

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Daniella RIVIERRE

Le 29 avril 2024

Perception des médecins coordonnateurs d'HAD sur leur relation avec les médecins généralistes lors des prises en charge HAD

Directrice de thèse : Dr Laurène MARQUOT
Co Directeur de thèse : Pr Yves ABITTEBOUL

JURY :

Madame le Professeur Marie-Ève ROUGÉ BUGAT

Présidente

Monsieur le Professeur Yves ABITTEBOUL

Assesseur

Madame le Docteur Laurène MARQUOT

Assesseur

Monsieur le Docteur Thierry PUPAT

Assesseur



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAUDA Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie maxillo-faciale et odontologique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURARIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		
P.U. Médecine générale			
Mme DUPOUY Julie			
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)			
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve			

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanistas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Poi Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie et immunologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

REMERCIEMENTS AU JURY

A la présidente du jury :

Madame le Professeur Marie-Ève ROUGÉ BUGAT, je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de présider mon jury de thèse et pour l'intérêt que vous portez à ce travail. Je tiens à vous exprimer tout mon respect et ma gratitude.

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Yves ABITTEBOUL, je vous remercie d'avoir co-dirigé cette thèse et de me faire l'honneur de participer au jury. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude.

Monsieur le Docteur Thierry PUPAT, je vous remercie d'avoir accepté d'être membre du jury, ainsi que pour l'intérêt que vous portez à mon travail. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A ma directrice de thèse :

Madame le Docteur Laurène MARQUOT, je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir fait découvrir l'HAD. Merci pour ton aide, ta disponibilité et tes conseils dans la réalisation de ce travail. Je te suis très reconnaissante.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A mes parents, Ana et Philippe, merci pour votre soutien et de m'avoir donné les moyens de parvenir à mon rêve. Merci d'avoir lu et relu, à ma demande, ma page préférée « le squelette » qui a probablement développé mon appétence pour la médecine.

A mes sœurs, Gabriella et Xiména, merci pour votre soutien au cours de ces longues études et d'avoir cru en moi ainsi que pour les quelques fois où je vous ai utilisées comme cobaye.

A mis tias, Lulu, Tana y Bibi, gracias por su apoyo y sus oraciones. Esta tesis la dedico a mi tia Lulu, espero que este orgullosa de mi.

A mis tios y primos Cáceda, gracias por su apoyo y momentos juntos en familia.

A mes amies de toujours, Adeline, Alyssia, Elysa, Pauline, Romane et Sophia. Merci pour votre amitié dont nous ne compterons bientôt plus les années ainsi que tous nos moments partagés ensemble et ceux à venir.

A Da Hee, on s'est rencontrée au lycée et ne nous sommes plus quittées. Merci pour ton amitié et ton soutien, nous voilà enfin médecins !

A ma Poupette, Charlotte, tu as rendu ce séjour IFMSA meilleur, je suis heureuse que nous ayons réussi à maintenir ce lien depuis. Merci pour ton amitié, ton soutien et nos voyages ensemble. Hâte de repartir à l'aventure avec toi.

A mes amis de l'externat, Gwladys, Héloïse, Lison, Julien, Mylène, Perrette et Rémi, merci de l'avoir rendu plus doux et plus fun, grâce à vous j'ai tenu le coup.

A mes co-internes des urgences de Castres, merci Cécile pour ta fraîcheur et tes moments de craquages qui nous ont valu des rires et merci Damien (Dr C) d'avoir vidé les urgences. Vous avez rendu ce premier stage plus agréable.

A mes co internes de l'internat de Cahors et plus particulièrement à Héroïse, Louis et Mélanie, merci d'avoir fait de cette première expérience de vie d'internat un moment inoubliable. C'est Cahors bébé !

A mes co-internes et colocataires d'Auch, Audrey, Laura, Pauline, merci pour cette expérience gersoïse, pour nos soirées « l'amour est dans le pré » entre autres.

A Laura, ma coloc et avant tout amie, merci pour ces trois ans et plus de cohabitation, d'amitié et moments privilégiés. Hâte de venir te visiter sur ton île.

An Claus, Danke für deine Geduld, Unterstützung und Liebe. Ich bin glücklich, Dich in meinem Leben zu haben. Ich freue mich darauf, die nächsten Kapitel unserer gemeinsamen Geschichte mit Dich zu schreiben.

Aux contributeurs de cette thèse, Cécile, Claus, Gwladys, Laura, Pauline G et Pauline M. Votre aide, vos conseils et la relecture de ce travail m'ont été précieux et m'ont permis d'en venir à bout. Merci infiniment.

A toutes les personnes que j'ai croisé lors de mes études, maîtres de stage, co-internes, équipes paramédicales etc ... merci de m'avoir accompagnée et fait progresser.

TABLE DES MATIÈRES

LISTES DES ABREVIATIONS.....	3
TABLE DES FIGURES.....	4
INTRODUCTION	5
I. QU'EST-CE QUE L'HAD ?	5
<i>Définition</i>	5
<i>Les missions de l'HAD</i>	6
<i>Comment fonctionne l'HAD ?.....</i>	6
<i>L'HAD en quelques chiffres</i>	6
<i>Les perspectives de l'HAD</i>	7
II. CHOIX DU SUJET.....	7
MATERIEL ET METHODES	9
I. TYPE D'ETUDE	9
II. POPULATION ETUDIEE ET LIEU.....	9
III. OBJECTIFS DE L'ETUDE	9
<i>Objectif principal.....</i>	9
<i>Objectifs secondaires.....</i>	9
IV. METHODE UTILISEE	9
V. RECUEIL DES DONNEES	10
VI. ANALYSES STATISTIQUES.....	10
RÉSULTATS.....	11
I. POPULATION D'ETUDE	11
<i>Caractéristiques des médecins coordonnateurs d'HAD</i>	11
<i>Caractéristiques du service HAD</i>	13
II. PERCEPTION PAR LES MEDECINS COORDONNATEURS D'HAD DE LA RELATION MEDECIN COORDONNATEUR-MEDECIN TRAITANT.....	14
<i>Perception du niveau d'intégration du service HAD auprès des équipes libérales du territoire</i>	14
<i>Perception du niveau de difficulté à trouver sa place dans la relation médecin coordonnateur d'HAD et médecin traitant</i>	14
<i>Perception de leur niveau de satisfaction concernant leur prise en charge HAD.....</i>	15
<i>Perception de l'investissement du médecin traitant dans la prise en charge de son patient en HAD par les médecins coordonnateurs.....</i>	15
<i>Coefficients de corrélation</i>	16
III. COLLABORATION ENTRE MEDECIN COORDONNATEUR D'HAD ET MEDECIN TRAITANT	17
<i>Freins à l'investissement des médecins traitants dans la prise en charge de leurs patients en HAD selon les médecins coordonnateurs HAD</i>	17
<i>Communication entre médecin coordonnateur et médecin traitant</i>	18
<i>Part de décision médicale du médecin coordonnateur par rapport au médecin traitant lors d'une prise en charge HAD.....</i>	20
<i>Visites à domicile réalisées par le médecin coordonnateur</i>	21
<i>Les demandes d'HAD</i>	22
IV. REPARTITION DES PARTS DE COORDINATION ET DE PRATIQUE CLINIQUE DU MEDECIN COORDONNATEUR	23
DISCUSSION	25

I.	RESULTATS PRINCIPAUX.....	25
	<i>Population d'étude</i>	25
	<i>Perception des médecins coordonnateurs d'HAD sur leur relation avec les médecins traitants</i>	25
	<i>Analyse de la collaboration entre médecin coordonnateur d'HAD et médecin généraliste à travers les freins à l'HAD</i>	26
	<i>L'évolution du rôle du médecin coordonnateur d'HAD face aux défis de la démographie médicale.....</i>	29
II.	PERSPECTIVES	31
III.	FORCES ET FAIBLESSES.....	32
	CONCLUSION.....	33
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	34
	ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE.....	36
	ANNEXE 2 – ÉCHELLES DE LIKERT.....	47
	ANNEXE 3 – ANALYSE QUALITATIVE QUESTION 3.....	48
	ANNEXE 4 - ANALYSE QUALITATIVE QUESTION 5	49
	ANNEXE 5 - ANALYSE QUALITATIVE QUESTION 14	50
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	51

LISTES DES ABREVIATIONS

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

DMP : Dossier Médical Partagé

DU : Diplôme universitaire

DIU : Diplôme inter universitaire

FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

HAD : Hospitalisation à domicile

HAS : Haute autorité de santé

IDE : Infirmier diplômé d'état

MPR : Médecine physique et de réadaptation

MT : Médecin traitant

PEC : Prise en charge

RCP : Réunion de concertation pluriprofessionnelle

S.A.E : Statistiques annuelles des établissements de santé

SUN-ES : Ségur Usage Numérique en Établissement de Santé

VD : Visite à domicile

TABLE DES FIGURES

Figure 1 : Intitulés des modes de prise en charge. MPO : mode de prise en charge principal MPA : mode de prise en charge associée MDP : mode de prise en charge documentaire	5
Figure 2 : Répartition des formations complémentaires en nombre de réponses et pourcentages (N=157).....	12
Figure 3 : Répartition des territoires couverts par les services HAD en nombre de réponses et pourcentages (N= 157).....	14
Figure 4 : Perception de l'investissement du médecin traitant dans la prise en charge de son patient en HAD par le médecin coordonnateur en nombre de réponses et pourcentages (N = 157).....	15
Figure 5 : Freins à l'investissement des médecins traitants aux prises en charge HAD selon les médecins coordonnateurs en nombre de réponses et pourcentages (N=98).....	17
Figure 6 : Part de décision médicale par le médecin coordonnateur par rapport au médecin traitant lors d'une prise en charge HAD en nombre de réponses et pourcentages (N=157)....	20
Figure 7 : Répartition des parts de coordination et de pratique clinique des médecins coordonnateurs d'HAD en nombre de réponses et pourcentages (N = 149).....	23
Figure 8: Répartition du taux d'augmentation de la part de pratique clinique en nombre de réponses et pourcentages (N=157).....	24
Figure 9 : Cartes des densités des médecins généralistes par département en France en 2021 et des capacités de prise en charge en HAD par département en France en 2020 (29,30)	30

TABLE DES TABLEAUX

Tableau I : Caractéristiques de la population d'étude.....	12
Tableau II : Caractéristiques du service HAD.	13
Tableau III: Matrice de corrélation et coefficient de corrélation de Spearman, ** p-value <0,001	16
Tableau IV : Résultats des questions relatives à la communication.....	18
Tableau V : Matrice de corrélation et coefficient de corrélation de Spearman, * p-value <0,05	19
Tableau VI : Matrice de corrélation et coefficient de corrélation de Spearman, ** p-value <0,001	20
Tableau VII : Résultats des questions relatives aux visites à domicile par les médecins coordonnateurs d'HAD.....	21
Tableau VIII : Résultats des questions relatives aux demandes d'HAD.....	22

INTRODUCTION

I. Qu'est-ce que l'HAD ?

Définition

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une hospitalisation sans hébergement qui est soumise aux mêmes obligations qu'un établissement hospitalier public ou privé. Cet établissement peut être autonome ne proposant que ce mode d'hospitalisation ou rattaché à un autre établissement pluridisciplinaire, ayant des services de court et moyen séjour traditionnels.

L'HAD assure, au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés sur une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient. Il s'agit de soins complexes, fréquents, techniques, nécessitant une coordination pluridisciplinaire et médicalisée (1–3). La liste des différents motifs de prise en charge est indiquée en figure 1 (4).

Code	Libellé des MP [Ancien libellé avant 2012]*	MPP	MPA	MPD
00	Pas de mode de prise en charge associé [Pas de protocole associé]**	-	X	-
01	Assistance respiratoire	X	X	X
02	Nutrition parentérale	X	X	X
03	Traitement intraveineux	X	X	X
04	Soins palliatifs	X	X	X
05	Chimiothérapie anticancéreuse [Chimiothérapie]*	X	X	X
06	Nutrition entérale	X	X	X
07	Prise en charge de la douleur	X	X	X
08	Autres traitements	X	X	X
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées) [Pansements complexes et soins spécifiques]*	X	X	X
10	Post traitement chirurgical	X	X	X
11	Rééducation orthopédique	X	X	X
12	Rééducation neurologique	X	X	X
13	Surveillance postchimiothérapie anticancéreuse [Surveillance post chimiothérapie]*	X	X	X
14	Soins de nursing lourds	X	X	X
15	Education du patient et de son entourage	X	X	X
17	Surveillance de radiothérapie [Radiothérapie]*	X	X	X
18	Transfusion sanguine	X	X	X
19	Surveillance de grossesse à risque	X	X	X
21	Post partum pathologique	X	X	X
22	Prise en charge du nouveau-né à risque [Prise en charge du nouveau-né]*	X	-	-
24	Surveillance d'aplasie	X	X	X
25	Prise en charge psychologique et/ou sociale	-	X	X
26	Traitement intraveineux, un seul passage quotidien	-	-	X
27	Éducation du patient ou de son entourage chez un enfant ou un adolescent de moins 18 ans	-	-	X
28	Prise en charge psychologique ou sociale chez les patients de moins de 18 ans	-	-	X
29	Sortie précoce de chirurgie***	X	-	-

Figure 1 : Intitulés des modes de prise en charge. MPP : mode de prise en charge principal
MPA : mode de prise en charge associée MDP : mode de prise en charge documentaire

Les missions de l'HAD

Selon les directives de la circulaire de 2006 sur l'hospitalisation à domicile (2), l'HAD doit avoir une approche polyvalente dans ses activités. Parmi ses responsabilités figure la coordination des soins, assurée par le médecin coordonnateur. En effet, l'HAD prend en charge des patients présentant plusieurs pathologies, nécessitant ainsi une coordination entre les différentes spécialités médicales impliquées et le plan de traitement établi.

Par ailleurs, l'HAD joue un rôle d'interface entre le milieu hospitalier et la pratique ambulatoire. Elle mobilise à la fois ses ressources internes et les professionnels de santé libéraux pour assurer la prise en charge des patients.

Comment fonctionne l'HAD ?

L'HAD peut être mise en place pour un patient de tout âge, ayant des pathologies aiguës, chroniques, évolutives et/ou instables. La prescription peut être établie par le médecin traitant ou un médecin hospitalier sans hospitalisation conventionnelle préalable.

Toutefois l'accord du médecin traitant et le consentement du malade ou de son entourage sont indispensables. La décision de l'admission en HAD relève du médecin coordonnateur d'HAD, conformément aux critères d'inclusion et du protocole de soins. Les soins sont délivrés 24h/24 et 7j/7 par l'équipe de l'hospitalisation à domicile, afin de garantir une continuité des soins du patient.

L'équipe de coordination est toujours salariée de l'établissement HAD mais les professionnels de santé pratiquant les soins peuvent être des libéraux. Ainsi, la coordination des soins implique donc à la fois le milieu hospitalier et le milieu libéral, en fonction des besoins spécifiques des patients et du protocole de soins établi (1).

L'HAD en quelques chiffres

D'après l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, en 2021, 157 000 patients ont bénéficié d'une HAD. En 2020, dans 35% des cas, les patients étaient pris en charge à partir du domicile contre 65% à l'issue d'une hospitalisation avec hébergement. Le motif principal de prise en charge est les soins palliatifs dans 30% des cas, suivi par les pansements complexes et soins spécifiques dans 25% des cas. La durée moyenne de séjour était de 27 jours en 2021 (5). Concernant le coût, dans sa globalité, elle représente moins de 1% des dépenses d'hospitalisation et 0,5% des dépenses de l'assurance maladie (6).

Les perspectives de l'HAD

On observe depuis de nombreuses années une volonté, à la fois des pouvoirs publics mais également de la société, du développement des soins ambulatoires et du maintien à domicile des personnes âgées. En 2021, le ministère des solidarités et de la santé publie « la feuille de route de l'HAD 2021-2026 » ayant pour objectif de développer et d'améliorer l'HAD sur ces différents axes (3):

- Connaissance et attractivité
- Développement de l'offre de soins et intégration dans le territoire
- Prise en charge des publics vulnérables et lien avec le secteur social et médico-social
- Qualité et pertinence des soins et amélioration du circuit du médicament et des systèmes d'informations
- E-santé et diversification des prises en charge
- Soutien aux aidants et environnement du patient
- Recherche et innovation

II. Choix du sujet

J'ai eu la chance de pouvoir effectuer un stage de 3 mois au sein de l'HAD du centre hospitalier de Cahors lors de mon internat de médecine générale. J'ai pu apprendre comment fonctionne l'HAD et bien comprendre les motifs d'hospitalisation, mais j'ai également pu observer les difficultés qu'est la coordination de soins du point de vue du médecin coordonnateur.

En effet d'après la circulaire DHOS/O3 no 2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile (2), le médecin coordonnateur, après avoir signé l'admission du patient, a pour rôle d'être le garant de la bonne exécution du protocole de soins. Il contribue à l'échange d'informations nécessaires à une prise en charge globale et coordonnée du patient. Il est au contact des médecins libéraux et hospitaliers impliqués dans les traitements du malade, et les informe de tout élément pouvant leur être utile. On lui attribue également un rôle dans la formation de l'équipe soignante, l'évaluation de la qualité du service HAD, de la qualité de la saisie de l'information médicale et d'assurer l'organisation du fonctionnement de la structure.

La cour des comptes lors de son rapport datant de 2013 déplorait un manque de connaissances d'indication à l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes et par conséquent peu de prescription de leur part (6).

Dans la littérature, ont été étudiés les points de vue des médecins généralistes lors des prises en charge HAD et il a été possible de mettre en évidence quels étaient les freins à la prescription d'HAD par les médecins généralistes libéraux (7–14). On peut citer notamment :

- Manque de communication entre le service d'HAD et le médecin généraliste
- Trouver sa place en tant que médecin traitant dans la prise en charge du patient par l'HAD (perception d'un rôle de prescripteur, shunt décisionnel, deux médecins dont le coordinateur, doublon médical)
- Manque d'information initiale sur le service d'HAD (à la fois sur le fonctionnement et les interlocuteurs)

- Méconnaissance des indications d'une HAD
- Prise en charge chronophage et/ou difficulté logistique
- Rémunération insuffisante
- Réseaux de soins déjà existants

Dans la thèse de M. Boucher concernant la « fin de vie en hospitalisation à domicile : acteurs : médecin généraliste, médecin coordonnateur, équipe HAD » (15), il est souligné que les médecins généralistes ont des perceptions différentes du rôle du médecin coordonnateur d'HAD. Certains médecins le voient comme un simple coordonnateur, tandis que d'autres reconnaissent son expertise et son rôle d'appui dans les décisions thérapeutiques, ainsi que son rôle dans l'évaluation des besoins à domicile, le premier contact avec la famille et la supervision des équipes.

A partir de cet état des lieux, il m'a semblé intéressant d'explorer le point de vue des médecins coordonnateurs d'HAD dans leur relation avec les médecins traitants afin de définir leur rôle, d'accéder à une meilleure compréhension des freins et ainsi proposer des solutions. Pour ce travail, nous avons interrogé les médecins coordonnateurs des services d'HAD de toute la France.

MATERIEL ET METHODES

I. Type d'étude

Pour étudier le point de vue du médecin coordonnateur d'HAD et sa relation avec le médecin traitant, nous avons choisi de réaliser une étude descriptive auprès des médecins coordonnateurs d'HAD à l'échelle nationale.

II. Population étudiée et lieu

La population étudiée était les médecins coordonnateurs d'HAD en France.

Le critère d'inclusion était donc d'être médecin coordonnateur d'HAD en France. Les critères d'exclusion comportaient : IDE coordonnateur, praticien hospitalier non coordonnateur d'HAD et les médecins traitants.

III. Objectifs de l'étude

Objectif principal

Définir le point de vue des médecins coordonnateurs d'HAD sur leur relation avec les médecins traitants lors des prises en charge en HAD.

Objectifs secondaires

Mettre en évidence les difficultés de la dualité médecin coordonnateur - médecin traitant et proposer des axes d'amélioration. Définir le rôle du médecin coordonnateur d'HAD.

IV. Méthode utilisée

Pour ce travail, nous avons opté pour l'utilisation d'un questionnaire élaboré via Google Forms (Annexe 1) afin de répondre à notre question de recherche. Ce questionnaire comporte différents axes :

- Les caractéristiques du médecin coordonnateur et le fonctionnement du service HAD
- La perception du rôle de médecin coordonnateur d'HAD
- La relation entre le médecin coordonnateur et le médecin traitant tout au long de la prise en charge du patient, depuis son admission jusqu'à sa sortie.

Le questionnaire a été évalué par 5 médecins coordonnateurs d'HAD afin de valider la compréhension et la pertinence des questions.

Les questions ont été formulées sous forme de question fermée à choix unique ou multiples. Trois questions étaient à réponse libre concernant l'âge, l'année d'obtention de la thèse et

l'expérience professionnelle en tant que médecin coordonnateur d'HAD. Concernant les questions portant sur les DU/DIU et la spécialité médicale, elles étaient à réponses multiples avec un item « autre » à réponse ouverte.

L'échelle de Likert a été utilisée avec 6 points afin d'évaluer la satisfaction des prises en charge HAD par le médecin coordonnateur, l'intégration de l'équipe HAD auprès des équipes libérales du territoire d'exercice et la perception du médecin coordonnateur d'HAD à trouver sa place dans sa relation avec le médecin traitant (Annexe 2). La question relative à l'investissement du médecin traitant dans la prise en charge d'un patient hospitalisé en HAD a quant à elle utilisé une échelle ordinale. Un système de branchement conditionnel a été appliqué pour certaines questions. Notamment la question portant sur la visite d'inclusion à domicile systématique, à une autre question précisant si ces visites étaient effectuées avec le médecin traitant. Ainsi que la question concernant l'investissement du médecin traitant dans la prise en charge d'un patient en HAD avec celle portant sur les freins à cet investissement selon eux.

Il s'agissait d'un questionnaire anonyme qui a été diffusé via une messagerie sécurisée. Nous avons reçu l'accord du délégué à la protection des données de l'université pour l'enregistrement à la CNIL.

V. Recueil des données

La période de recueil de données a été menée entre le 22 janvier 2024 et le 20 février 2024. Le questionnaire a été distribué électroniquement aux médecins coordonnateurs d'HAD, avec une invitation à y répondre de manière anonyme et volontaire. Il a été diffusé via le biais de la fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD) par messagerie sécurisée aux médecins coordonnateurs d'HAD. La FNEHAD comptant 250 établissements HAD adhérents sur un total de 286, nous a permis d'obtenir un échantillon représentatif (3). La liste de diffusion contenait 500 adresses mails mais n'était malheureusement pas à jour, cinq adresses électroniques étaient non valides. Nous avons identifié ces adresses et contacté directement via messagerie électronique les médecins coordonnateurs des services HAD correspondants. Nous avons effectué trois relances.

VI. Analyses statistiques

Une fois les réponses recueillies, les données ont été extraites de Google Forms au format CSV. L'analyse des données a été réalisée à l'aide de la bibliothèque pandas de Python et du logiciel Excel. Les réponses ont été examinées en utilisant des techniques d'analyse descriptive pour les questions à réponse quantitative, tandis que les réponses textuelles ont été analysées qualitativement pour identifier les thèmes récurrents (Annexes 3-5). Les coefficients de corrélation ont été calculés par un test de Spearman avec une significativité à un niveau de risque alpha de 5%.

RÉSULTATS

Nous avons reçu 157 questionnaires, soit un taux de réponse de 31,4%.

I. Population d'étude

Caractéristiques des médecins coordonnateurs d'HAD

Caractéristiques de la population d'étude	Résultats	Nombre total N
Sexe (n et %)	Homme	58 (36,9%)
	Femme	99 (63,1%)
Age moyen en année (Moyenne et écart-type)	45.7 ±10.2	157
Expérience professionnelle en tant que médecin thésé en année (Moyenne et écart- type)	17.1 ±10,8	156
Expérience professionnelle en tant que médecin coordonnateur en année (Moyenne et écart-type)	7.1 ± 6.2	157
Formation médicale initiale : spécialité (n et %)	Médecin généraliste	103 (65,6%)
	Anesthésiste-réanimateur	1 (0,6%)
	MPR	4 (2,5%)
	Gériatre	18 (11,5%)
	Oncologue	1 (0,6%)
	Urgentiste	12 (7,6%)
	Pédiatre	1 (0,6%)
	Autre	17 (11%)
Formation complémentaire : DU, DIU (n et %)	Aucun	21 (13,4%)

	DU, DIU	136 (86,6%)	
Type d'activité (n et %)	1 ETP	79 (50,3 %)	157
	Temps partiel <50%	29 (18,5 %)	
	Temps partiel >50%	49 (31,2 %)	

Tableau I : Caractéristiques de la population d'étude

Notre échantillon de population est diversifié en termes d'âge, de sexe, d'expérience professionnelle et de spécialités médicales. Dans notre population, 36,9% des répondants sont des hommes et 63,1% sont des femmes. L'âge moyen est de 45,7 ans. L'expérience professionnelle moyenne en tant que médecin coordonnateur d'HAD est de 7,1 ans et avec pour moyenne une année de soutenance de thèse en 2006.

Les spécialités médicales les plus représentées incluent la médecine générale (65,6%), la gériatrie (11,5%) et la médecine d'urgence (7,6%). Concernant « la formation médicale initiale : spécialité », l'analyse qualitative de la réponse « autre » n'a pas mis en évidence une prédominance d'une autre spécialité (Annexe 3).

On observe que 86,6 % des médecins coordonnateurs ont une formation complémentaire. La répartition du taux d'activité est équilibrée avec 50,3% des médecins coordonnateurs d'HAD à temps plein (1 ETP) (Tableau I).

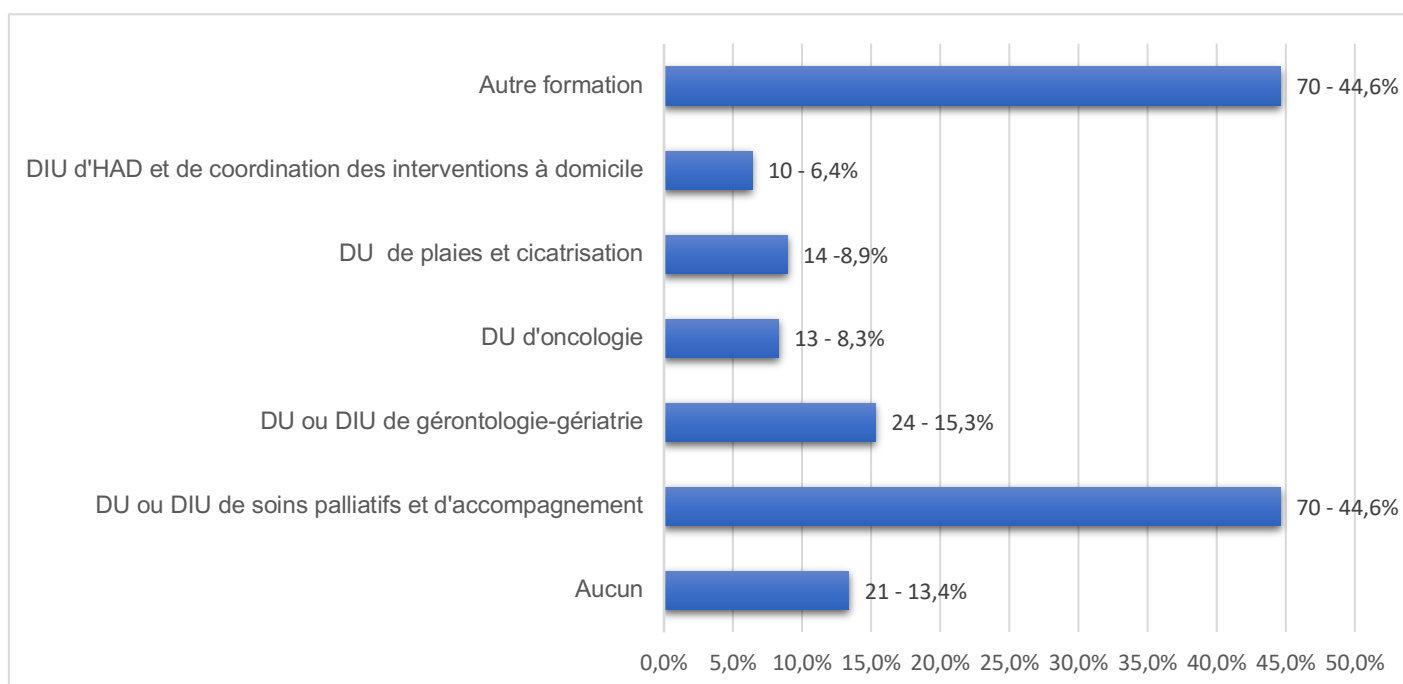


Figure 2 : Répartition des formations complémentaires en nombre de réponses et pourcentages (N=157)

La figure 2 représente la répartition des différents DU ou DIU. On constate une prédominance du « DU ou DIU de soins palliatifs et d'accompagnement » avec 44,6% des répondants suivi du « DU ou DIU de gérontologie-gériatrie » pour 15,3%. On note que 13,4% des répondants ont répondu n'avoir fait aucune formation complémentaire. Après analyse qualitative de l'item « autre » de la question, la formation à la gestion de la douleur prédomine (Annexe 4).

Caractéristiques du service HAD

Caractéristiques du service d'HAD	Résultats (n et %)	
Statut de l'établissement d'exercice	Privé non lucratif	83 (52,9%)
	Privé lucratif	26 (16,6%)
	Public	48 (30,6%)
Type d'équipe IDE (n et %)	Équipe HAD uniquement	3 (1,9%)
	IDE libéraux uniquement	28 (17,8%)
	HAD et IDE libéraux	126 (80,3%)
File active quotidienne par médecin	Inférieur à 20	16 (10,2%)
	Entre 20 et 30	35 (22,3%)
	Entre 30 et 40	41 (26,1%)
	Entre 40 et 50	19 (12,1%)
	Supérieur à 50	46 (29,3%)
Taux de patient en soins palliatifs	Inférieur à 15 %	4 (2,5%)
	Entre 15 et 30 %	30 (19,1%)
	Entre 30 et 40 %	52 (33,1%)
	Entre 40 et 50%	37 (23,6%)
	Supérieur à 50%	34 (21,7%)
Nombre total (N)	157	

Tableau II : Caractéristiques du service HAD.

Parmi les répondants, 69,5% travaillent au sein d'une structure privée. Les équipes mises en place lors des prises en charge sont principalement les équipes HAD et IDE libéraux.

La file active quotidienne par médecin est variable. On constate une répartition équilibrée entre les classes suivantes : « supérieur à 50 », « entre 30 et 40 » et « entre 20 et 30 » avec des taux à 29,3%, 26,1% et 22,3% respectivement.

La prise en charge en soins palliatifs étant le motif le plus fréquent, nous observons une prédominance des classes suivantes avec un taux de 33,1% pour « entre 30 et 40 % », 23,6% pour « entre 40 et 50% » et 21,7% pour « supérieur à 50% » (Tableau II).

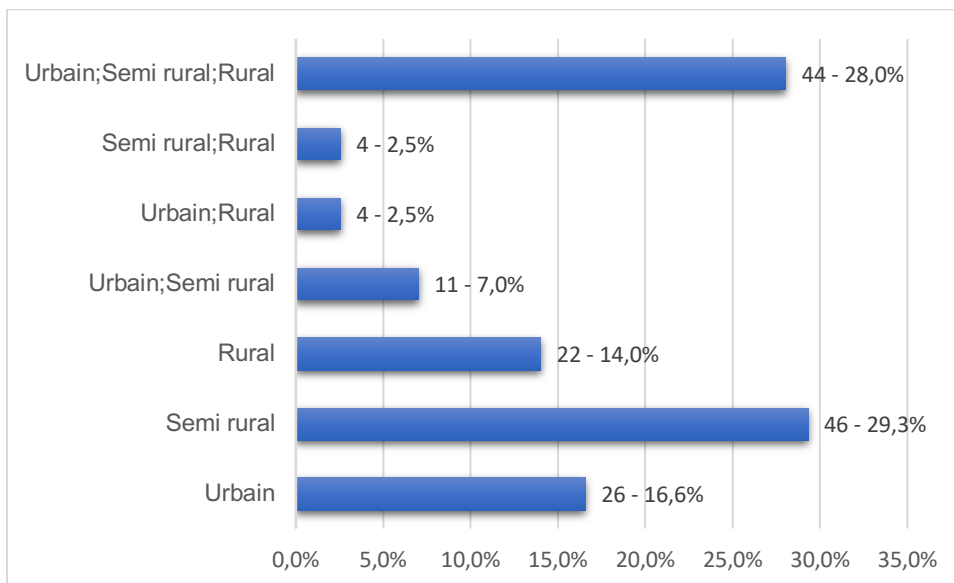


Figure 3 : Répartition des territoires couverts par les services HAD en nombre de réponses et pourcentages (N=157).

La figure 3 présente la répartition des territoires couverts par les services HAD. Pour plus de 28% des répondants, le territoire HAD couvre les trois différents types : urbain, semi-rural et rural et pour 29,3% uniquement un territoire semi-rural.

II. Perception par les médecins coordonnateurs d'HAD de la relation médecin coordonnateur-médecin traitant

Perception du niveau d'intégration du service HAD auprès des équipes libérales du territoire

La réponse moyenne est équivalente à $4,2 \pm 1$ correspondant à « modérément intégré ».

Perception du niveau de difficulté à trouver sa place dans la relation médecin coordonnateur d'HAD et médecin traitant

La réponse moyenne est équivalente à $3,1 \pm 1,5$ correspondant plutôt à une réponse neutre.

Perception de leur niveau de satisfaction concernant leur prise en charge HAD

Concernant le niveau de satisfaction de leurs prises en charge, la réponse moyenne des médecins coordonnateurs interrogés est de $4,3 \pm 1$ soit équivalent à « légèrement satisfait ».

Perception de l'investissement du médecin traitant dans la prise en charge de son patient en HAD par les médecins coordonnateurs

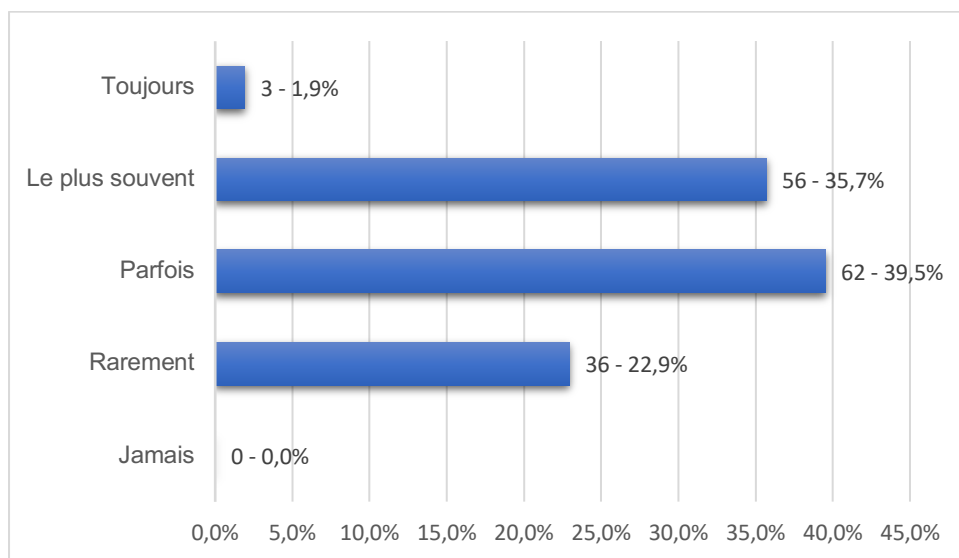


Figure 4 : Perception de l'investissement du médecin traitant dans la prise en charge de son patient en HAD par le médecin coordonnateur en nombre de réponses et pourcentages ($N = 157$).

Pour 35,7% des répondants, le médecin traitant parvient à s'investir « le plus souvent » dans la prise en charge de son patient. Plus d'un tiers des répondants (39,5%) pensent que cela se produit « parfois » et 22,9% estiment que cela se produit « rarement ». Pour seulement 1,9% des répondants le médecin traitant parvient « toujours » à s'investir dans la prise en charge de son patient en HAD (figure 4).

Coefficients de corrélation

Variabes	Intégration du service HAD aux équipes libérales du territoire	Difficulté à trouver sa place dans la relation médecin traitant et médecin coordonnateur	Estimation de l'investissement du médecin traitant dans la PEC de son patient en HAD	Niveau de satisfaction de leurs prises en charge
Intégration du service HAD aux équipes libérales du territoire	1	-0,32 **	0,31 **	0,37 **
Difficulté à trouver sa place dans la relation médecin traitant et médecin coordonnateur	-0,32 **	1	-0,07	-0,35*
Estimation de l'investissement du médecin traitant dans la PEC de son patient en HAD	0,31**	-0,07	1	0,031

Tableau III: Matrice de corrélation et coefficient de corrélation de Spearman, ** p -value < 0,001

Nous avons pu mettre en évidence une corrélation entre les variables « intégration du service HAD auprès des équipes libérales du territoire » et « difficulté à trouver sa place dans la relation médecin coordonnateur et médecin traitant » avec un coefficient de corrélation de -0,32 significatif avec une p -value de $3.69e^{-5}$. Cela signifie que plus l'intégration du service HAD est élevée, moins le médecin coordonnateur a de difficulté à trouver sa place dans sa relation avec le médecin traitant. Cette corrélation est modérée.

Une autre corrélation a été constatée avec les variables « estimation de l'investissement du médecin traitant dans la prise en charge de son patient lorsqu'il est pris en HAD » et « intégration du service HAD auprès des équipes libérales du territoire » avec un coefficient de corrélation de 0,31 significatif avec une p -value de $7.76e^{-5}$. Ainsi plus l'estimation de l'investissement du médecin traitant dans la prise en charge est élevée, plus l'intégration du service HAD auprès des équipes libérales du territoire est importante. Il s'agit également d'une corrélation modérée.

En revanche, la variable « difficulté à trouver sa place dans la relation médecin traitant et médecin coordonnateur » n'est pas corrélée à la variable « estimation de l'investissement du médecin traitant dans la PEC de son patient en HAD ».

Nous avons calculé des coefficients de corrélation modérés et significatifs entre « niveau de satisfaction de leurs prises en charge » et les variables « intégration du service HAD aux équipes libérales du territoire » et « difficulté à trouver sa place dans la relation médecin traitant et médecin coordonnateur » avec des p-value respectives de $2.49e^{-6}$ et de $3.69e^{-5}$. Ainsi le niveau de satisfaction est corrélé de manière positive avec l'intégration du service d'HAD aux équipes libérales du territoire. Le niveau de satisfaction sera meilleur lorsque le médecin coordonnateur parvient à trouver sa place dans sa relation avec les médecins traitants (Tableau III).

III. Collaboration entre médecin coordonnateur d'HAD et médecin traitant

Freins à l'investissement des médecins traitants dans la prise en charge de leurs patients en HAD selon les médecins coordonnateurs HAD

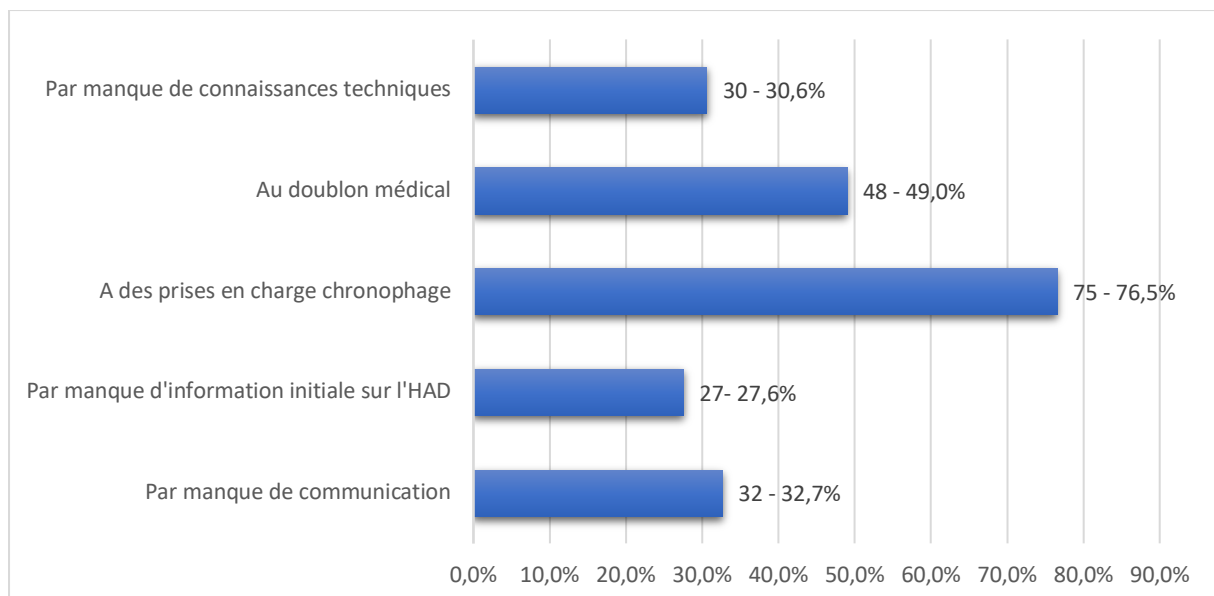


Figure 5 : Freins à l'investissement des médecins traitants aux prises en charge HAD selon les médecins coordonnateurs en nombre de réponses et pourcentages (N=98)

La figure 5 illustre la répartition des freins à l'investissement des médecins traitants dans la prise en charge de leurs patients en HAD selon les médecins coordonnateurs.

Le principal frein représenté est la « prise en charge chronophage » selon 76,5% des répondants puis lié « au doublon médical » pour 49%. On observe une répartition équilibrée concernant le « manque de communication » pour 32,7%, le « manque d'information initiale sur l'HAD » pour 27,6% et le « manque de connaissances techniques » pour 30,6% des répondants.

Communication entre médecin coordonnateur et médecin traitant

Questions	Résultats (n et %)		Nombre total (N)
Organisation d'une visite à domicile d'inclusion systématique avec le médecin traitant si disponible ?	Oui	18 (16,2%)	111
	Non	56 (50,5%)	
	Selon motifs d'hospitalisation	37 (33,3%)	
Moyen de communication le plus utilisé avec le médecin traitant	Appel téléphonique	124 (79%)	157
	E-mail	16 (10,2%)	
	SMS	12 (7,6%)	
	Application de logiciel avec messagerie sécurisée	5 (3,2%)	
Utilisation d'un logiciel commun avec le médecin traitant	Oui	51 (32,5%)	157
	Non	106 (67,5%)	
Professionnel de santé qui échange le plus avec le médecin traitant	IDE coordonnateur HAD	39 (24,8%)	157
	Médecin coordonnateur HAD	56 (35,7%)	
	IDE HAD	16 (10,2%)	
	IDE libéraux	46 (29,3%)	
RCP avec le médecin traitant	Oui	47 (29,9%)	157
	Non	110 (70,1%)	
Point téléphonique avec le médecin traitant à la sortie du patient	Oui	45 (28,7%)	157
	Non	32 (20,4%)	
	Parfois	80 (51%)	
Visite de sortie commune avec le médecin traitant	Oui	0 (0%)	157
	Non	139 (88,5%)	
	Parfois	18 (11,5%)	

Tableau IV : Résultats des questions relatives à la communication

Le Tableau IV illustre les résultats concernant les questions relatives à la communication avec le médecin traitant. On observe que la moitié des répondants (50,5%) ne font pas de visite à domicile d'inclusion systématique avec le médecin traitant. La majorité n'utilise pas de logiciel commun (67,5%). L'interlocuteur privilégié avec le médecin généraliste est le médecin coordonnateur (35,7%), notamment par appel téléphonique pour 79% des répondants. En ce qui concerne les RCP, 29,9% d'entre-elles se font en présence du médecin traitant. Lors de la sortie du patient, 28,7% font un point téléphonique avec le médecin traitant.

Variables	Organisation d'une VD d'inclusion systématique avec le MT si disponible	Utilisation d'un logiciel commun avec le MT	RCP avec le MT
Intégration du service HAD aux équipes libérales du territoire	0,26	0,07	0,17*
Difficulté à trouver sa place dans la relation médecin traitant et médecin coordonnateur	-0,17	-0,13	-0,15
Estimation de l'investissement du médecin traitant dans la PEC de son patient en HAD	0,16	-0,01	0,18*
Niveau de satisfaction de leurs prises en charge	0,017	0,05	0,10

Tableau V : Matrice de corrélation et coefficient de corrélation de Spearman, * p-value <0,05

Nous avons calculé des coefficients de corrélation concernant certaines variables du Tableau IV. Le choix des variables s'est porté sur la visite d'inclusion et la RCP car ce sont des moments clés de la prise de décision médicale et le logiciel commun permet la centralisation des données. Nous avons pu mettre en évidence des coefficients de corrélation positifs et significatifs concernant la pratique de RCP avec le médecin traitant avec les variables portant sur l'intégration du service HAD aux équipes libérales de 0,17 avec une p-value de 0.032 et l'estimation de l'investissement du médecin traitant de 0,10 avec une p-value de 0.02 (Tableau V). Ainsi l'organisation de RCP en présence du médecin traitant favoriserait l'intégration des équipes HAD aux équipes libérales et faciliterait l'investissement du médecin généraliste au prise en charge HAD.

Part de décision médicale du médecin coordonnateur par rapport au médecin traitant lors d'une prise en charge HAD

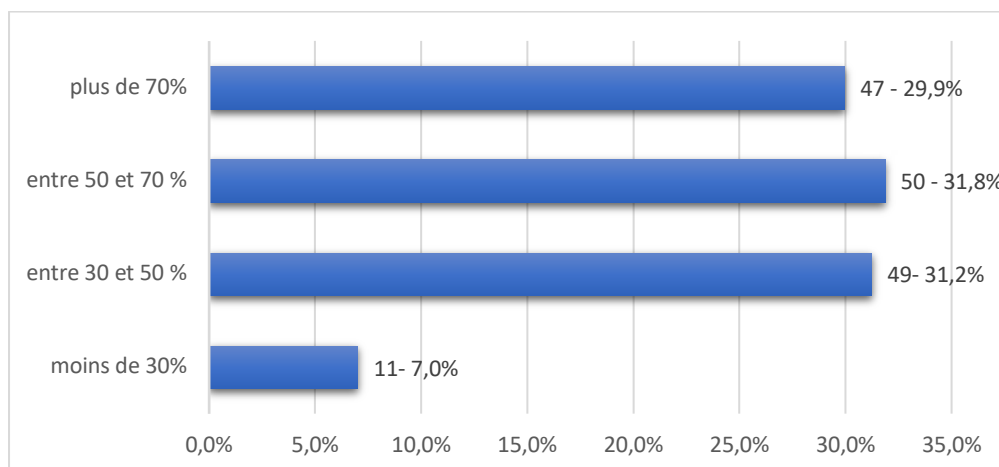


Figure 6 : Part de décision médicale par le médecin coordonnateur par rapport au médecin traitant lors d'une prise en charge HAD en nombre de réponses et pourcentages (N=157)

On observe une répartition équilibrée entre les classes suivantes « plus de 70% », « entre 50 et 70% » et « entre 30 et 50% » (figure 6). Cette part de décision médicale est variable selon le motif pour 89,8% des 157 répondants.

Variables	Intégration du service HAD aux équipes libérales du territoire	Difficulté à trouver sa place dans la relation médecin traitant et médecin coordonnateur	Niveau de satisfaction de leurs prises en charge	Estimation de l'investissement du médecin traitant dans la PEC de son patient en HAD
Part de décision médicale par le médecin coordonnateur par rapport au médecin traitant lors d'une prise en charge HAD	0,12	-0,05	-0,089	-0,51**

Tableau VI : Matrice de corrélation et coefficient de corrélation de Spearman, ** p-value <0,001

La part de décision médicale est un reflet de la collaboration et de la répartition des rôles de chaque médecin. Le coefficient de corrélation calculé pour les variables « estimation de l'investissement du médecin traitant dans la prise en charge de son patient en HAD » et « part de décision médicale par le médecin coordonnateur par rapport au médecin traitant lors d'une prise en charge HAD » est significatif avec un coefficient de corrélation modéré de -0,51 avec une p-value de $7,7e^{-12}$. Ainsi, plus l'investissement du médecin traitant est faible plus la part de décision médicale du médecin coordonnateur sera importante (Tableau VI).

Visites à domicile réalisées par le médecin coordonnateur

Questions	Résultats (n et %)	
Visite d'inclusion à domicile systématique	Oui	34 (21,7%)
	Non par manque de temps	46 (29,3%)
	Selon motifs d'hospitalisation	77 (49%)
Visites à domicile de suivi	Oui	73 (46,5%)
	Non	12 (7,6%)
	Selon les motifs d'hospitalisation	72 (45,9%)
Nombre total (N)	157	

Tableau VII : Résultats des questions relatives aux visites à domicile par les médecins coordonnateurs d'HAD

Le Tableau VII montre que près de la moitié des médecins coordonnateurs réalisent des visites à domicile de suivi et que 46,5% en fonction des motifs d'hospitalisation. En revanche, les visites à domicile d'inclusion sont plutôt réalisées en fonction des motifs d'hospitalisation pour 49% des répondants.

Les demandes d'HAD

Questions	Résultats (n et %)	
Taux de demande d'HAD par les médecins généralistes	Inférieur à 30 %	108 (68,8%)
	Entre 30 et 50 %	43 (27,4%)
	Entre 50 et 70 %	6 (3,8%)
	Supérieur à 70 %	0 (0%)
Par quel moyen vous sont adressées les demandes d'HAD ?	Site Via Trajectoire	111 (70,7%)
	Documents spécifiques du service	118 (75,2%)
	Appel téléphonique tracé	104 (66,2%)
	E-mail	82 (52,2%)
	Autre	24 (15,3%)
Les demandes par les médecins généralistes correspondent aux indications d'HAD	Dans moins de 30% des cas	8 (5,1%)
	Dans 30 à 50% des cas	13 (8,3%)
	Dans 50 à 70 % des cas	36 (22,9%)
	Dans plus de 70% des cas	100 (63,7%)
Les demandes par les médecins généralistes qui ne correspondent pas aux indications HAD sont liées à des difficultés d'accès aux soins rencontrées sur le territoire	Oui	104 (66,2%)
	Non	53 (33,8%)
Méconnaissance des indications d'HAD par les médecins généralistes	Oui	134 (85,4%)
	Non	23 (14,6%)
Taux de patients admis sans médecin traitant sur une année	Inférieur à 5 %	57 (36,3%)
	Entre 5 et 15 %	62 (39,5%)
	Entre 15 et 30 %	19 (12,1%)
	Supérieur à 30 %	19 (12,1%)
Nombre total (N)	157	

Tableau VIII : Résultats des questions relatives aux demandes d'HAD

Le taux de demande d'HAD par les médecins généralistes est estimé « inférieur à 30% » pour 68,8% des médecins coordonnateurs. Elles correspondraient aux indications d'HAD dans plus de 70% des cas pour 63,7% des répondants et lorsqu'elles ne le sont pas, pour 66,2%, elles seraient liées à une problématique d'accessibilité aux soins du territoire. On note cependant que pour 85,4%, il y aurait une méconnaissance des indications d'HAD par les médecins généralistes. Les deux moyens de demande d'HAD prépondérants sont les documents spécifiques du service puis le site Via Trajectoire. Pour 39,5% des répondants le taux de patient admis sans médecin traitant en HAD est compris entre 5 et 15%. A noter que pour 12,1 % ce taux est supérieur à 30% (Tableau VIII).

IV. Répartition des parts de coordination et de pratique clinique du médecin coordonnateur

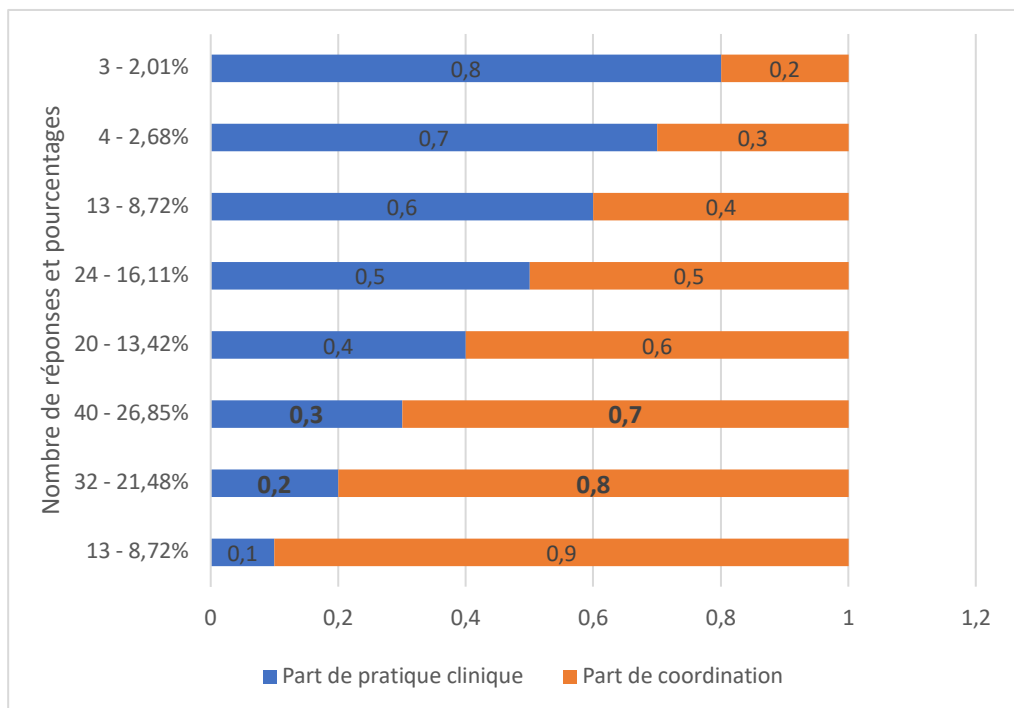


Figure 7 : Répartition des parts de coordination et de pratique clinique des médecins coordonnateurs d'HAD en nombre de réponses et pourcentages (N = 149)

La figure 7 représente la répartition des parts de pratique clinique et de coordination des médecins coordonnateurs d'HAD avec une prédominance pour 30% de pratique clinique et 70% de coordination pour 26,85% des répondants.

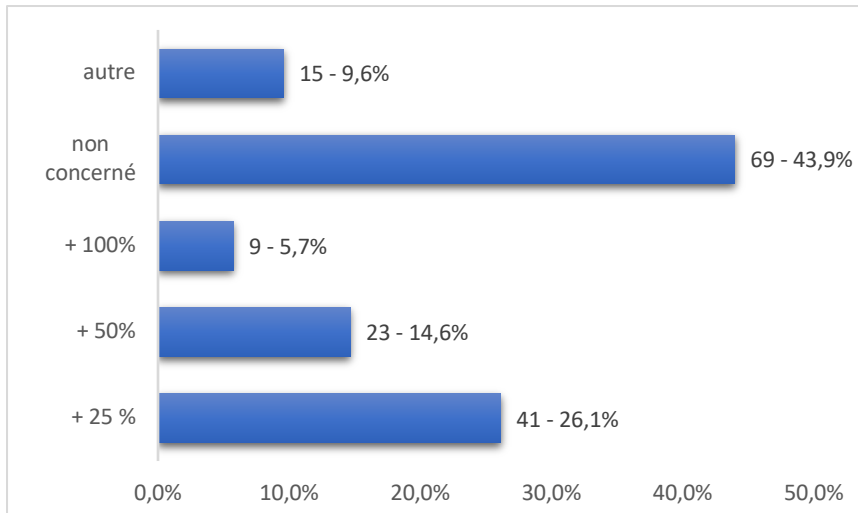


Figure 8: Répartition du taux d'augmentation de la part de pratique clinique en nombre de réponses et pourcentages (N=157)

La part de pratique clinique de l'activité des médecins coordonnateurs a augmenté au cours des cinq dernières années pour 46,4% des répondants notamment à un taux de 25% pour 26,1% des répondants (figure 8).

DISCUSSION

I. Résultats principaux

Population d'étude

Notre échantillon comprenait une part féminine plus importante et plus jeune que la population de référence des médecins en France (16). Il y avait également une prédominance de la spécialité médecine générale.

Perception des médecins coordonnateurs d'HAD sur leur relation avec les médecins traitants

L'objectif principal de cette étude était de décrire la perception des médecins coordonnateurs d'HAD sur leur relation avec les médecins traitants. Pour cela, nous avons voulu évaluer leur perception sur l'intégration de leur service HAD aux équipes libérales, leur niveau de difficulté à trouver leur place dans cette collaboration, leur niveau de satisfaction concernant leur prise en charge HAD et enfin leur perception sur l'investissement du médecin traitant lors des prises en charge HAD.

Les médecins coordonnateurs de cette étude évaluent l'intégration de leurs services HAD auprès des équipes libérales comme « modérément intégrés ». Concernant la difficulté à trouver leur place dans la collaboration avec le médecin traitant, la réponse moyenne est plutôt neutre. La satisfaction de leur prise en charge est perçue comme « légèrement satisfaisante ». Parmi les répondants, 40% estiment que les médecins traitants parviennent à s'investir de manière occasionnelle dans la prise en charge de leurs patients en HAD. Une part non négligeable, 22,9%, estime que cela se produit rarement.

Nos analyses de corrélation significatives mettent en évidence des liens intéressants entre ces différentes variables. En effet, la corrélation positive entre l'intégration des équipes du service HAD et l'estimation de l'investissement du médecin traitant dans ces prises en charge pourrait suggérer que les médecins traitants sont plus enclins à s'engager dans la prise en charge HAD de leurs patients lorsque l'intégration entre les équipes est élevée. De même, la corrélation négative entre l'intégration des équipes HAD et la difficulté dans la relation avec les médecins traitants pourrait indiquer qu'une meilleure intégration faciliterait l'identification des rôles de chacun. La satisfaction des médecins coordonnateurs en ce qui concerne leurs prises en charge serait liée à ces deux perceptions.

Ainsi ces résultats démontrent que ces variables sont intriquées, sur quels leviers pouvons-nous agir ?

Analyse de la collaboration entre médecin coordonnateur d'HAD et médecin généraliste à travers les freins à l'HAD

La dernière question du questionnaire portait sur les freins à l'investissement des médecins généralistes aux prises en charge d'HAD. Il s'agissait de freins issus de la littérature du point de vue des médecins généralistes (7–14). Dans notre étude, les médecins coordonnateurs ont identifié de manière prépondérante les prises en charge chronophages puis le doublon médical et enfin dans des proportions quasi équivalentes le manque de communication, le manque de connaissances techniques et le manque d'information initiale sur l'HAD.

Nous allons analyser chaque frein en regard des résultats que nous avons obtenus dans notre étude.

Concernant le frein portant sur le manque d'information initiale de l'HAD, les résultats sont cohérents avec le rapport de la cour des comptes qui observait déjà en 2013 que seuls 30 % des demandes d'HAD sont réalisées par les médecins généralistes (6). Notre étude confirme ce taux avec une prédominance des réponses.

Bien que ce taux soit faible, pour 63,7% des répondants, les demandes correspondent aux indications de l'HAD. Nous pouvons alors présumer que pour les 70% restant non prescripteurs il pourrait exister une méconnaissance des indications voire du fonctionnement de l'HAD (17). Le rapport de la DRESS sur les établissements de santé de 2022 (18) a décrit les trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2020, 44% des patients provenaient de leur domicile, tandis que plus de la moitié d'un établissement de santé. La faible prescription par les médecins généralistes pourrait en partie expliquer ces chiffres. Par ailleurs il pourrait aussi exister une ignorance par certains médecins de la possibilité de pouvoir prescrire une HAD directement du milieu ambulatoire (19).

La HAS a mis à disposition en 2017 un outil, « ADOP-HAD » disponible en ligne, d'aide à la décision d'orientation des patients en HAD (20). Depuis 2018, il existe également une application mobile sans connexion internet requise. Son objectif est d'identifier les patients potentiellement éligibles. Il serait intéressant d'interroger les médecins généralistes sur la connaissance de cet outil et d'évaluer son usage.

Un autre point à améliorer serait la simplification des demandes HAD comme le souligne la thèse d'I. Leung (19). En effet, cela ajoute une charge administrative. Dans notre étude, la majorité des demandes HAD se font par des documents spécifiques du service et par le site « via trajectoire », une plateforme nationale. Nous n'avons pas spécifiquement évalué par quels moyens les médecins généralistes faisaient leur demande HAD.

Le Tableau IV de nos résultats permet une analyse de la collaboration entre médecins coordonnateurs et médecins généralistes lors d'une prise en charge HAD sur le plan de la communication. En effet, le manque de communication est un frein à la qualité des collaborations.

La visite à domicile d'inclusion permet l'élaboration d'un projet thérapeutique commun cependant dans la moitié des cas il n'y a pas de visite à domicile d'inclusion systématique avec les médecins généraliste. Dans seulement 33,3% des cas, une VD d'inclusion commune sera organisée selon le motif d'hospitalisation.

Dans moins de 30% des cas, les RCP (Réunion de Concertation Pluridisciplinaire) sont communes avec le médecin traitant. Pour 88,5% des répondants, il n'y a pas de visite à domicile commune de sortie avec le médecin traitant et un point téléphonique est réalisé pour seulement 28,7%. Ce qui pourrait expliquer ces faibles taux concernant les sorties est l'obligation depuis 2017 d'établir des courriers de sortie afin d'assurer la continuité des soins (21).

Nous nous sommes alors demandés si l'organisation de RCP, de visite à domicile d'inclusion et l'utilisation d'un logiciel commun avec le médecin traitant permettraient d'améliorer la perception des médecins coordonnateurs sur cette collaboration (Tableau V).

Concernant la réalisation de RCP commune, les résultats sont significatifs mais avec une faible corrélation positive pour deux variables, l'intégration du service HAD aux équipes libérales et l'investissement du médecin traitant aux prises en charge HAD. Ainsi, la RCP améliorerait ces deux points. Elle a une approche collaborative entre les différents professionnels de santé, d'optimisation et de sécurisation du soin. La thèse de C. David suggérait d'inclure les équipes libérales aux réunions de synthèse par exemple (22).

Les autres coefficients de corrélation concernant les autres variables étaient faibles et sans significativité statistique.

Dans notre étude, la question relative à la part de décision médicale du médecin coordonnateur par rapport au médecin traitant lors des prises en charge HAD nous permet d'analyser les freins « doublon médical » et « manque de connaissances techniques ».

Cette part de décision médicale par rapport au médecin traitant peut être variable selon les motifs d'inclusion et pourrait compenser le manque de connaissance technique de certains médecins généralistes dans des domaines spécifiques. Dans notre étude, une forte proportion des médecins coordonnateurs d'HAD ont réalisé des formations complémentaires notamment dans des domaines tels que les soins palliatifs, la gériatrie-gérontologie et la gestion de la douleur. Ces formations leur apportent une expertise supplémentaire aux besoins spécifiques des patients pris en charge en HAD. A noter qu'en 2020, les soins palliatifs ont concerné 30% des patients admis en HAD, tandis que les personnes âgées de plus de 80 ans ont constitué 39% de la population hospitalisée en HAD (23). Bien que les pansements et les soins complexes soient parmi les deux principaux motifs de recours à l'HAD, peu de médecins coordonnateurs de cette étude ont déclaré avoir suivi cette formation. Ceci est probablement dû au fait que les IDE des équipes HAD suivent cette formation et apportent leur expertise dans ce domaine.

Nous avons également évalué si la perception du médecin coordonnateur dans cette collaboration était corrélée à cette part de décision médicale. Une corrélation significative a été mise en évidence concernant l'estimation de l'investissement du médecin traitant. En effet, plus le médecin traitant s'investit plus la part de décision médicale du médecin coordonnateur diminue. D'après l'analyse théorique des relations interprofessionnelles de la thèse de D. D'amour (24), et en particulier dans le milieu de la santé, l'équipe interprofessionnelle était décrite comme un groupe de professionnels qui accomplit des tâches définies en fonction de l'apport individuel des membres. Il s'agit d'une synthèse de leur savoir et expérience avec une approche centrée sur le patient. Ce mode de collaboration induit une diminution de l'autonomie professionnelle car les décisions sont négociées. Il s'agirait de la forme la plus adaptée aux situations complexes. Les prises en charge simples quant à elles suivent un protocole standardisé. Bien que notre corrélation indique une diminution de l'investissement des

médecins généralistes lorsque la part de décision médicale du médecin coordonnateur augmente, on pourrait espérer, d'après cette définition, que « le doublon médical » ne serait alors pas délétère à la collaboration mais au contraire serait un gage de qualité et de sécurité des soins du fait de l'apport des connaissances et de l'expertise de chacun.

Un frein récurrent sont les prises en charge chronophages. En effet, selon la pathologie voire la polyopathie du patient, les prises en charge peuvent être complexes et impliquer un suivi très rapproché. Si nous prenons l'exemple des soins palliatifs (SP), ce sont des patients atteints de maladies avancées, nécessitant des soins multidimensionnels c'est-à-dire à la fois sur le plan physique, psychologique et social. Les décisions médicales peuvent être complexes. Dans notre étude, 33,1% des répondants avaient un taux de patients en SP compris entre 30 et 40 % et 21,7% avaient un taux supérieur à 50%.

Le patient étant hospitalisé à domicile, cela nécessite également des visites à domicile (VD) par le médecin généraliste. La durée moyenne d'une visite à domicile serait de 48,7 min d'après une étude de l'URPS d'Île de France (février 2017) (25). En fonction des motifs d'HAD, le rythme des visites peut être plus fréquent et certaines peuvent être urgentes ce qui peut être plus difficile à gérer en parallèle des consultations au cabinet. Cette même étude analysait également la perception des médecins généralistes sur la VD. Ainsi, pour plus de la moitié des 1201 médecins généralistes interrogés, la VD est perçue comme une contrainte et peu rentable. Ce manque de rentabilité est un frein également retrouvé pour l'HAD. Parmi les cotations actuelles, il n'existe pas de cotation spécifique à une VD en lien avec l'HAD. La cotation « MH » s'applique une seule fois dans le mois d'une sortie d'hospitalisation conventionnelle et cela uniquement dans le cadre d'une chirurgie, d'un diagnostic d'une pathologie chronique grave ou suite à la décompensation d'une pathologie chronique pré existante. La cotation « VL » est applicable aux VD des patients en ALD et âgés de plus de 80 ans dans la limite de 4 fois par an. Ces deux cotations sont alors limitées par leur nombre annuel et à une catégorie de patient, donc difficilement applicables pour les VD en rapport avec une HAD. Concernant la VD pour une situation d'urgence elle peut être majorée par la cotation « MU ». La cotation « VSP » est employable dans le cadre de patient en soins palliatifs (sans critères d'âge ou de limite annuelle du nombre) mais ne concernerait qu'alors un seul motif d'HAD (26). La création d'une cotation pour les VD en rapport avec une HAD pourrait être plus incitatif et valoriser le temps dédié. Le manque de commodité lors des VD est également un frein relevé dans la thèse de A. Colin du fait de la perte du milieu habituel d'exercice, l'absence de dossier informatisé ou encore l'inconfort de l'installation (absence de table d'examen) (27). En HAD, le médecin traitant a à sa disposition un dossier papier au lit du patient contenant tous les éléments de la prise en charge médicale.

La discordance réside dans la problématique actuelle, de moins en moins de médecins généralistes font des visites à domicile, alors que l'HAD en exige.

Qu'en est-il de la VD par les médecins coordonnateurs ? Concernant la VD d'inclusion systématique, la majorité ont répondu que cela dépendait du motif d'hospitalisation. En ce qui concerne les VD de suivi par les médecins coordonnateurs, moins de 10 % ont déclaré ne pas en effectuer et près de la moitié selon si le motif le nécessite.

En pratique, les patients en HAD bénéficient de passage régulier des équipes paramédicales, dont la fréquence est adaptée au protocole de soins. Ces équipes sont directement en contact avec le médecin traitant et/ou le médecin coordonnateur via un système de traçabilité des soins ou par communication téléphonique ceci permettant d'assurer la continuité des soins et la sécurité du patient. Ainsi, la fréquence du passage du médecin coordonnateur et/ou du médecin généraliste peut être variable et ajustée à l'évolution du patient. Nous pouvons également nous interroger sur le rôle de la télémédecine pour faciliter les échanges et le suivi du patient. Par exemple, il pourrait être mis en place des téléconsultations pour le suivi, avec la présence d'un professionnel paramédical auprès du patient avec l'équipement adéquat et l'usage d'outil comme le stéthoscope connecté. L'e-santé fait partie des axes de développement de la feuille de route de l'HAD 2021-2026 (3).

L'évolution du rôle du médecin coordonnateur d'HAD face aux défis de la démographie médicale

Nos résultats nous permettent de mettre plus en lumière le rôle du médecin coordonnateur d'HAD. En effet, il n'est pas uniquement coordonnateur. Comme expliqué en sus, il pratique des VD, participe aux transmissions et donc peut être sollicité sur son regard clinique et son expertise quant à une situation. Nos résultats décrivent que la distribution des parts de coordination et de pratique clinique est de 70% pour l'une et 30% pour l'autre pour la majorité des médecins coordonnateurs ayant répondu à ce questionnaire. Par ailleurs, la part clinique au cours des cinq dernières années aurait eu tendance à augmenter pour près de la moitié des répondants.

Nous pourrions mettre ces résultats en parallèle avec la problématique de démographie médicale actuelle. En effet, dans notre étude, le taux de patients admis en HAD sans médecin traitant serait supérieur à 30% pour 12,1% des médecins coordonnateurs d'HAD interrogés. Pour rappel, l'admission en HAD nécessite l'approbation du médecin traitant du patient. De plus, pour 66,2% des répondants, les demandes d'HAD qui ne correspondent pas aux indications seraient liées à des problématiques d'accès aux soins du territoire.

Le rapport du Sénat du 29 mars 2022 constate que 11% des Français de 17 ans et plus n'ont pas de médecin traitant, ce taux aurait augmenté de 1% en deux ans, et 30% de la population vivrait dans un désert médical (28). A noter que ce ne sont plus que les milieux ruraux qui sont atteints mais également les zones urbaines et péri-urbaines ainsi que les DOM.

Selon le rapport de la DREES de décembre 2023 (29), l'HAD connaîtrait une croissance régulière de ses capacités d'accueil accélérée par la crise sanitaire en 2020 avec une majoration de 10,5% puis en 2021 une progression de 6,8% et une stabilisation en 2022 avec une augmentation de 1,6%. En parallèle, le nombre de lits d'hospitalisation complète décroît. De 2009 à 2022, il y a eu une baisse de 9,4% et une augmentation progressive des places en hospitalisation partielle avec une évolution entre 2021 et 2022 de 3,1% marquant ainsi un virage vers l'ambulatoire. Ceci pourrait être également lié à des problématiques de recrutement de personnel.

Par ailleurs la répartition de l'offre de soins en HAD est inégale, la densité moyenne des capacités nationale est de 32 pour 100 000 habitants. Dans les DROM tels que la Guadeloupe et la Guyane, les densités sont trois à quatre fois supérieures à la densité nationale. L'HAD

compenserait la baisse de lit et le manque de professionnels de santé. Cependant les limites de l’HAD ne sont pas liées à l’hébergement mais aux ressources en personnel soignants et coordonnateurs. Dans notre étude, près de 30% des répondants ont une file active quotidienne supérieure à 50 patients.

Les cartes ci-après illustrent ces propos. On observe une répartition inégale des ressources médicales et des capacités de prise en charge en HAD en France, avec des concentrations plus importantes dans certaines régions, telles que le Sud pour les médecins généralistes tandis que pour l’HAD plutôt en région parisienne, dans les régions de l’Ouest et les DROM.

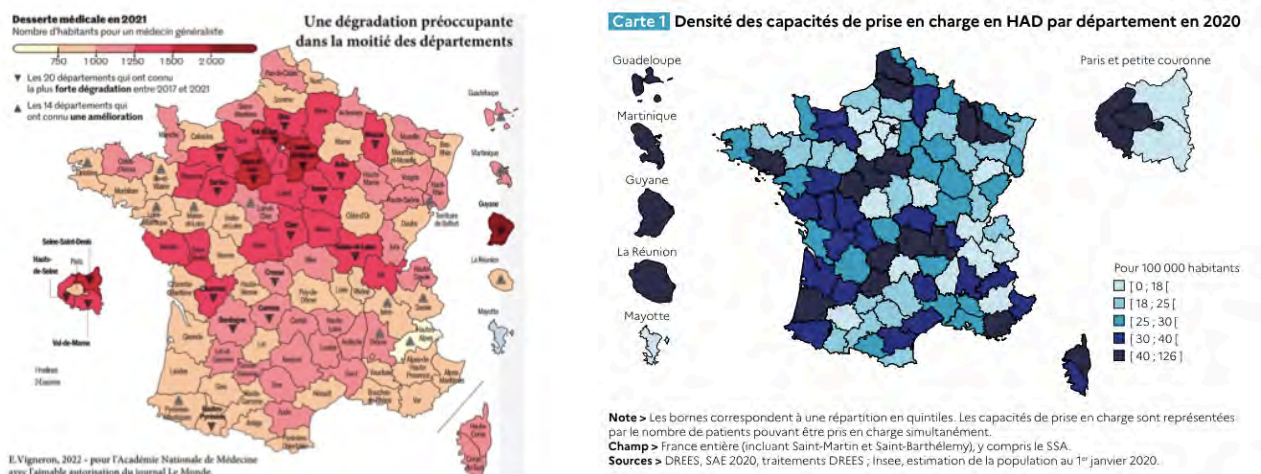


Figure 9 : Cartes des densités des médecins généralistes par département en France en 2021 et des capacités de prise en charge en HAD par département en France en 2020 (29,30)

Par suite du décret n°2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l’activité d’hospitalisation à domicile (31), un changement majeur concernant le rôle du médecin coordonnateur d’HAD met en exergue l’évolution de son rôle et de ses responsabilités. En effet, la dénomination du médecin coordonnateur a été modifiée par médecin praticien d’HAD, retirant ainsi la dimension « coordination » et donnant plus de souplesse entre les deux parts, coordination et pratique clinique. Son rôle auprès du patient est alors renforcé, en cas d’indisponibilité du médecin traitant ou du médecin désigné par le patient, le médecin praticien d’HAD peut intervenir y compris en matière de prescription.

Au total, l’évolution du rôle du médecin praticien d’HAD s’accorde avec l’évolution actuelle de notre système de santé. C’est-à-dire, une démographie médicale en diminution associée à un tournant vers l’ambulatoire.

II. Perspectives

Cette étude, basée sur la perception des médecins praticiens en HAD quant à leur collaboration avec les médecins généralistes, met en lumière la nécessité de promouvoir l'intégration de l'HAD dans le milieu ambulatoire compte tenu de l'évolution de notre système de santé. Nous avons démontré qu'une bonne intégration permettait d'avoir une meilleure identification des rôles de chacun et cela pourrait être favorisé par des moments de rencontre, telle que les RCP. Dans cette optique, nous pouvons envisager des perspectives visant à renforcer l'intégration de l'HAD dans le milieu ambulatoire, et par conséquent, à favoriser la collaboration entre les professionnels de santé.

Parmi ces perspectives, la formation des médecins à l'HAD pourrait être une piste. La thèse de A. Cazaban concluait à un besoin de formation exprimé par les internes d'Occitanie dans les domaines de la coordination des soins (32). L'ARS d'Île de France propose par exemple un stage de trois jours aux internes afin de mieux appréhender le rôle du médecin traitant, de comprendre le rôle de praticien d'HAD ainsi que les indications de l'HAD. Ce stage permettrait de renforcer la culture de la prise en charge et du maintien au domicile de patients en situation complexe (33). Une autre formation possible est le DIU HAD et maintien à domicile qui s'adresse à tous les professionnels intervenant à domicile.

Au-delà de la formation, l'expérience joue également un rôle important, que ce soit sur le plan médical mais aussi dans les échanges interprofessionnels. Aller à la rencontre de chaque acteur afin de se connaître mais également de créer un lien de confiance pourrait améliorer aussi cette collaboration. Les jeunes générations de médecins se tournent de plus en plus vers une pratique en groupe et pluriprofessionnelle. L'académie de médecine rapporte que 69% des médecins libéraux exercent en groupe en 2023, chiffre en constante augmentation (30). Cela reflète une volonté croissante de travailler en équipe. Les Maisons de santé en sont un exemple éloquent. Lorsqu'elles bénéficient de financements, elles sont tenues de respecter un cahier des charges qui impose une prise en charge globale et coordonnée des patients, notamment par le biais de RCP, de protocoles de prise en charge et l'établissement de partenariats avec les divers acteurs de santé local. Ainsi, l'établissement de partenariats avec les services d'HAD du territoire pourrait se révéler intéressant (34).

Dans un contexte où la transition vers les soins ambulatoires prend de l'ampleur, une tendance parallèle vers la digitalisation se dessine également dans le domaine de la santé. Le Ségur Usage Numérique en Établissement de Santé (SUN-ES) (35), lancé en 2020, vise à moderniser et à encourager l'adoption des technologies numériques au sein des établissements de santé. Parmi les initiatives de ce programme, on trouve la promotion de la télémédecine et le développement du Dossier Médical Partagé (DMP). Le DMP, regroupant un large éventail d'informations médicales telles que les antécédents, les résultats d'analyses, les prescriptions et les allergies, a pour dessein de centraliser les données de santé d'un individu pour une prise en charge plus efficiente et sécurisée. La FNEHAD a également mené des travaux sur l'e-santé, en se concentrant particulièrement sur son utilisation dans le domaine de l'HAD mettant en lumière quelques orientations intéressantes pour améliorer la collaboration entre les professionnels de

santé (36). Parmi ces pistes, on note l'utilisation de la téléexpertise entre les médecins praticiens d'HAD et les médecins généralistes pour le suivi et l'adaptation des soins, le développement de messageries instantanées sécurisées ou de portails web favorisant les échanges entre les intervenants. On pourrait s'interroger sur la mutualisation des logiciels métiers afin de favoriser la coordination et la traçabilité entre milieu hospitalier et ambulatoire tout en gardant une vigilance à ne pas multiplier les interfaces.

Bien que ces outils numériques aient leurs limitations, ils sont de plus en plus intégrés dans la pratique médicale et souvent considérés comme des solutions potentielles aux défis contemporains. En somme, l'évolution du paysage sanitaire s'accompagne de nouvelles méthodes et pratiques. Ainsi nous pouvons supposer que le numérique peut être un apport à la collaboration interprofessionnelle et la faciliter.

Il serait également pertinent d'interroger les patients et leurs aidants bénéficiant d'une HAD. À la fin de l'année 2023, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié les résultats d'une étude dans le cadre du développement du programme e-Satis (37), visant à créer un indicateur d'expérience patient en HAD pour évaluer la qualité des soins. Ce questionnaire, mis à disposition des établissements d'HAD, offre la possibilité d'évaluer la qualité des soins en s'adressant aux patients. L'analyse du partenariat entre le patient et le groupe de professionnel de santé pourrait refléter la qualité de la collaboration entre le milieu hospitalier et l'ambulatoire sur leur territoire respectif. En effet, une des questions s'intéresse à évaluer la perception du patient concernant le niveau d'information médicale qu'avaient à disposition les professionnels de santé pour leurs prises en charge. Il y a également des questions portant sur le sentiment de confiance et de sécurité, l'implication du patient dans la planification des soins ainsi que la délivrance d'information sur son état de santé et traitements.

III. Forces et faiblesses

Concernant les faiblesses de cette étude, malgré un petit échantillon nous avons obtenu des résultats significatifs. Les coefficients de corrélation étaient faibles à modérés. Nous pouvons supposer qu'il y a d'autres facteurs pouvant interférer, notamment le facteur humain par l'expérience de chacun, les personnalités et la volonté de travailler ensemble mais aussi par la complexité de certaines prises en charge liées au patient en lui-même, l'être bio-psycho-social et la place de son aidant.

Une autre faiblesse de cette étude est l'utilisation d'un mailing list non à jour et l'intérêt des participants au sujet de cette étude induisant ainsi un biais de recrutement. Il s'agissait également d'un premier travail de thèse, le questionnaire était perfectible.

La force de cette étude est qu'il n'en existe aucune autre interrogeant la perception des médecins coordonnateurs sur leur relation avec les médecins généralistes lors des prises en charge HAD au niveau national.

L'hospitalisation à domicile continue d'augmenter ses capacités d'accueil et s'intègre à l'évolution du système de santé qui s'est mis en place au cours des dernières années. Nous faisons alors réfléchir à comment améliorer la collaboration des différents acteurs qui se rencontrent au lit du patient. Essence même de notre métier.

CONCLUSION

En conclusion, notre étude met en lumière la perception des médecins coordonnateurs d'Hospitalisation À Domicile quant à leur collaboration avec les médecins traitants.

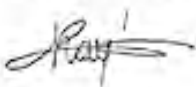
Notre objectif primaire visait à évaluer la perception des médecins coordonnateurs sur divers aspects de cette collaboration, notamment l'intégration des services HAD aux équipes libérales, le niveau de difficulté à trouver sa place au sein de cette collaboration, le niveau de satisfaction lié à la prise en charge HAD et l'investissement des médecins traitants dans ces prises en charge. Les résultats révèlent que les médecins coordonnateurs perçoivent l'intégration de leur service dans les équipes libérales comme étant modérée, avec une appréciation relativement neutre de la difficulté à identifier les rôles de chacun dans leur collaboration avec le médecin traitant du patient. Leur niveau de satisfaction concernant leur prise en charge HAD est qualifié de légèrement satisfaisant. Cependant, une proportion importante estime que les médecins traitants s'investissent rarement dans ces prises en charge.

Les corrélations significatives mises en évidence entre ces différentes variables soulignent l'interconnexion complexe des divers aspects de la collaboration interprofessionnelle en HAD. L'amélioration de l'intégration des équipes HAD est corrélée à un plus grand investissement des médecins traitants et à une meilleure identification des rôles de chacun. La satisfaction des médecins coordonnateurs d'HAD dans leurs prises en charge était influencée également par l'intégration du service HAD au milieu ambulatoire et le niveau de difficulté ressenti à trouver leur place dans la collaboration avec les médecins généralistes.

Ces résultats mettent en évidence des axes d'amélioration potentiels pour renforcer la collaboration interprofessionnelle en HAD et particulièrement via une meilleure intégration des équipes HAD au milieu ambulatoire. La formation sur l'HAD semble indispensable devant sa croissance continue. Les nouvelles générations de médecins se tournent de plus en plus vers le travail en équipe. Le virage ambulatoire et la démographie médicale actuelle nous incitent vers cette démarche. Cependant, une incohérence persiste, la visite à domicile est de moins en moins pratiquée par les médecins généralistes libéraux. L'évolution du rôle du médecin coordonnateur à praticien d'HAD est un marqueur du changement des pratiques. L'indicateur d'expérience patient spécifique à l'HAD permettra d'évaluer la qualité des soins mais aussi la collaboration interprofessionnelle propre au territoire couvert.

Dans ce contexte, l'implication du numérique pourrait jouer un rôle essentiel en tant que facilitateur de la coordination des soins et des échanges interprofessionnels. Cette approche alignée sur les aspirations des nouvelles générations de médecins pourrait également contribuer à adapter les pratiques professionnelles aux évolutions actuelles du système de santé.

Lu et Approuvé
Toulouse le 04/04/2024
Professeur Marie-Eve Rougé Bugot



Toulouse, le 4 avril 2024

Vu, permis d'imprimer,
La Présidente de l'Université Toulouse II - Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation, le Doyen-Directeur du Département de
Médecine Préventive, Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Institutionnels [Internet]. FNEHAD. [cité 12 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/en2016/un-institutionnel/>
2. CIRCULAIRE N°DHOS/O3/2006/5... :9.
3. feuille-de-route-had-2022-05-01.pdf [Internet]. [cité 27 févr 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille-de-route-had-2022-05-01.pdf>
4. 2023.7bis.bos_.pdf [Internet]. [cité 15 févr 2024]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4443/2023.7bis.bos_.pdf
5. atih_chiffres_cles_h_2021.pdf [Internet]. [cité 3 janv 2023]. Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4416/atih_chiffres_cles_h_2021.pdf
6. 20160120-hospitalisation-a-domicile.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/EzPublish/20160120-hospitalisation-a-domicile.pdf>
7. 2015_MalletGeorger_Aurélie. :129.
8. 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 [cité 13 déc 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/142/>
9. 2015TOU31014.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/771/1/2015TOU31014.pdf>
10. Montmartin AF. Les attentes et les freins des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lille ; 1969-2017, France]: Université du droit et de la santé; 2016 [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: https://pepitem-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2016/2016LIL2M281.pdf
11. Berland et Leonetti - 2018 - AIX-MARSEILLE UNIVERSITE.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02088713/document>
12. Crotet et Jehenne - Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00645047/document>
13. Gremillet - 2017 - Difficultés ressenties et opinions des médecins gé.pdf [Internet]. [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01913323/document>
14. Bonnamy - présenté et soutenu publiquement dans le cadre du .pdf [Internet]. [cité 8 mai 2022]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2020_%20BONNAMY_ETIENNE.pdf
15. Boucher - Fin de vie en hospitalisation à domicile acteurs.pdf [Internet]. [cité 23 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00644075/document>
16. Arnault - ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/b6i7b6/cnom_atlas_demographie_2023.pdf
17. 2022ULILM358.pdf.
18. ES2022.pdf [Internet]. [cité 28 août 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/ES2022.pdf>
19. Leung et al. - 2016 - Participation des médecins généralistes dans les p.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://evenementiels.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/241/files/2021/03/leung-2016.pdf>
20. HAS - Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD [Internet]. [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://adophad.has-sante.fr/>
21. Lettre de liaison de sortie [Internet]. [cité 28 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/lettre-liaison-sortie-soins-apres->

hopitalisation

22. 2022ULILM358.pdf.
23. atih_chiffres_cle_s_had_2020.pdf [Internet]. [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/atih_chiffres_cle_s_had_2020.pdf
24. NQ32608.pdf [Internet]. [cité 15 mars 2024]. Disponible sur: https://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD_0003/NQ32608.pdf
25. 20170921_URPS-IDF__visites_a_domicile.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/09/20170921_URPS-IDF__visites_a_domicile.pdf
26. Am - En Garde Actes régulés via appel du Centre 15.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: <https://nomenclature-medecin-generaliste.fr/grille-nomenclature-MG.pdf>
27. Colin - État des lieux de la visite à domicile par les méd.pdf [Internet]. [cité 21 févr 2024]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02505145/document>
28. Sénat [Internet]. 2023 [cité 25 févr 2024]. Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r21-589/r21-589.html>
29. ER1289.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-12/ER1289.pdf>
30. Rapport-Deserts-medicaux-2023-04-21.pdf [Internet]. [cité 28 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2023/04/Rapport-Deserts-medicaux-2023-04-21.pdf>
31. Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile. 2022-102 janv 31, 2022.
32. Cazaban - 2022 - POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉC.pdf.
33. download.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/media/1266/download?inline>
34. Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf [Internet]. [cité 29 mars 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Circulaire_du_27_juillet_2010_relative_au_lancement_plan_d_equipement_en_maisons_de_sante_en_milieu_rural.pdf
35. DGOS_Michel.C, DGOS_Michel.C. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 [cité 5 mars 2024]. Ségur Usage Numérique en Établissements de Santé. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/segur-de-la-sante/sun-es>
36. FNEHAD-SFSD_LivreBlanc_e-sante_2020-VERSION-DEF-21102020.pdf [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2020/10/FNEHAD-SFSD_LivreBlanc_e-sante_2020-VERSION-DEF-21102020.pdf
37. 2023 - Développement d'un indicateur d'expérience patient.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-11/iqss_2023_e-satis_had_rapport_developpement_2023.pdf

Annexe 1 – Questionnaire

Questionnaire Google Forms

Questionnaire

Bonjour,

Je suis Daniella Rivierre interne de médecine générale. Pour ma thèse j'ai choisi comme thématique l'hospitalisation à domicile et plus précisément l'étude de la relation médecin coordonnateur d'HAD et médecin généraliste. Ce travail de recherche est dirigé par le Dr L. Marquot responsable de l'HAD sud Lot en codirection avec le Pr Y. Abitteboul du CH de Cahors.

Ce questionnaire anonyme est adressé aux médecins coordonnateurs d'HAD sur l'ensemble de la France, c'est un questionnaire court de quelques minutes.

Je vous remercie pour votre participation et votre temps.

Daniella Rivierre

** Indique une question obligatoire.*

Caractéristiques du médecin coordonnateur et fonctionnement du service HAD

1. De quel sexe êtes-vous ? *

Une seule réponse possible.

Masculin

Féminin

Ne souhaite pas répondre

2. Quel est votre âge ? *

3. Quelle est votre spécialité ? *

Une seule réponse possible.

- Médecin généraliste
- Anesthésiste - réanimateur
- Gériatre
- MPR
- Oncologue
- Urgentiste
- Pédiatre
- Autre : _____

4. En quelle année avez-vous soutenu votre thèse ? *

5. Avez-vous un DU / DIU ? Si oui, lequel ou lesquels ? *

si sélection réponse "autre" merci d'indiquer le nom du DU ou DIU

Plusieurs réponses possibles.

- Aucun
- DU ou DIU de soins palliatifs et d'accompagnement
- DU ou DIU de gériatrie-gérontologie
- DU d'oncologie
- DU de plaies et cicatrisation
- DIU d'HAD et de coordination des interventions à domicile
- Autre : _____

6. Vous êtes médecin coordonnateur d'HAD depuis : *

7. Votre activité de médecin coordonnateur est : *

Une seule réponse possible.

- 1 Equivalent Temps Plein
- Temps partiel < 50 %
- Temps partiel > 50%

8. Le service d'HAD dans lequel vous exercez est : *

Une seule réponse possible.

- une structure privée lucrative
- une structure privée non lucrative
- un établissement public

9. Le territoire couvert par votre service d'HAD est un territoire : *

Plusieurs réponses possibles.

- Urbain
- Semi rural
- Rural

10. Dans votre service HAD, quelle est la file active quotidienne de patient pris en charge par médecin ? *

Une seule réponse possible.

- inférieur à 20
- entre 20 et 30
- entre 30 et 40
- entre 40 et 50
- supérieur à 50

11. Quel est le pourcentage de patient en soins palliatifs au sein de votre service HAD ? *

Une seule réponse possible.

- inférieur à 15 %
- entre 15 et 30 %
- entre 30 et 40 %
- entre 40 et 50 %
- supérieur à 50 %

12. Quelle(s) équipe(s) d'IDE mettez-vous en place pour la prise en charge du patient ? *

Une seule réponse possible.

- équipe HAD uniquement
- IDE libéraux uniquement
- HAD et IDE libéraux

Perception du rôle de médecin coordonnateur

13. Comment se répartissent les parts de pratique clinique et de coordination de votre pratique professionnelle ?

NB : L'ensemble des valeurs doit correspondre à un total de 100%

Une seule réponse possible par ligne.

	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %
pratique clinique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
coordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. La part de pratique clinique de votre activité a-t-elle augmenté au cours des 5 dernières années ?

Une seule réponse possible.

non concerné

+25 %

+ 50%

+ 100%

Autre : _____

15. Êtes-vous satisfait de vos prises en charge en tant que médecin coordonnateur ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6

Très Très satisfait

16. Considérez-vous que votre service d'HAD est bien intégré auprès des équipes libérales de votre territoire ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6

Pas Très bien intégré

17. Vous sentez-vous en difficulté à trouver votre place dans la relation médecin coordonnateur d'HAD et médecin traitant ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6

Pas Tout à fait d'accord

Relation avec le médecin traitant

À l'entrée du patient

18. Parmi les demandes d'HAD que vous recevez, quel est le pourcentage de demandes faites par les médecins généralistes ? *

Une seule réponse possible.

- inférieur à 30%
 entre 30 % et 50 %
 entre 50 % et 70 %
 supérieur à 70 %

19. Quel est le pourcentage de patient sans médecin traitant admis dans votre service d'HAD sur une année ? **

Une seule réponse possible.

- inférieur à 5%
 entre 5 et 15 %
 entre 15 et 30 %
 supérieur à 30 %

20. Par quel moyen vous sont adressées les demandes d'HAD ? *

Plusieurs réponses possibles.

- le site Via Trajectoire
 via documents spécifiques du service
 sur simple appel téléphonique tracé
 e-mail
 autre

21. Les demandes par les médecins généralistes correspondent-elles aux indications d'HAD ?

Une seule réponse possible.

- Dans moins de 30% des cas
 Dans 30 à 50% des cas
 Dans 50 à 70% des cas
 Dans plus de 70% des cas

22. Selon vous, les demandes qui ne correspondent pas aux indications sont-elles liées à des difficultés d'accès aux soins rencontrées sur le territoire ?

Une seule réponse possible.

- oui
 non *Passer à la question 24*

23. Selon vous y a-t-il à une méconnaissance des indications d'HAD par les médecins généralistes ?

Une seule réponse possible.

- oui
 non

Relation avec le médecin traitant

À l'entrée du patient

24. Organisez-vous une visite d'inclusion à domicile systématique ? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non par manque de temps *Passer à la question 26*
 selon motifs d'hospitalisation

Relation avec le médecin traitant

À l'entrée du patient

25. Avec le médecin traitant s'il est disponible ? *

Une seule réponse possible.

- oui
- non
- selon motifs d'hospitalisation

Passer à la question 26

Relation avec le médecin traitant

Au cours de la prise en charge du patient

26. Faites vous des visites à domicile de suivi ? *

Une seule réponse possible.

- Oui *Passer à la question 27*
- Non *Passer à la question 27*
- selon les motifs d'hospitalisation *Passer à la question 27*

Relation avec le médecin traitant

Au cours de la prise en charge du patient

27. Quel est le moyen de communication que vous utilisez le plus avec le médecin traitant ? *

Une seule réponse possible.

- Appel téléphonique
- e-mail
- SMS
- Application de logiciel avec messagerie sécurisée

28. Utilisez-vous un logiciel commun avec le médecin traitant pour le partage du dossier du patient ? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

29. Selon vous, quel est le professionnel de santé qui échange le plus avec le médecin traitant ? *

Une seule réponse possible.

- Infirmière coordinatrice HAD
 Médecin coordonnateur HAD
 IDE HAD
 IDE libéraux

30. Organisez-vous des RCP avec le médecin traitant du patient ? *

Une seule réponse possible.

- oui
 non

31. Selon vous, en pratique, dans une prise en charge de patient en HAD, quelle est votre part de décision médicale par rapport au médecin traitant ? *

Une seule réponse possible.

- moins de 30%
 entre 30 et 50 %
 entre 50 et 70 %
 plus de 70%

32. Est-ce que cette part de décision médicale est variable selon le motif d'hospitalisation ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

Relation avec le médecin traitant

À la sortie du patient

33. Faites-vous un point téléphonique avec le médecin traitant avant la sortie du patient ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Parfois

34. Effectuez-vous une visite de sortie commune avec le médecin traitant ? *

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Parfois

35. Estimez-vous que le médecin traitant parvient à s'investir dans la prise en charge * de son patient lorsqu'il est pris en HAD ?

Une seule réponse possible.

- Toujours *Passer à la section 11 (Fin du questionnaire).*
- Le plus souvent *Passer à la section 11 (Fin du questionnaire).*
- Parfois *Passer à la question 36.*
- Rarement *Passer à la question 36.*
- Jamais *Passer à la question 36.*

Relation avec le médecin traitant

A la sortie du patient

36. Selon vous, cela est dû : *

Plusieurs réponses possibles.

- par manque de communication
- par manque d'information initiale sur THAD
- a des prises en charge chronophage
- au doublon médical
- par manque de connaissances techniques

Fin du questionnaire

Merci pour votre participation.

Daniella RIVIERRE

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms

Annexe 2 – Échelles de Likert

Échelle de Likert évaluant : « Êtes-vous satisfait de vos prises en charge en tant que médecin coordonnateur ? (Question 15)

- 1 : Très insatisfait
- 2 : Insatisfait
- 3 : Légèrement insatisfait
- 4 : Légèrement satisfait
- 5 : Satisfait
- 6 : Très satisfait

Échelle de Likert évaluant : « Considérez-vous que votre service d'HAD est bien intégré auprès des équipes libérales de votre territoire ? » (Question 16)

- 1 : Pas du tout intégré
- 2 : Peu intégré
- 3 : Légèrement intégré
- 4 : Modérément intégré
- 5 : Très intégré
- 6 : Très bien intégré

Échelle de Likert évaluant : « Vous sentez-vous en difficulté à trouver votre place dans la relation médecin coordonnateur d'HAD et médecin traitant ? » (Question 17)

- 1 : Pas du tout d'accord
- 2 : Pas d'accord
- 3 : Un point de désaccord
- 4 : Un peu d'accord
- 5 : D'accord
- 6 : Tout à fait d'accord

Annexe 3 – Analyse qualitative question 3

« Quelle est votre spécialité ? », analyse qualitative de l’item « autre ».

Autre spécialité	Fréquence
Soins palliatifs	4
Médecin praticien d’HAD	2
Biologiste	1
Gastro-Entérologue	1
Médecin militaire	1
Santé publique	1
Médecin DIM	1
Multi - spécialité	2
Interniste	2
Médecin vasculaire	1
Médecine polyvalente	1

A noter que médecin praticien d’HAD, soins palliatifs, médecin militaire, DIM et médecine polyvalente ne sont pas des spécialités.

Annexe 4 - Analyse qualitative question 5

« Avez-vous un DU/DIU ? Si oui, lequel ou lesquels ? », analyse qualitative de l'item « autre ».

Autre formation complémentaire	Fréquence
DIU Alzheimer et maladies appariées	3
DU de médecine polyvalente hospitalière	1
DU Antibiothérapie et chimiothérapie	1
DU homéopathie	1
Douleur	17
Gynécologie et obstétrique	6
Échographie	3
Médecine du sport	4
Éthique de la santé	6
Nutrition	11
Pédiatrie, santé de l'enfant	7
Hypnose thérapeutique	3
Podologie	1
Sciences neuropsychologiques	1
Urodynamique	2
DU médecine légale	1
Gériatrie (cardio/neuro/psycho/onco-gériatrie ; capacité)	7
Urgences	10
Médecine de catastrophe	2
DU hépatite	1
Éducation thérapeutique	1
DIU soins de support en oncologie	1
Transfusion sanguine	2
DU réanimation polyvalente	1
Rhumatologie	1
Information médicale	2
Maladies auto-immunes et auto-inflammatoire	1
Mésothérapie	1
Infectiologie et médecine tropicale	10
DESC soins palliatifs	5
Hémodynamie	1
Neurologie	1
Médecine esthétique	2
Médecine interne	1
Hématologie	1
DIU médecine de rééducation	1
Formation en cours	5

Annexe 5 - Analyse qualitative question 14

« La part de pratique clinique de votre activité a-t-elle augmenté au cours des 5 dernières années ? », analyse qualitative de l'item « autre ».

Autre	Fréquence
Diminution de la part clinique	5
Augmentation de la part clinique	6
Non évalué	4

SERMENT D'HIPPOCRATE

Revu par l'Ordre des médecins en 2012

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Daniella Rivierre

Perception des médecins coordonnateurs d'HAD sur leur relation avec les médecins généralistes lors des prises en charge HAD

Directeur de thèse : Dr Laurène Marquot

Co Directeur de thèse : Pr Yves Abitieboul

Faculté de médecine Toulouse Rangueil, soutenue publiquement le 29 avril 2024

Introduction : L'hospitalisation à domicile (HAD) fait partie du tournant vers l'ambulatoire. L'HAD prend en charge des patients présentant plusieurs pathologies, nécessitant ainsi une coordination entre les différents intervenants. Le médecin traitant est le médecin référent du patient y compris lors de ces prises en charge. Les prises en charge HAD nécessite une collaboration entre le milieu hospitalier et ambulatoire, entre médecin coordonnateur et médecin généraliste.

Objectif principal : Définir le point de vue des médecins coordonnateurs d'HAD sur leur relation avec les médecins traitants lors des prises en charge HAD.

Matériel et Méthodes : Étude descriptive, quantitative à l'échelle nationale. Collecte des données du 22 janvier 2024 au 20 février 2024 via envoi d'un questionnaire informatisé aux médecins coordonnateurs d'HAD.

Résultats : 157 questionnaires ont été retournés et analysés. La perception des médecins coordonnateurs concernant la difficulté dans la collaboration avec les médecins généralistes est plutôt neutre, l'intégration de leurs services aux équipes libérales est modérée, l'investissement des médecins généralistes aux prises en charge HAD est perçu d'occasionnelle pour la majorité et enfin la satisfaction concernant leurs prises en charge est légère. Les variables sont corrélées entre elles de manières significatives. Nous avons également obtenu des résultats significatifs concernant la réalisation de RCP qui pourrait améliorer l'intégration du service HAD et l'investissement du médecin généraliste. Le médecin coordonnateur a un rôle principalement de coordination mais la part de pratique clinique aurait tendance à augmenter au cours des 5 dernières années.

Discussion : Cette étude, basée sur la perception des médecins praticiens en HAD met en lumière la nécessité de promouvoir l'intégration de l'HAD dans le milieu ambulatoire, compte tenu de l'évolution de notre système de santé. Nous proposons de promouvoir la formation des médecins à la coordination, de favoriser le travail en équipe porté par les jeunes générations de médecin, de développer l'e-santé notamment dans le domaine de l'HAD et d'évaluer la qualité des soins à travers l'expérience patient.

Conclusion : Notre étude explore la perception des médecins coordonnateurs d'HAD concernant leur collaboration avec les médecins traitants. Les résultats montrent une intégration modérée dans les équipes libérales, une satisfaction légèrement satisfaisante quant à leur prise en charge HAD, mais une estimation d'un investissement rare des médecins traitants. Les corrélations soulignent l'importance d'une meilleure intégration pour favoriser l'investissement des médecins traitants et clarifier les rôles. Des axes d'amélioration incluent la promotion du travail en équipe, la formation sur l'HAD et l'utilisation de l'indicateur d'expérience patient spécifique à l'HAD. En outre, l'implication du numérique pourrait faciliter la coordination des soins.

Perception of Home Care Coordinator Physicians on their relationship with General Practitioners during Home Care Interventions

Introduction: Hospitalization at home (HAH) is part of the shift towards ambulatory care. HAH takes care of patients with multiple pathologies and involves the coordination between the various actors. The GP is the patient's reference physician during HAH care. HAH requires collaboration between hospital and ambulatory settings, as well as collaboration between HAD physician coordinator and GP.

Main outcome: Description of the HAH physician coordinator's viewpoint on their relationship with GP during HAH care.

Material and Methods: A nationwide descriptive, quantitative study was conducted. Data were collected from January 22, 2024, to February 20, 2024, via an electronic questionnaire sent to HAH coordinator physicians.

Results: 157 questionnaires have been returned and analyzed. HAH physician coordinators perceived moderate integration of their HAH department with ambulatory teams and a neutral perception of difficulty in collaborating with GP. The majority perceived GPs' investment in HAH care as occasional. On average, the HAH coordinators were slightly satisfied with their HAH patient's care. Significant correlations were observed among these variables. We also had notable results regarding multidisciplinary team meetings, potentially enhancing HAH department integration and GPs' involvement. Coordinator physicians primarily undertake coordination roles, but there has been an increase in clinical practice over the past five years.

Discussion: This study, through the HAH physician coordinators perception, highlights the importance of collaboration between the HAH physician coordinator and the GP, underscoring the need to promote HAH integration into ambulatory care, given the evolving healthcare landscape. Suggestions include promoting physician training in coordination, fostering team-based approaches among younger physicians, developing e-health in the HAH domain, and evaluating care quality through patient experience.

Conclusion: Our study explores the perceptions of HAH coordinator physicians regarding their collaboration with GPs'. Findings indicate moderate integration into liberal teams, slight satisfaction with their HAH care, and occasional involvement of GP into HAH care. Correlations emphasize the importance of improving integration to enhance GPs' involvement and role clarification. Strategies for improvement include promoting teamwork, HAH-specific training, and utilizing patient experience indicators. Additionally, digital involvement could facilitate care coordination.

Mots-Clés : Médecin coordonnateur d'HAD, HAD, médecin généraliste, collaboration, perception

Key Words: Home Care Physicians Coordinators, General Practitioners, Home Care, collaboration, perception

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France