN HAD
3. FONCTIONNEMENT QUOTIDIEN DE L'HAD ET L'ORGANISATION DES SOINS
4. BÉNÉFICIE ET UTILITÉ HAD

QUESTIONS GÉNÉRALES EN SOUS THÉMATIQUES :

1. **J'aimerais que vous me parliez de la mise en place d'une structure HAD dans le Couserans ?**
 - a) *Que pensez-vous de la mise en place d'une HAD sur le quotidien du médecin généraliste ?*
 - b) *La volonté des patients d'avoir recours à des soins à domicile qu'en pensez-vous ? Comment s'y prendre ?*
 - c) *Selon vous, l'HAD en zones rurales ou sous médicalisées, quel est l'impact?(plus particulièrement dans le Couserans et l'Ariège ?)*
2. **J'aimerais que vous me parliez de l'organisation d'un retour à domicile et / ou du maintien à domicile d'un de vos patients ?**
 - a) *Et plus particulièrement de l'HAD ?*
 - b) *Comment voyez-vous une demande d'admission en HAD ?*
 - c) *Pouvez-vous résumer le rôle des membres de l'HAD dans l'inclusion de patient? Et celui du médecin traitant, dans tout ça ?*

d) *Que pensez-vous de la visite d'inclusion ? quels points aborder ?*

3. Comment voyez-vous le fonctionnement d'une HAD dans le Couserans ? (Pour vous, comment doit s'organiser le fonctionnement d'une HAD dans le Couserans ?)

a) *Son articulation avec les structures de soins à domicile existantes, et les intervenants ?*

b) *Comment fluidifier et organiser la communication de l'HAD avec les différents intervenants ?*

(Assurer continuité de l'information médicale? Dossier matérialisé dématérialisé ?)

c) *Que savez-vous du fonctionnement économique de l'HAD ?*

Quel est selon vous l'impact socio- économique dans le Couserans ? Sur la population et les professionnels de santé ?

d) *La continuité des soins des patients à domicile ; Comment doit-elle être assurée? (médicale/paramédicale ?)*

e) *Comment préparer la sortie de l'HAD et organiser le relais avec les différents intervenants libéraux ?*

4. Globalement, concernant l'HAD en général, sur quels aspects l'HAD vous serez utile?

a) *Pour quelles indications auriez-vous besoin d'avoir recours à l'HAD ?*

b) *Avec quels objectifs et missions ?*

c) *Dans quelles indications pensez-vous que l'HAD devrait se développer ?*

d) *Sur quels aspects pluridisciplinaires pensez-vous que l'HAD puisse compléter votre pratique de la médecine générale ?*

e) *Sur quels aspects l'HAD pourrait vous être utile dans la constitution de l'Élaboration du projet de soin ?*

(en relation avec l'hôpital?)

f) *Qu'attendez-vous de l'HAD dans le domaine des soins palliatifs ?*

g) *Qu'attendez-vous de l'HAD dans le domaine des soins de nursing et pansement ?*

ANNEXE 5: Feuille consentement et respect anonymat

LARUE Vincent
06.64.86.20.11
vincent.laruel@hotmail.fr

Chère Consœur, cher Confrère,

Je vous sollicite pour la réalisation d'un entretien dans le cadre de mon travail de recherche. Je souhaite aborder avec vous les attentes des médecins généralistes concernant l'HAD dans le Couserans.

Nous réaliserons un entretien, enregistré pour retranscription avant analyse, il sera rendu anonyme pour garantir la confidentialité des informations délivrées.

La durée de l'interview est variable de vingt minutes à une heure et je vous propose de me déplacer au lieu de votre choix, à l'heure et le jour dont nous conviendrons ensemble.

Je me tiens à votre disposition pour toute précision ou question concernant notre travail aux coordonnées précisées dans l'entête.

Vous remerciant très sincèrement de votre participation, je vous prie d'agréer, Madame , Monsieur , l'expression, de mes meilleurs sentiments.

J'ai pris connaissance des informations relative à l'étude. J'ai eu l'opportunité de poser les questions de mon choix. J'ai été satisfait des réponses obtenues.

J'accepte de donner mon consentement pour participer à cette étude.

Nom :

Signature

Date :

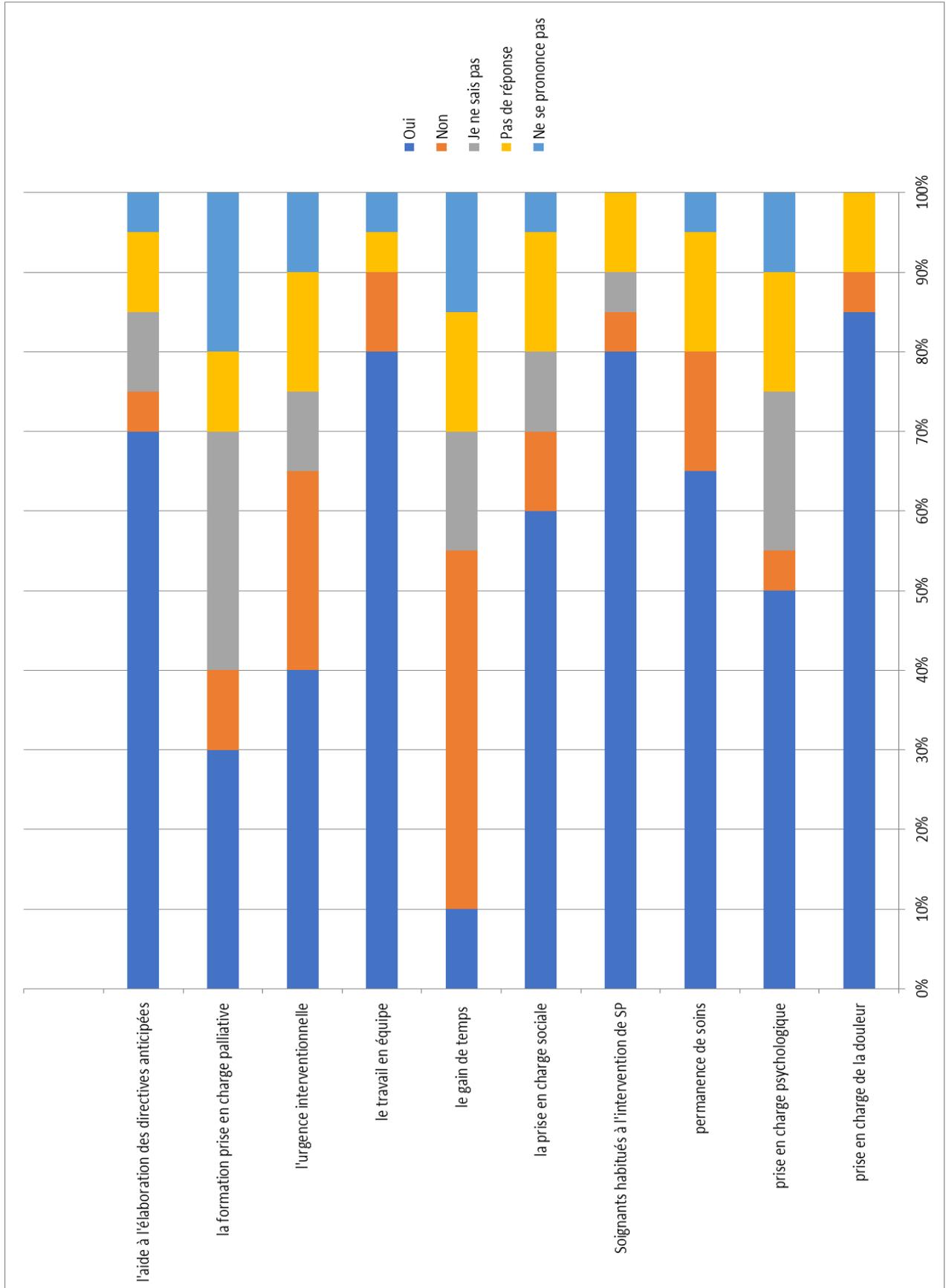
Je soussignée LARUE Vincent, atteste avoir obtenu le consentement libre et éclairé de M/Mme Pour l'étude, après l'avoir inform(é) des points suivants :

1. La nature de l'étude, sa méthodologie et sa durée
2. Les contraintes possibles
3. Son droit d'accepter ou de refuser et de se retirer à n'importe quel moment de l'étude.

Signature :

Date :

ANNEXE 6 : Graphique soins palliatifs (résultats)



Enquête Des Attentes Des Médecins Généralistes du Couserans concernant l'utilisation de l'HAD**Méthode mixte quantitative et qualitative**

Toulouse, le 7 décembre 2017

Directeur de thèse : Docteur Patrick ZOVEDA, Docteur Brigitte ESCOURROU

L'HAD constitue une alternative à l'hospitalisation conventionnelle, répondant aux attentes de qualité de vie des patients, avec une complète sécurité des soins pour des coûts moins élevés. La prescription d'HAD par les médecins généralistes, pourtant référent médical, reste faible, ce qui apparaît comme un frein majeur à l'essor de l'HAD, malgré les aspirations fixées par les pouvoirs publics pour le virage ambulatoire. Pour assurer cette offre de soin dans le territoire du Couserans, une antenne d'hospitalisation à domicile a été créée en début d'année 2017.

Objectifs : Afin de mieux intégrer les médecins généralistes dans ce projet, de communiquer sur celui-ci et de les former à la pratique de l'HAD, nous avons réalisé cette enquête pour mieux cibler leurs attentes et leurs freins à l'utilisation de l'HAD.

Méthode : Il s'agit d'une étude d'analyse mixte: quantitative et qualitative. La première phase est une étude observationnelle descriptive transversale à partir d'un questionnaire envoyé aux Médecins généralistes susceptibles d'avoir recours à l'HAD du CHIVA. La seconde phase est une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés de médecins généralistes avec analyse thématique à posteriori.

Résultat : Les bénéfices principaux de l'HAD selon les interrogés sont par ordre de fréquence, « un bénéfice pour le patient » (84.2 %), pour le médecin traitant (73.7 %), permettant de faciliter les démarches thérapeutiques (73.7 %) et permettant ou facilitant le retour au domicile (68.4 %), pour la réalisation de soins complexes et spécifiques.

Leurs attentes de continuité des soins, communication avec l'HAD, organisation de leurs fréquences des visites, motifs de recours, rôles et freins spécifique à l'HAD et à son contexte local ont été recueillies. Ce travail identifie des disparités de réponses liées à la géographie du Couserans et aux modes d'installation nécessitant des adaptations innovantes visant à organiser un maillage territorial, à condition que l'ensemble des moyens humains, techniques et de coordination soit mis à leur disposition avec l'HAD.

Conclusion : Le développement de l'HAD ne pourra se faire qu'avec un fonctionnement sur mesure adaptée aux attentes des médecins généralistes ; L'ensemble de cette démarche s'inscrit dans un projet d'action recherche et de nouvelles enquêtes auprès des intervenants médicaux libéraux collaborant avec l'HAD qui permettra d'élargir les attentes des soignants sur le territoire du Couserans.

Mots clés : hospitalisation à domicile, HAD, home care, ambulatoire

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Médecine Rangueil- 133 Route de Narbonne -31062 – Toulouse Cedex 04 France