

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2014

2014 TOU3 1108

THÈSE

**POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE**

Présentée et soutenue publiquement

le 14 octobre 2014

Par

Jonathan VILLETTE

**Évaluation du service rendu aux patients de l'HAD du Centre
Hospitalier de Montauban.**

*Enquête de satisfaction réalisée auprès de tous les patients
de l'unité sur une période d'un an.*

Directeur de Thèse : Docteur Frédéric BRUEL

Membres du jury :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC
Monsieur le Professeur Marc VIDAL
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE
Madame le Docteur Marie-Ève ROUGÉ BUGAT
Monsieur le Docteur Frédéric BRUEL

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. DURAND
		Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
		Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI	Professeur JL. ADER
Professeur LARROUY	Professeur Y. LAZORTHES
Professeur ALBAREDE	Professeur L. LARENG
Professeur CONTÉ	Professeur F. JOFFRE
Professeur MURAT	Professeur J. CORBERAND
Professeur MANELFE	Professeur B. BONEU
Professeur LOUVET	Professeur H. DABERNAT
Professeur SARRAMON	Professeur M. BOCCALON
Professeur CARATERO	Professeur B. MAZIERES
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL	Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur COSTAGLIOLA	Professeur J. SIMON

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophthalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUCHEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. PRADERE B.	Chirurgie générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépatogastro-entérologie

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépatogastro-entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophthalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M	Hépatogastro-entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale
---------------	-------------------

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

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémiol. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophthalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

M. ACCADBLE F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON F.	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÓWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactériologie, Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactériologie, Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	Mme LAPRIE Anne	Cancérologie
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. LEPAGE B.	Biostatistique
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. LOPEZ R.	Anatomie	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme MOREAU M.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. PILLARD F.	Physiologie	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	M. VALLET M.	Physiologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique		
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire		
		M. BISMUTH S.	M.C.U. Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Remerciements

À notre président du jury,

Monsieur le Professeur Stéphane Oustric,
Professeur des Universités,
Médecin Généraliste,

Merci de l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider notre thèse,
Merci de l'intérêt que vous portez à notre travail,
Merci de la qualité de la formation lors de l'internat de médecine générale
dont vous êtes responsable,
Nous tenons à vous témoigner toute notre reconnaissance et notre respect.

À notre jury,

Monsieur le Professeur Marc Vidal,
Professeur Associé de Médecine Générale,
Médecin Généraliste,

Merci d'avoir accepté de siéger au jury de notre thèse,
Merci de vos enseignements et pour les valeurs de la médecine que vous nous
avez transmises au cours de notre internat de médecine générale,
Permettez-nous de vous exprimer notre reconnaissance pour avoir accepté de
juger notre travail.

Monsieur le Professeur Pierre Mesthe,
Professeur associé de Médecine Générale,
Médecin Généraliste,

Merci d'avoir accepté de siéger au jury de notre thèse,
Merci de l'intérêt que vous portez à notre travail,
Permettez-nous, à travers notre travail, de vous témoigner l'assurance de
notre profond respect et de notre reconnaissance.

Madame le Docteur Marie-Ève Rougé Bugat,
Maître de conférence des Universités,
Médecin Généraliste,

Merci d'avoir accepté de juger notre travail,
Merci pour votre dynamisme et la pertinence de vos enseignements,
Soyez assurée de l'expression de notre profonde gratitude et de notre reconnaissance.

À mon directeur de thèse et membre du jury,

Monsieur le Docteur Frédéric Bruel,
Praticien Hospitalier,
Médecin Coordinateur du service d'Hospitalisation à Domicile du
Centre Hospitalier de Montauban

Merci de m'avoir permis de travailler sur ce projet de thèse et d'avoir accepté de diriger ce travail,
Merci pour ta disponibilité, ta patience, ton aide et ta confiance,
Merci aussi pour les enseignements que tu as su m'apporter en stage.
Je suis ravi d'avoir pu travailler à tes côtés et t'adresse par ce témoignage toute ma reconnaissance.

À ma famille,

À mes grands-parents : Opa, je serai fier de m'installer derrière le bureau où je t'ai vu écrire si souvent dans mon enfance ; Mamie, je sais qu'aujourd'hui tu serais fière de moi et que de là où tu es tu me regardes... Vous me manquez tous les deux.

À mes parents : Maman, merci d'avoir toujours été là et d'avoir toujours su croire en moi, même quand je n'y croyais plus moi-même. Venise te tend les bras... Papa, merci pour ton soutien linguistique et pour l'amour que tu as su me donner, sans toi je ne serais pas arrivé là !

À mes frères et ma sœur : Kévin, tu m'as donné la force de poursuivre après ton départ, je t'en remercie. Tu me manques... Marie, tu as été ma petite maman et tu as su m'apporter ton soutien quand j'en avais besoin, merci ! Guillaume, tu es celui qui me ressemble et qui me comprend, je sais aujourd'hui que tu es fier de ton jumeau et je t'en remercie infiniment.

À mes oncles, tantes, cousins et cousines qui se sont toujours préoccupés de mon avancée dans ces études interminables. Une dédicace spéciale à Jean-Marc, mon oncle et confrère, merci pour ton soutien et la transmission de notre Oscar familial.

À Micheline, merci pour l'amour que tu nous portes à tous. J'espère que tu seras là pour me voir prêter serment.

À mes beaux-parents, Véronique et Gilles, et à Hugo. Merci de m'avoir accepté dans votre famille comme si j'en avais toujours fait partie.

À toi Julie, il y a tellement de choses que je voudrais te dire ici... Merci d'avoir été là tout au long de la rédaction de cette thèse. Merci pour ton soutien au quotidien et ta patience, et pardon de t'avoir fait endurer tout ce stress. Merci enfin pour l'amour que tu me portes et pour ta présence à mes côtés. Merci enfin de m'avoir offert cette si grande joie le 14 août 2014...

À Augustine, tu m'as apporté une immense vague de bonheur dès ton premier cri. Merci !

À mes Amis,

À Charlotte, merci pour ton amitié, ton soutien et ta sincérité. Merci aussi de m'avoir choisi pour être le parrain de Romane.

À Joseph, mon plus vieil ami, merci d'être resté le même après toutes ces années.

À Émilie, merci de m'avoir accompagné dans ces aventures à travers le monde.

À Pascal et Aurore, merci de ne pas m'avoir oublié lors de mon départ de Normandie et merci pour vos visites à Toulouse. Vous êtes les amis que l'on aime recevoir et qui sont uniques.

À mon Choupinet et sa Marie-Ange, merci pour ta joie de vivre et pour ces moments de rigolade durant nos études.

À Nathalie, merci d'avoir été là ce soir-là...

À Maxime, merci d'avoir su rendre mon frère heureux et merci pour ton amitié.

À Laetitia et sa famille, merci d'avoir été là et de m'avoir accueilli lors de mon arrivée dans la ville rose.

À Faïza, merci pour ces soirées et week-ends que nous avons passés à l'internat de Montauban, nous, les 2 expatriés...

À Otman, merci de m'avoir fait découvrir les nuits toulousaines.

À Marie, merci pour ton écoute, ton amitié et pour ton soutien dans les moments difficiles, tu es une amie chère et un bon médecin.

À Lucie, merci d'avoir été là lors de ma découverte de ton Aveyron natal.

Au trio du SSR, Delphine, Isabelle et David, avec qui nous avons bien rigolé lors de mon dernier stage d'interne. Merci à vous 3, travailler avec vous a été un réel plaisir.

À Marine, merci pour ton aide lors du DU d'ostéopathie et merci d'avoir accepté de t'associer avec moi.

À Anaëlle, travailler avec toi à l'HAD a été un plaisir, merci.

À Catherine Yarmoff, merci pour votre enseignement du piano et pour ces soirées que nous avons passées à refaire le monde.

À tous ceux que j'ai oubliés et qui ont été là à leur façon. Ne soyez pas vexés si je ne vous ai pas nommés, à tous un grand merci !

Aux médecins que j'ai eu la chance de rencontrer,

Au Docteur Jean Paquis et toute son équipe, merci de m'avoir fait découvrir la psychiatrie et merci pour vos enseignements.

Aux Docteurs Anne Pignon-Marchal et Aline Liaigre, merci pour ces gardes passées à vos côtés. Vous êtes des médecins formidables et des femmes adorables.

Au Docteur Nathalie Vinnemann et à tous les autres médecins des urgences de Rangueil, merci pour vos enseignements et pour m'avoir donné confiance en moi.

Aux Docteurs Motoko Delahaye, Jean-Marie Pialat et Catherine Boudes, merci de m'avoir appris à examiner les tout petits et leurs mamans.

Au Docteurs Philippe Boulanger et Jean-Luc Catoir, merci pour votre confiance et vos enseignements dispensés lors de mon stage chez le praticien.

Au Docteur François Olivier, merci pour ta gentillesse, ta confiance et tes enseignements de la psychothérapie et de la psychiatrie. J'espère pouvoir devenir un médecin aussi humain que toi.

Au Docteur Hélène Pujol et à toute l'équipe de l'HAD de Montauban, merci pour ces 6 mois passés avec vous.

Aux Docteurs Michel Fédou, Pascal Barbazanges, Emilie Braley et à toute l'équipe du SSR, merci pour cette approche de la rééducation.

Aux Docteurs Kristel Sudres, Aurélie Roustan, Nicolas Lebrun, Nadège Barreau et à toute l'équipe du court séjour gériatrique de Montauban, un grand merci.

Aux Docteurs Lacroix et Wenner, à Brigitte, Marie et Christine, merci de m'avoir accueilli dans ce cabinet et de m'avoir permis d'avoir ce projet d'installation. Vous m'avez fait confiance et j'en suis très touché.

Je dédie cette thèse à Kévin et Camille,
sans qui je n'aurais sans doute pas fait médecine

*« La vie est courte, l'art est long, l'occasion fugitive,
l'expérience trompeuse, le jugement difficile »*
Hippocrate - *Aphorismes*

Table des matières

Introduction.....	18
Contexte et Motifs de recherche	20
A. <u>Historique de l'HAD</u> :	20
B. <u>Principe de fonctionnement d'une HAD</u> :	21
C. <u>L'HAD du Centre Hospitalier de Montauban</u> :	22
D. <u>Motifs de recherche</u> :	23
Matériel et méthode	24
A. <u>Méthodologie choisie</u> :	24
1. <u>Le questionnaire</u> :	24
2. <u>Modalités de remplissage du questionnaire</u> :	24
B. <u>Critères d'inclusion des patients</u> :	25
C. <u>Méthode de distribution et de recueil des questionnaires</u> :	25
D. <u>Méthode d'analyse</u> :	26
Résultats.....	27
A. <u>Taux de retour des questionnaires</u> :	27
B. <u>Questions générales</u> :	27
1. <u>Mode de remplissage du questionnaire</u> :	27
2. <u>Comment avez-vous eu connaissance de l'unité d'HAD ?</u>	28
3. <u>Qualité des informations relatives au fonctionnement du service lors de la pré-admission</u> :	28
4. <u>Satisfaction vis à vis du délai entre la demande d'admission et le début de la prise en charge</u> :	29
C. <u>Qualité de l'accueil</u> :	29
1. <u>Le premier contact avec l'équipe de l'HAD ?</u>	29
2. <u>Le rôle de la secrétaire ?</u>	30
D. <u>Qualité des soins et de la prise en charge</u> :	30
1. <u>L'organisation de l'accès 24h/24 aux soins et à l'information ?</u>	30
2. <u>La coordination des différents intervenants ?</u>	31
3. <u>La disponibilité des différents intervenants ?</u>	31
4. <u>Le respect des horaires de passage des intervenants ?</u>	32
5. <u>Le respect de vos habitudes de vie ?</u>	32
6. <u>Le respect de la confidentialité des informations ?</u>	33
7. <u>Le respect de votre dignité et intimité ?</u>	33
8. <u>L'organisation de la participation de votre entourage ?</u>	34
9. <u>La prise en charge de la douleur ?</u>	34
10. <u>Relations avec l'équipe soignante ?</u>	35
11. <u>Relations avec l'équipe médicale ?</u>	35
12. <u>Relations avec les autres intervenants ?</u>	36
13. <u>L'approvisionnement en matériel et en médicaments ?</u>	36
14. <u>De manière générale, les informations qui vous ont été données vous ont-elles paru ?</u>	37
15. <u>Qualité des soins et de la prise en charge en HAD ?</u>	37
E. <u>Organisation de votre sortie</u> :	38
1. <u>Les informations relatives à votre sortie ont-elles été claires ?</u>	38
2. <u>Qu'avez-vous pensé de l'organisation du relais de prise en charge après votre prise en charge en HAD ?</u>	38
F. <u>Synthèse</u> :	39

1. <u>Globalement, comment avez-vous apprécié votre prise en charge ?</u>	39
2. <u>Recommanderiez-vous l'HAD à vos proches ?</u>	39
3. <u>Parmi ces propositions, y-a-t-il, selon vous, des points qui doivent faire l'objet d'une amélioration ?</u>	40
G. <u>Commentaires libres :</u>	40
Discussion	42
A. <u>Biais de l'étude :</u>	42
1. <u>Critères d'anonymisation des réponses :</u>	42
2. <u>Modalités de recueil des questionnaires :</u>	42
B. <u>Analyse des résultats :</u>	43
1. <u>Taux de retour des questionnaires :</u>	43
2. <u>Connaissance de l'unité d'HAD :</u>	43
3. <u>Qualité de l'accueil :</u>	44
4. <u>Qualité des soins et de la prise en charge :</u>	44
5. <u>Qualité de l'organisation de la sortie :</u>	45
6. <u>Points à améliorer :</u>	45
7. <u>Commentaires libres :</u>	46
C. <u>Comparaisons avec les études antérieures :</u>	46
D. <u>Points forts de l'organisation de l'HAD au décours de l'étude :</u>	47
E. <u>Points faibles de l'organisation de l'HAD au décours de l'étude :</u>	48
F. <u>Proposition de pérennisation du questionnaire :</u>	48
Conclusion	49
Bibliographie.....	50
Annexes.....	53
<u>Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction :</u>	53
<u>Annexe 2 : Données brutes :</u>	56

Introduction

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une alternative à l'hospitalisation classique intra-muros. Elle constitue une hospitalisation à part entière qui permet d'assurer, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés en associant le médecin hospitalier, le médecin traitant et tous les professionnels paramédicaux et sociaux.

L'hospitalisation à domicile concerne des malades de tous âges (enfants, adolescents, adultes) atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables. Cette structure permet à ces malades de bénéficier d'une prise en charge dans leur milieu de vie habituel et de raccourcir, de différer ou d'éviter leur hospitalisation dans un établissement traditionnel.

Les services d'HAD sont des établissements de santé soumis aux mêmes obligations du code de santé publique que les établissements hospitaliers privés ou publics avec hébergement. L'hospitalisation à domicile apporte des « *soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes* » (1).

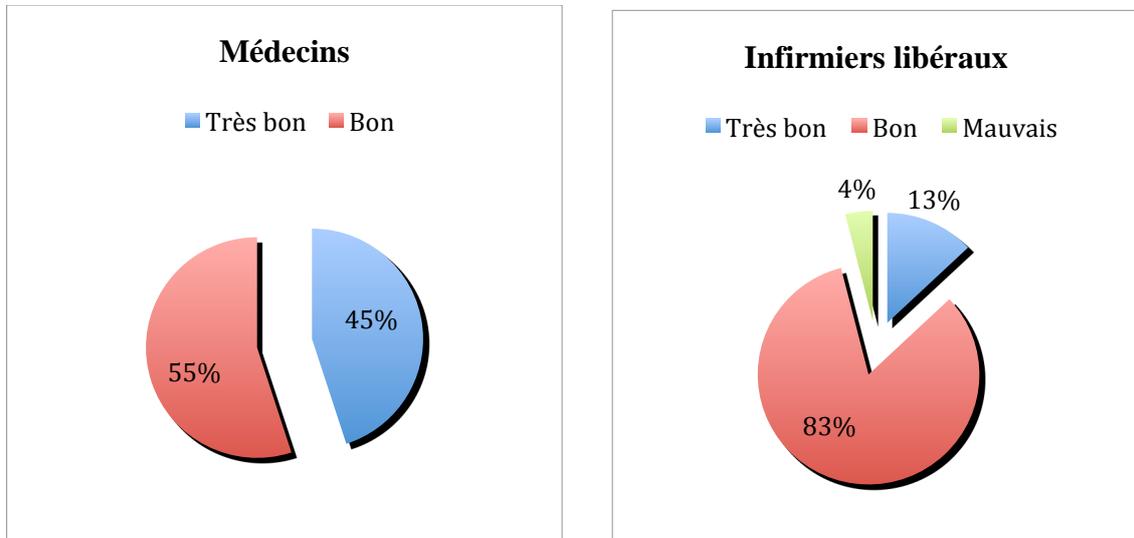
L'hospitalisation à domicile est tenue d'assurer une continuité des soins 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. La circulaire du 1^{er} décembre 2006 indique que « ni le SAMU, ni le centre 15 n'ont vocation à suppléer l'HAD pour la permanence des soins » (2). Cette continuité des soins est assurée par l'équipe soignante (infirmières et aides soignantes) dirigée par un cadre infirmier et un ou plusieurs médecins coordonnateurs.

Ces services d'HAD sont généralistes et polyvalents et prennent en charge les malades dans leur globalité. Cette polyvalence n'exclut cependant pas de développer des compétences propres et une expertise sur des champs particuliers. Le développement de ces compétences propres ne remettant pas en cause la polyvalence de l'HAD.

Enfin l'HAD est complémentaire des structures telles que les Services de Soins Infirmiers À Domicile (SSIAD), dont elle a vocation à prendre éventuellement le relais si la situation du malade s'aggrave, et à contrario auxquelles elle peut confier un malade stabilisé.

L'étude que nous proposons ici fait suite à un travail récent de thèse évaluant la satisfaction des professionnels de santé libéraux partenaires de l'HAD du Centre Hospitalier de Montauban (3). Cette enquête de satisfaction avait montré que le service rendu était globalement reconnu par les professionnels avec un avis plus favorable de la part des médecins généralistes que des IDE libéraux.

Dans cette enquête de satisfaction, il avait notamment été demandé aux professionnels de santé leur ressenti par rapport au bénéfice que pouvait représenter une prise en charge en HAD pour les patients. Leur avis était globalement favorable comme indiqué par les diagrammes ci-dessous :



Avis des professionnels libéraux partenaires de l'HAD sur le service rendu aux patients
(Thèse Nicolas De Percin, (3))

Il nous a donc paru intéressant de prolonger ce travail en nous demandant quel était l'avis des patients eux-mêmes et/ou de leur entourage.

Si l'HAD représente aujourd'hui un mode d'hospitalisation en plein essor, peu d'études se sont intéressées à l'avis des patients et/ou de leur entourage sur la qualité des soins et sur le bénéfice rendu par une unité d'HAD.

Notre étude s'intègre dans le cadre d'une thèse de médecine générale et vise à évaluer le degré de satisfaction des patients pris en charge dans cette structure durant l'année 2013. Cette étude s'appuie sur un questionnaire de satisfaction distribué à tous les patients hospitalisés au sein de l'unité d'hospitalisation à domicile du Centre Hospitalier de Montauban durant l'année 2013.

L'objectif principal de notre étude est de recueillir l'avis des patients sur la qualité de prise en charge en HAD.

L'objectif secondaire est de cibler, parmi les principaux modes de prise en charge, les points nécessitant un effort d'amélioration de la part du service de l'HAD.

Contexte et Motifs de recherche

A. Historique de l'HAD :

L'hospitalisation à domicile est un mode d'hospitalisation dont le concept vient des Etats-Unis où il a été développé après la seconde guerre mondiale sous le terme de « Home Care ». Les prémices d'une réflexion sur une possibilité de soigner les patients à domicile voient le jour en 1951 en France à l'hôpital Tenon à Paris (4).

Le terme d'hospitalisation à domicile (HAD) apparaît réellement en 1957 avec la création du premier établissement d'HAD au sein de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris puis de Santé Services à Puteaux.

Il faudra cependant attendre la loi hospitalière du 31 décembre 1970 pour voir une première reconnaissance de l'HAD dans les textes officiels (5). La Caisse Nationale d'Assurance Maladie fixe en 1974 les règles de fonctionnement de ces établissements (6). Dès lors l'HAD connaît un certain essor, aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé non lucratif, jusque dans les années 1980 où l'on observera une certaine stagnation.

Une nouvelle phase de croissance voit le jour avec la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et qui reconnaît l'Hospitalisation à Domicile comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle (7). Ce mode d'hospitalisation a pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée (8). Les décrets d'application avenants à cette loi hospitalière fixent alors les règles constitutives de l'HAD.

A l'entrée dans le XXI^{ème} siècle, la France compte 62 structures d'HAD. L'instauration de la tarification à l'activité (T2A) ainsi que la suppression, en 2003, du « taux de change » qui, dans les zones excédentaires, imposait la fermeture d'un, voire deux lits d'hospitalisation à temps complet avant création d'une place en HAD, ont permis au cours des années 2000 de voir se multiplier les structures d'HAD avec une accélération depuis 2005. C'est en effet entre 2005 et 2007 que ce secteur a connu sa croissance la plus importante avec une augmentation de 47% pour atteindre 8000 places fin 2007.

Cette multiplication des structures est le reflet d'une volonté nationale de développer cette alternative à l'hospitalisation classique, comme peut en témoigner la circulaire du 1^{er} décembre 2006 qui rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD et spécifie que « *l'essor de l'HAD est essentiel pour que le système de soins réponde pleinement aux besoins médicaux et médico-sociaux des malades tout en respectant leur souhait de continuer à vivre le plus longtemps possible à leur domicile* » (2). Cette circulaire stipule que « *le développement de l'HAD doit être intégré aux politiques régionales et se traduire par le développement des implantations existantes et la création d'implantations supplémentaires, plus spécialement encore dans les zones géographiques qui en sont dépourvues* ». La circulaire du 5 octobre 2007 autorisant les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en établissements d'hébergement pour personnes âgées (9) a également contribué au développement de ces structures HAD. Cette circulaire spécifie que l'HAD vise ici « *à éviter ou à raccourcir l'hospitalisation éventuelle des résidents,*

source de désorientation qui peut favoriser la perte de repères et facteur d'aggravation de sa pathologie ».

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, fait de l'HAD une modalité d'hospitalisation à part entière, tandis que les structures d'HAD deviennent des établissements de santé.

Grâce à cette volonté nationale de développer ce type d'hospitalisation, le nombre de places effectivement opérationnelles en HAD se situe autour de 12 000 en 2011 (chiffre encore loin de l'objectif de 15 000 places ouvertes prévu en 2006 par les pouvoirs publics pour 2010). Des projets de développement de nouvelles structures voient régulièrement le jour, ce qui nous laisse à penser que ce type d'hospitalisation, qui ne représente aujourd'hui que 0,6% de l'ensemble des séjours hospitaliers (10), occupera, dans les années à venir, une place toujours plus importante dans la prise en charge des malades.

Le rapport récent de septembre 2013 de la Cour des Comptes sur la Sécurité Sociale fixe comme cible un doublement de l'activité d'HAD d'ici 2018, ce qui permettrait d'atteindre 1,2% du nombre de séjours réalisés en hospitalisation complète (10).

B. Principe de fonctionnement d'une HAD :

L'hospitalisation à domicile se caractérise par la nature et l'intensité des soins de type hospitalier qu'elle assure, par son rôle de coordination de multiples professionnels au chevet du patient, et par la pluridisciplinarité et la complémentarité de ces derniers. Tous les domaines couverts par la médecine hospitalière peuvent faire l'objet d'une prise en charge en HAD. De même, tous les établissements de santé peuvent avoir ou prétendre à avoir une activité d'HAD.

La prise en charge du patient en HAD est prescrite par un médecin hospitalier ou de ville. Cette prise en charge fait appel à des intervenants médicaux et paramédicaux dont l'intervention est coordonnée par la structure d'HAD. La prise en charge médicale des patients se fait avant tout par le médecin traitant, en lien avec le médecin coordonnateur de l'HAD. Qu'il soit ou non le prescripteur de l'HAD, le médecin traitant est le pivot de la prise en charge. Sollicité par le médecin coordonnateur pour l'admission, il assure le suivi médical, la surveillance des soins, adapte les traitements si nécessaire, et fait appel si besoin à un médecin spécialiste après recueil de l'avis du médecin coordonnateur. Il est sollicité par le médecin coordonnateur pour la décision de sortie d'un patient et peut demander une sortie prématurée d'HAD s'il le juge opportun.

Le médecin coordonnateur est le référent médical de la structure. Il émet un avis médical pour toute admission et sortie et assure la coordination des soins entre les médecins libéraux et hospitaliers et avec les équipes soignantes et les services sociaux. Il ne prescrit pas, ne soigne pas et ne se substitue pas au médecin traitant sauf en cas d'urgence ou de rupture de la continuité des soins (11).

Les infirmiers sont un des principaux acteurs de l'HAD. Ils mettent en œuvre le protocole de soins au chevet du patient et communiquent les éléments cliniques utiles dans sa prise en charge au travers du dossier de soins. Ils participent à l'élaboration des protocoles et à leur réévaluation.

De nombreuses structures d'HAD comptent un psychologue dans leur équipe soignante. Cet accompagnement psychosocial durant l'hospitalisation à domicile est en effet souvent nécessaire et parfois essentiel aussi bien auprès du malade que de sa famille et des aidants. Ces interventions ont souvent pour but d'éviter l'épuisement de ces derniers et la ré-hospitalisation des malades.

Les principaux motifs de prise en charge en HAD sont, d'après le rapport de la Cour des Comptes de septembre 2013 (10) : les soins palliatifs (27,6%), les pansements complexes (21,8%), la nutrition entérale (7,2%) et les soins infirmiers lourds (6,8%).

Les patients admis en HAD viennent principalement des services de court séjour des hôpitaux, ce qui fait de ces structures un maillon important entre l'hospitalisation conventionnelle et une prise en charge par des professionnels de ville.

Les structures d'HAD diffèrent considérablement par leur statut, leur taille, leur implantation, leur situation financière, leur mode d'organisation ainsi que leur profil d'activité. Le secteur public et le secteur privé non lucratif occupent aujourd'hui une place équivalente en nombre d'établissements.

C. L'HAD du Centre Hospitalier de Montauban :

L'HAD du Centre Hospitalier de Montauban est un service récent qui a ouvert ses portes le 9 mars 2009.

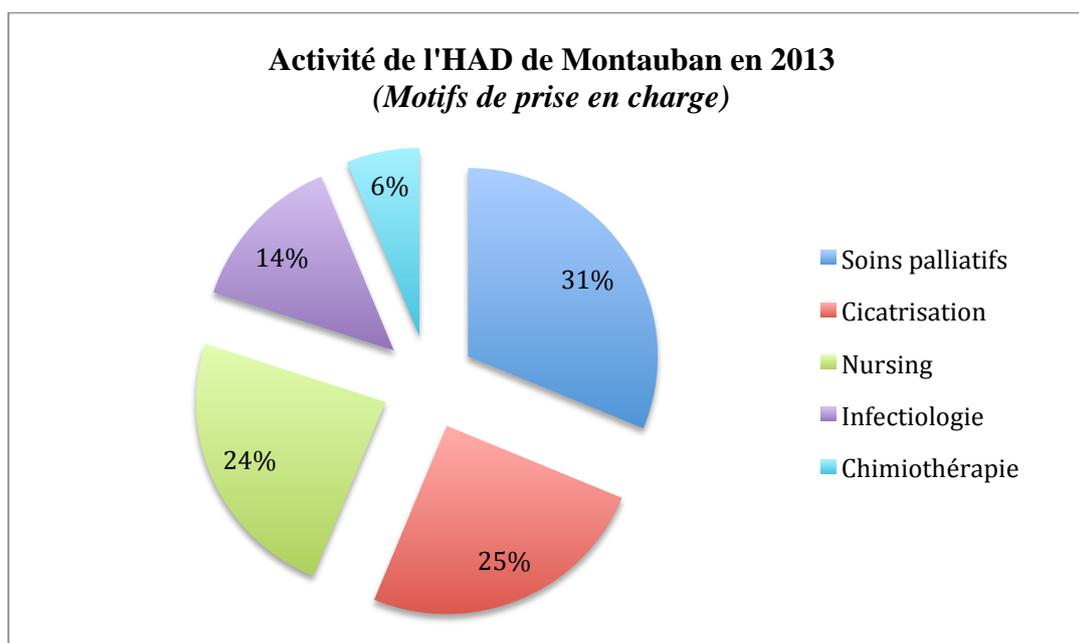
Cette HAD, intégrée au sein du centre hospitalier public de Montauban, offre la particularité de réunir une HAD psychiatrique et une HAD polyvalente. Ces deux HAD se partagent une même structure mais ont chacune leur fonctionnement et leur personnel dédié. L'HAD psychiatrique offre 10 places et l'HAD polyvalente 20 places.

Le personnel de cette structure comprend 2 médecins coordonnateurs polyvalents et un médecin psychiatre coordonnateur, un cadre infirmier, une assistante sociale, une psychologue, une secrétaire à temps plein et une à mi-temps, 6 infirmiers diplômés d'état et 5 aides soignants dédiés au somatique et 6 infirmiers diplômés d'état dédiés à la psychiatrie.

Ce service fonctionne avec la pharmacie à usage interne du centre hospitalier de Montauban.

Le fait que l'HAD polyvalente compte deux médecins à temps plein permet une implication plus importante de ces derniers dans les soins, contrairement à ce que l'on rencontre habituellement dans les autres HAD. Ces interventions médicales au-delà du rôle de coordination des médecins de l'HAD se font avec l'accord des médecins généralistes des patients. Ce rôle de prescripteur des médecins de l'HAD permet également d'assurer la continuité des soins conformément à la circulaire du 4 décembre 2013 (11). La présence de deux médecins à temps plein permet également d'assurer une astreinte médicale téléphonique et/ou physique 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Comme dans la plupart des HAD, le plus gros pôle d'activité est représenté par les soins palliatifs (31,25%), viennent ensuite les soins de cicatrisation (25%), le nursing (23,75%), l'infectiologie (13,75%) et en marge la prise en charge des chimiothérapies à domicile (6,25%)



D. Motifs de recherche :

Depuis les années 90, la mesure de la satisfaction des usagers des établissements de soins est devenue une obligation en vue de leur accréditation. Le rapport de L'IGAS de mars 2007 met l'accent sur cette nécessité et rappelle l'ordonnance du 24 avril 1996 stipulant cette obligation (12). L'article 3 de l'arrêté du 7 janvier 1997 va plus loin en soulignant qu'au livret d'accueil remis aux patients lors de leur hospitalisation doivent être associés la charte du patient hospitalisé et un questionnaire de sortie mesurant l'avis du patient sur son hospitalisation.

Recueillir la satisfaction des patients est non seulement aujourd'hui une nécessité pour améliorer les soins qui leur sont dispensés mais également une obligation légale. C'est dans ce sens que va notre étude. L'enquête de satisfaction que nous avons réalisée permet de répondre à cette demande de prise en compte de l'avis des patients. Le fait de soumettre cette enquête aux patients pris en charge par l'HAD sur une durée de 1 an avait pour but, en plus des objectifs propres de l'étude, de tester ce questionnaire en vue de le pérenniser et ainsi répondre aux obligations légales.

Matériel et méthode

A. Méthodologie choisie :

1. Le questionnaire :

Pour effectuer notre étude, nous avons choisi de réaliser une enquête de satisfaction auprès de tous les patients hospitalisés au sein de l'HAD du centre hospitalier de Montauban durant l'année 2013.

Cette enquête de satisfaction s'appuie sur un questionnaire (Annexe 1). Ce questionnaire se subdivise selon 4 thèmes :

- ✓ La qualité de l'accueil
- ✓ La qualité des soins et de la prise en charge
- ✓ L'organisation de la sortie
- ✓ La synthèse sur la prise en charge

A ces 4 thèmes nous avons ajouté 4 questions générales, en début de questionnaire. Ces questions concernent les modalités de remplissage du questionnaire (une question) et la découverte de l'HAD avant l'hospitalisation (3 questions).

Au total le questionnaire comprend 27 questions fermées et une question ouverte où les patients peuvent faire part de leurs remarques et suggestions vis à vis de leur hospitalisation en HAD. Les questions fermées sont des questions à choix multiples et évaluent pour une majorité d'entre elles le degré de satisfaction des patients selon 5 niveaux :

- ✓ Très satisfait
- ✓ Satisfait
- ✓ Peu satisfait
- ✓ Pas satisfait
- ✓ Non concerné

Deux questions concernant la satisfaction vis à vis du délai de début de prise en charge en HAD et la recommandation du service à d'autres usagers amènent à une réponse par OUI ou NON.

Une question dans la synthèse, portant sur les points à améliorer au sein du service de l'HAD, propose un nombre plus important de réponses (6 propositions de réponses).

En fin de questionnaire, une partie intitulée remarques et suggestions laisse un espace d'expression libre pour que les patients puissent laisser leurs commentaires.

2. Modalités de remplissage du questionnaire :

Le questionnaire était rempli par chaque patient hospitalisé au sein de la structure ou par la famille du patient si celui-ci se trouvait dans l'incapacité de remplir le questionnaire (patient trop fatigué, patient décédé...).

Le questionnaire était rempli lors de la sortie définitive du patient de l'HAD. Lors d'une sortie d'HAD, si une nouvelle hospitalisation à domicile était prévue (cas d'un patient transféré temporairement à l'hôpital pour réalisation de bilans complémentaires ou pour permettre à la famille de se reposer en cas de situation épuisante pour l'entourage,...), le patient ne remplissait pas le questionnaire, la situation étant considérée comme une suspension de prise en charge et non comme une sortie d'HAD définitive. Dans cette étude il y a donc eu un questionnaire proposé par patient et non un questionnaire par séjour.

B. Critères d'inclusion des patients :

Pour réaliser cette enquête nous avons choisi de nous adresser à tous les patients pris en charge par l'HAD pendant une période de 1 an (l'année 2013).

Le critère d'inclusion pour participer à cette étude était donc d'avoir été hospitalisé au sein de l'HAD entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2013 et d'être sorti définitivement du service entre ces deux dates.

Si un patient était présent au 31 décembre 2013, le questionnaire n'était pas rempli et le patient se trouvait automatiquement exclu de l'étude.

Aucun critère d'âge n'était retenu pour l'inclusion des patients.

C. Méthode de distribution et de recueil des questionnaires :

L'enquête de satisfaction et le but de l'étude étaient présentés au patient et/ou à son entourage lors de la procédure de « pré-inclusion » (rencontre du patient pour présentation de l'unité d'HAD, des modalités de soins et du projet thérapeutique). Lors de la présentation du questionnaire, et afin de favoriser l'exhaustivité du recueil, l'équipe insistait sur l'importance de recueillir l'opinion des patients pour améliorer au mieux leur prise en charge. Le questionnaire était ensuite glissé dans le classeur de coordination qui accompagne le patient tout au long de son hospitalisation.

En fin de prise en charge, le patient remplissait le questionnaire de satisfaction et le remettait à l'équipe de soins en charge de la procédure de sortie.

Les patients qui ne remplissaient pas spontanément le questionnaire lors de leur sortie d'HAD étaient une première fois recontactés par téléphone. En cas de non remplissage du questionnaire, un courrier de relance était ensuite envoyé aux patients avec une enveloppe timbrée afin de faciliter la réponse. De cette manière, nous espérons recueillir le maximum de réponses au questionnaire.

Si le patient était décédé au cours de la prise en charge en HAD, sa famille était recontactée par courrier et invitée à répondre au questionnaire de satisfaction. Compte-tenu du contexte douloureux de la perte d'un proche à domicile, aucun recueil de questionnaire n'a été réalisé par le personnel de soins de l'HAD, et aucune relance téléphonique n'a été faite auprès des familles de ces patients décédés.

Tous les questionnaires étaient remplis de manière anonyme et colligés au secrétariat de l'unité d'HAD. Après recueil des questionnaires il était donc impossible de relier un questionnaire à un patient.

Le dernier questionnaire a été recueilli le 25 février 2014 après une dernière relance.

D. Méthode d'analyse :

Les réponses aux questionnaires ont ensuite été retranscrites sur tableur Excel afin d'obtenir des statistiques et des pourcentages sur chaque question.

Lors de l'analyse des questionnaires recueillis, les règles suivantes ont été décidées :

- ✓ Dans le cas où plusieurs items ont été cochés, par exemple « très satisfait » et « satisfait », les deux réponses ont été prises en compte dans le calcul des pourcentages.
- ✓ Dans le cas où aucune réponse n'a été donnée, il a été décidé de ne pas assimiler cette réponse à l'item « non concerné » et donc de comptabiliser la réponse dans la une nouvelle classe « non remplie ».

Les résultats ont été présentés sous forme de pourcentages graphiques.

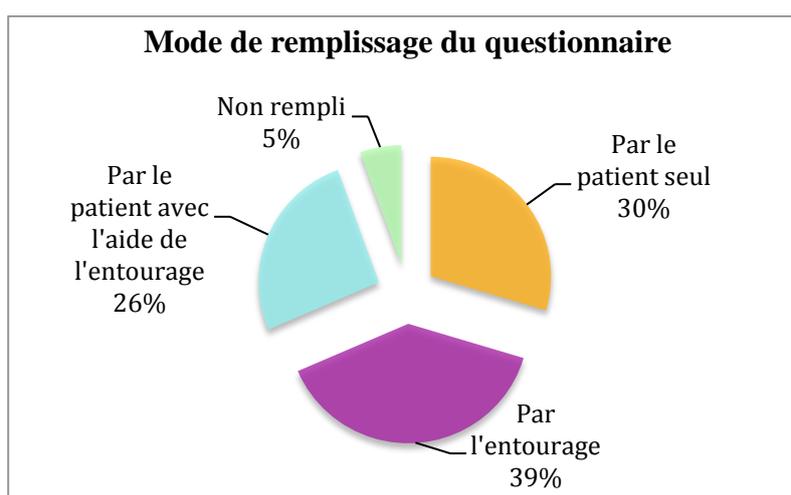
Résultats

A. Taux de retour des questionnaires :

Durant l'année 2013, 106 patients ont été hospitalisés au sein de l'HAD de Montauban. Parmi eux seuls 90 étaient sortis d'hospitalisation au 31 décembre 2013 et ont donc pu être inclus dans notre étude. Sur les 90 questionnaires distribués, 54 nous ont été retournés, soit un taux de réponse de 60%.

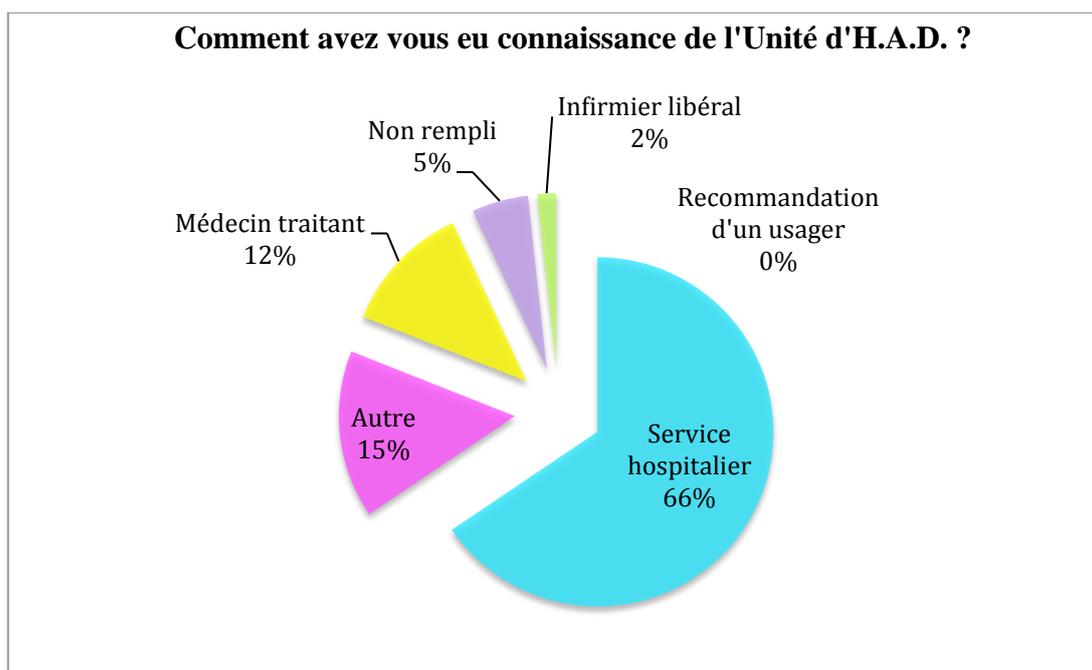
B. Questions générales :

1. Mode de remplissage du questionnaire :



Le questionnaire a été rempli la plupart du temps par le patient seul ou avec l'aide de son entourage (56%). Deux patients avaient coché : questionnaire rempli « par le patient seul » et « par le patient avec l'aide de l'entourage », ces réponses ont été assimilées au groupe questionnaire rempli « par le patient avec l'aide de l'entourage ». De même, un questionnaire avait deux réponses cochées : « par l'entourage » et « par le patient avec l'aide de l'entourage », la réponse a été assimilée au groupe questionnaire rempli « par le patient avec l'aide de son entourage ».

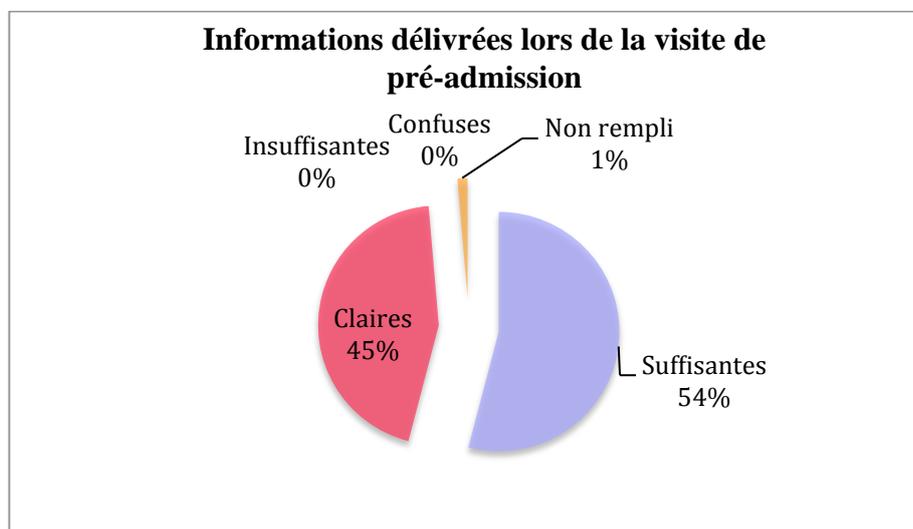
2. Comment avez-vous eu connaissance de l'unité d'HAD ?



La majorité des patients ayant répondu a connu l'HAD grâce à un service hospitalier (66%). 15% des personnes (soit 9 d'entre elles) ayant répondu déclarent avoir connu l'HAD d'une autre manière. Cette réponse a été détaillée de la façon suivante :

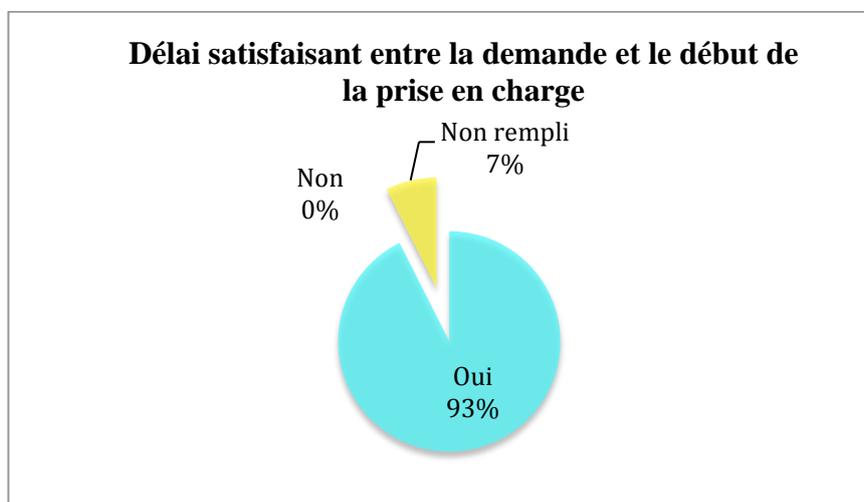
- ✓ Chirurgien (2 personnes)
- ✓ Clinique Pasteur (2 personnes)
- ✓ Famille (1 personne)
- ✓ Personne travaillant à l'hôpital (1 personne)
- ✓ Assistante sociale (1 personne)

3. Qualité des informations relatives au fonctionnement du service lors de la pré-admission :



La majorité des patients a trouvé les informations données claires (45%) et suffisantes (54%). Aucune personne n'a trouvé les informations données insuffisantes ou confuses. Une personne n'a pas répondu à cette question.

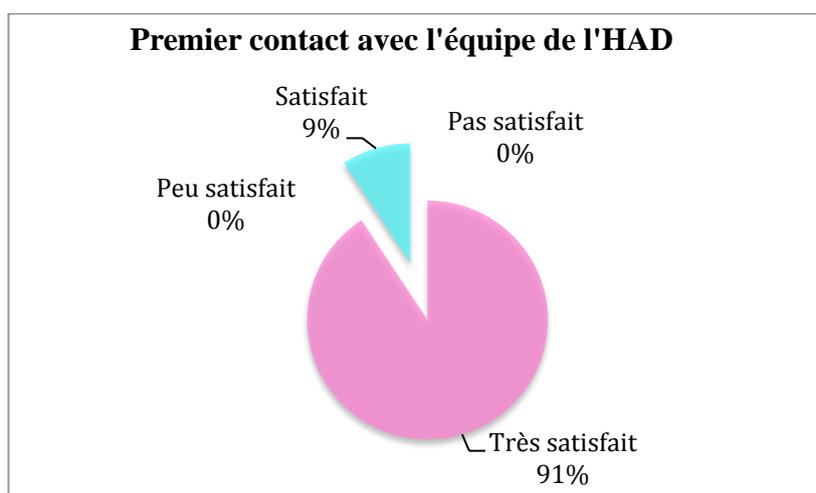
4. Satisfaction vis à vis du délai entre la demande d'admission et le début de la prise en charge :



La plupart des patients sont satisfaits du délai entre la demande de prise en charge par l'HAD et le début de cette prise en charge. 4 personnes ont préféré ne pas s'exprimer.

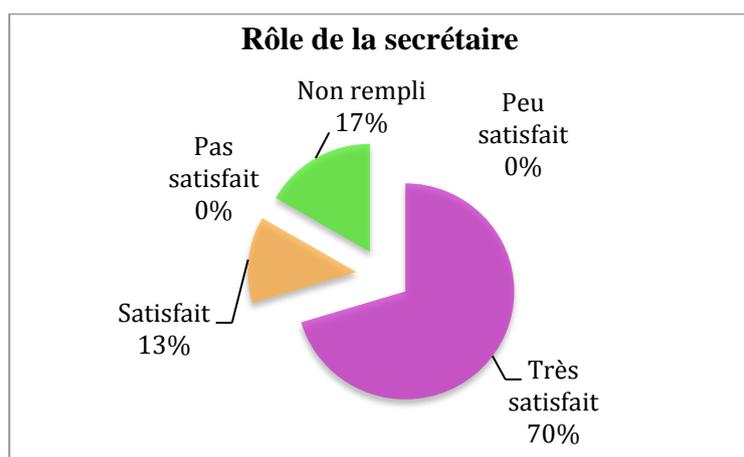
C. Qualité de l'accueil :

1. Le premier contact avec l'équipe de l'HAD ?



Toutes les personnes ayant répondu au questionnaire sont satisfaites (9%) à très satisfaites (91%) du premier contact avec l'équipe de l'HAD.

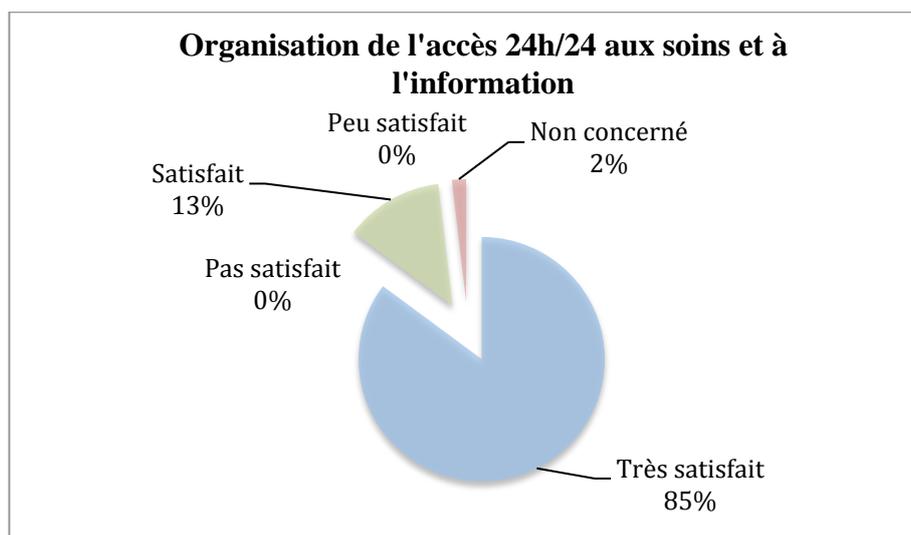
2. Le rôle de la secrétaire ?



La majorité des personnes ayant répondu au questionnaire est satisfaite (13%) à très satisfaite (70%) du rôle de la secrétaire. 9 personnes n'ont pas souhaité donner leur avis (17%).

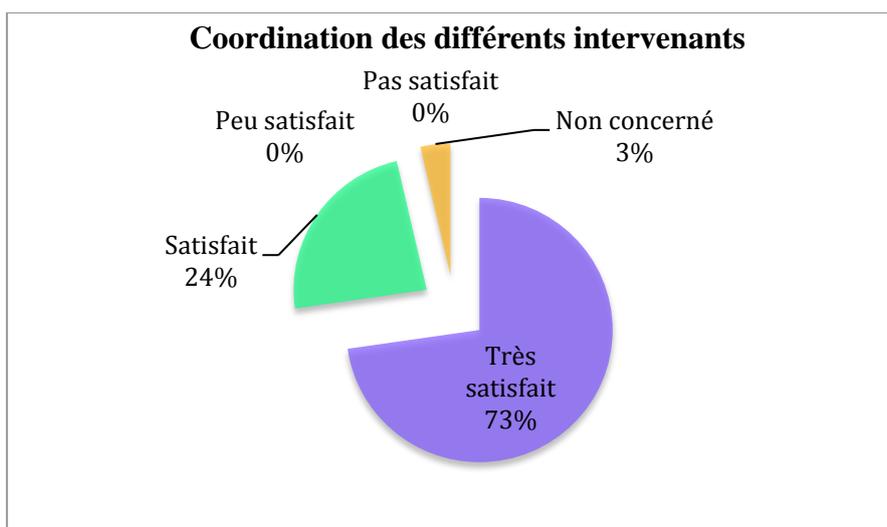
D. Qualité des soins et de la prise en charge :

1. L'organisation de l'accès 24h/24 aux soins et à l'information ?



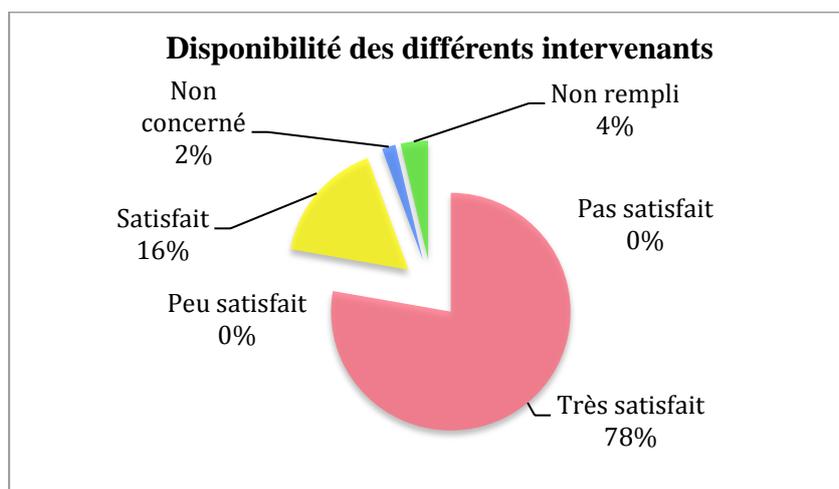
Une grande majorité des personnes ayant répondu sont satisfaites (13%) à très satisfaites (85%) de l'organisation de l'accès aux soins et à l'information 24h/24. Une personne a déclaré ne pas être concernée.

2. La coordination des différents intervenants ?



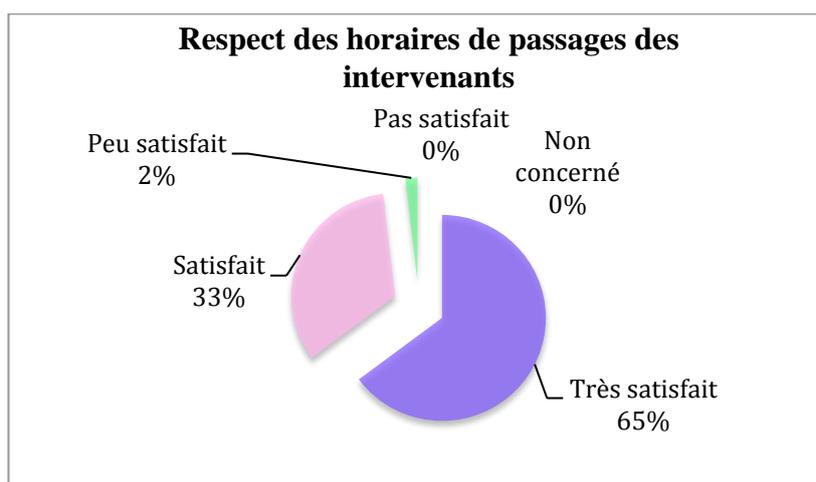
Les patients ont déclaré être satisfaits (24%) à très satisfaits (73%) de la coordination entre les différents intervenants. 2 personnes ont déclaré ne pas être concernées par cette question (4%).

3. La disponibilité des différents intervenants ?



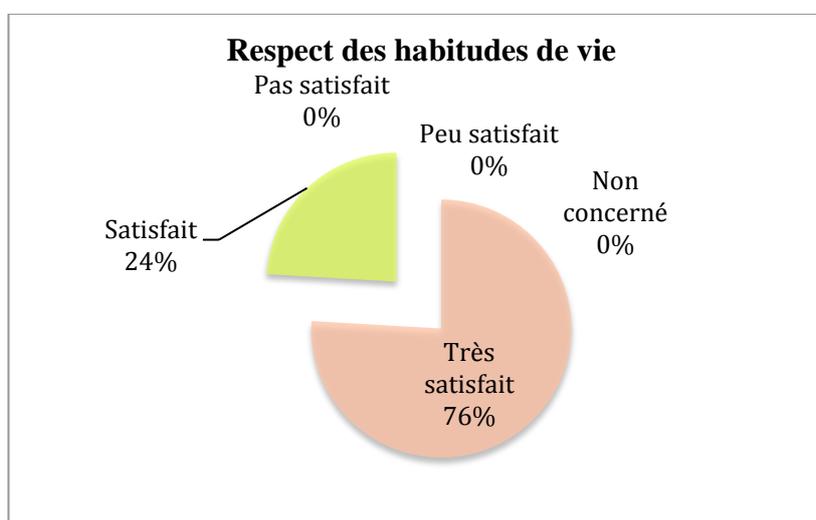
Une majorité des personnes ont déclaré être satisfaites (16%) à très satisfaites (78%) de la disponibilité des différents intervenants. Une personne a déclaré ne pas être concernée (2%) par cette question et 2 autres n'ont pas coché de case (4%).

4. Le respect des horaires de passage des intervenants ?



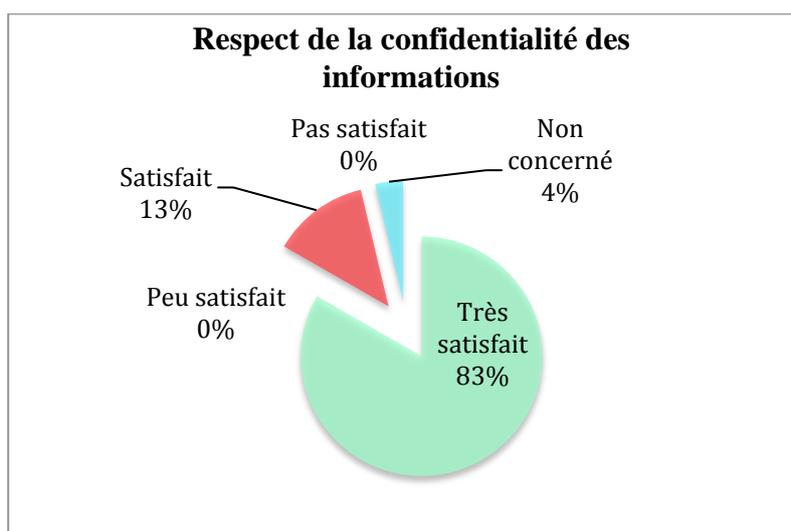
Une majorité des personnes ont été satisfaites (33%) à très satisfaites (65%) du respect des horaires des intervenants. Seules 2% des personnes se sont dites peu satisfaites de ce respect des horaires.

5. Le respect de vos habitudes de vie ?



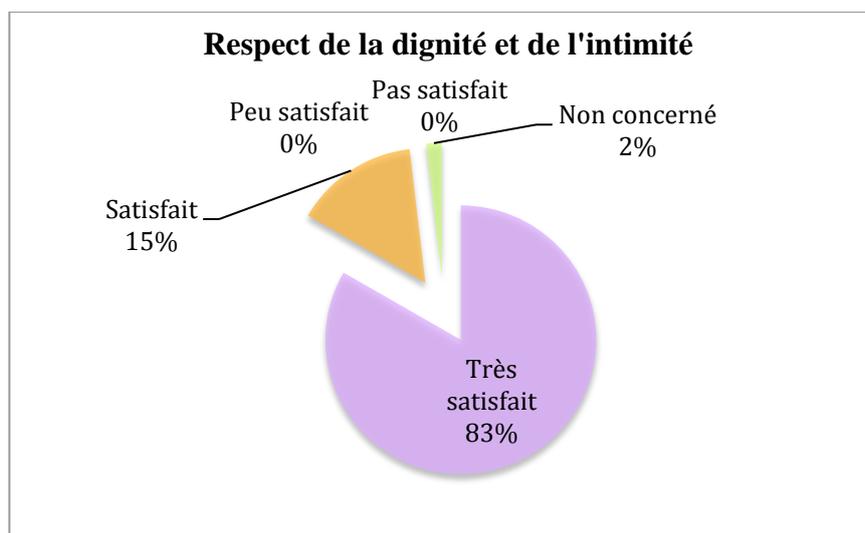
Toutes les personnes ayant répondu se sont dites satisfaites (24%) à très satisfaites (76%) du respect des habitudes de vie.

6. Le respect de la confidentialité des informations ?



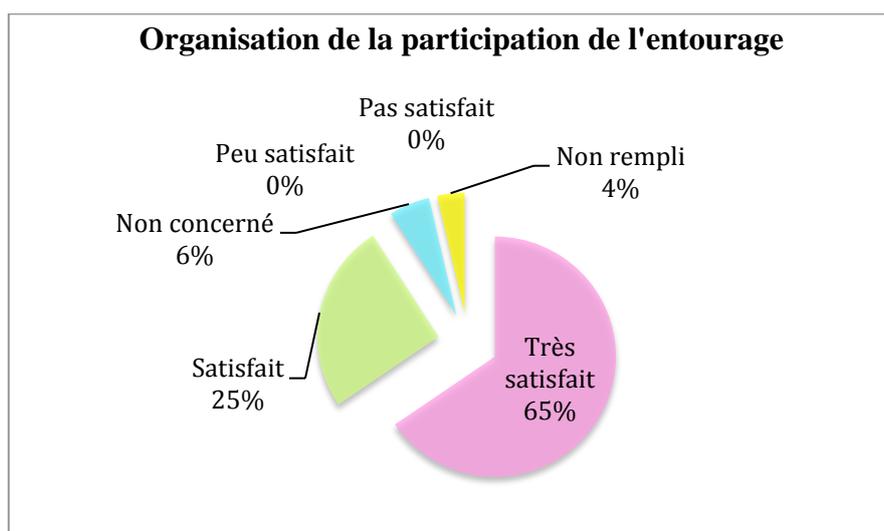
Une grande majorité des personnes ont été satisfaites (13%) à très satisfaites (83%) du respect de la confidentialité des informations. Deux personnes ont déclaré ne pas être concernées par cette question (4%).

7. Le respect de votre dignité et intimité ?



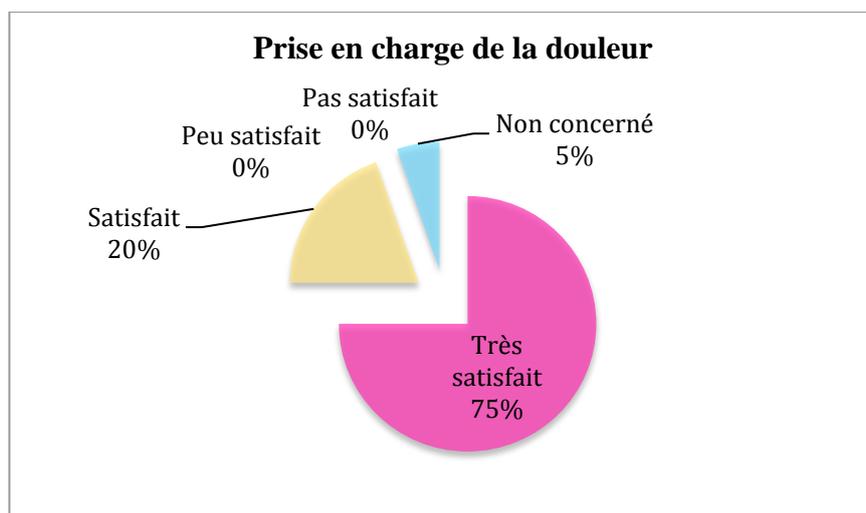
Les personnes ayant répondu au questionnaire ont déclarées être satisfaites (15%) à très satisfaites (83%) du respect de la dignité et de l'intimité. Une personne a déclaré ne pas être concernée par la question.

8. L'organisation de la participation de votre entourage ?



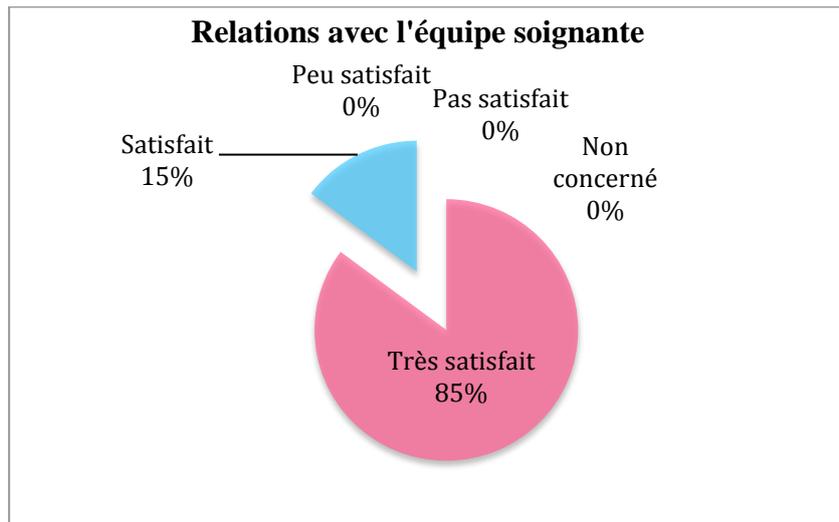
Une majorité des personnes ont été satisfaites (25%) à très satisfaites (65%) de l'organisation de la participation de l'entourage aux soins. 3 personnes ont déclaré ne pas être concernées et 2 n'ont pas répondu à la question.

9. La prise en charge de la douleur ?



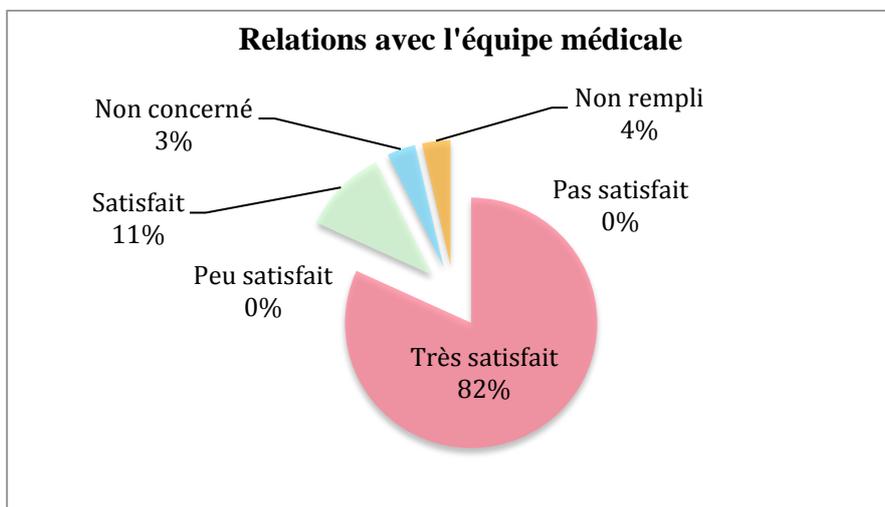
Une grande majorité des personnes ont été satisfaites (20%) à très satisfaites (75%) de la prise en charge de la douleur. Deux personnes ont déclaré ne pas être concernées par cette question.

10. Relations avec l'équipe soignante ?



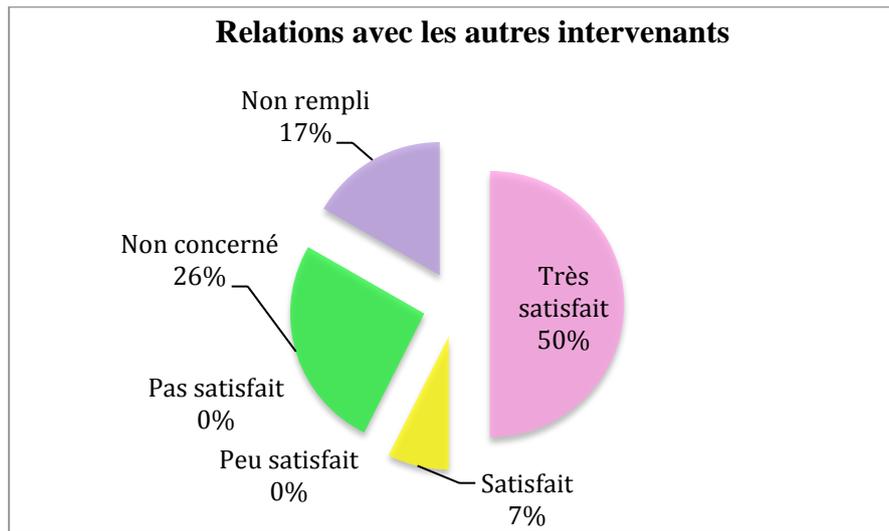
Toutes les personnes interrogées ont déclaré être satisfaites (15%) à très satisfaites (85%) de leur relation avec l'équipe soignante.

11. Relations avec l'équipe médicale ?



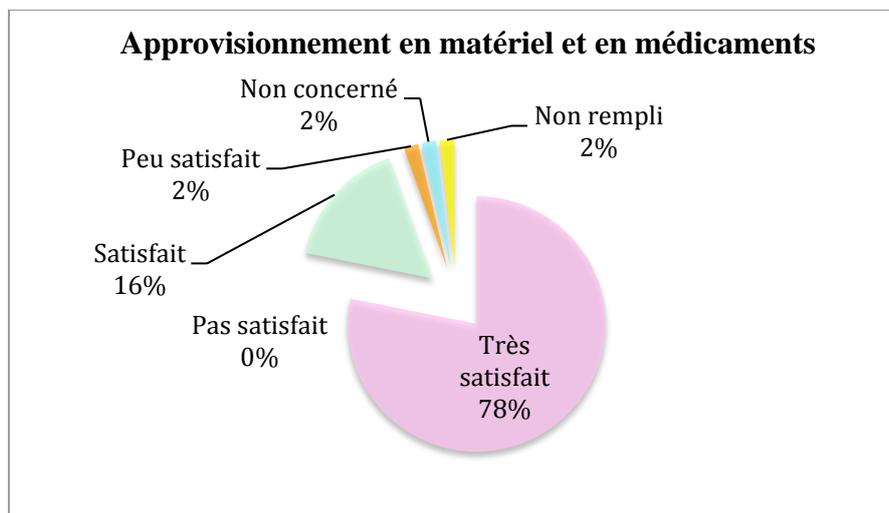
Les personnes ayant répondu au questionnaire ont déclaré être satisfaites (11%) à très satisfaites (82%) de leurs relations avec l'équipe médicale. 2 personnes ont déclaré ne pas être concernées par la question et 2 n'y ont pas répondu.

12. Relations avec les autres intervenants ?



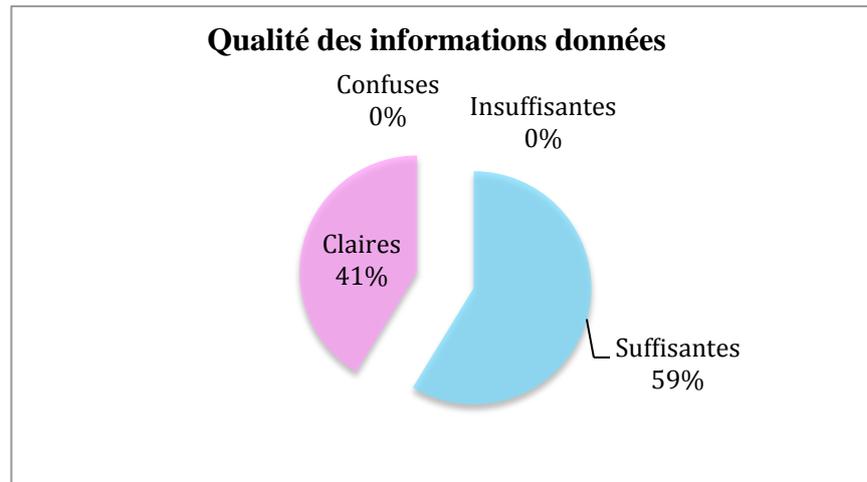
Une majorité des personnes interrogées ont déclaré être satisfaites (9%) à très satisfaites (49%). Un grand nombre de personnes ont déclaré ne pas être concernées par cette question (14 personnes). 9 n'ont pas répondu à la question.

13. L'approvisionnement en matériel et en médicaments ?



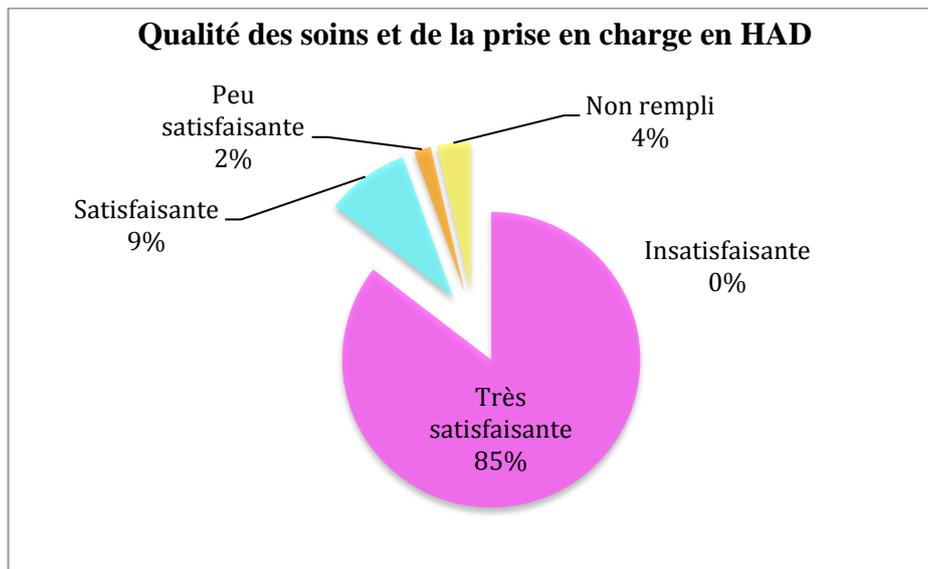
Une majorité de personnes se déclarent satisfaites (16%) à très satisfaites (78%) de l'approvisionnement en matériel et en médicaments. Une personne s'est déclarée peu satisfaite de cet approvisionnement (2%). Une autre personne a déclaré ne pas être concernée par cette question, et une autre n'y a pas répondu.

14. De manière générale, les informations qui vous ont été données vous ont-elles paru ?



À la question « de manière générale, les informations qui vous ont été données vous ont-elles paru ? », les patients ont répondu les avoir trouvées claires (41%) et/ou suffisantes (59%). Aucun ne les a trouvées insuffisantes et/ou confuses.

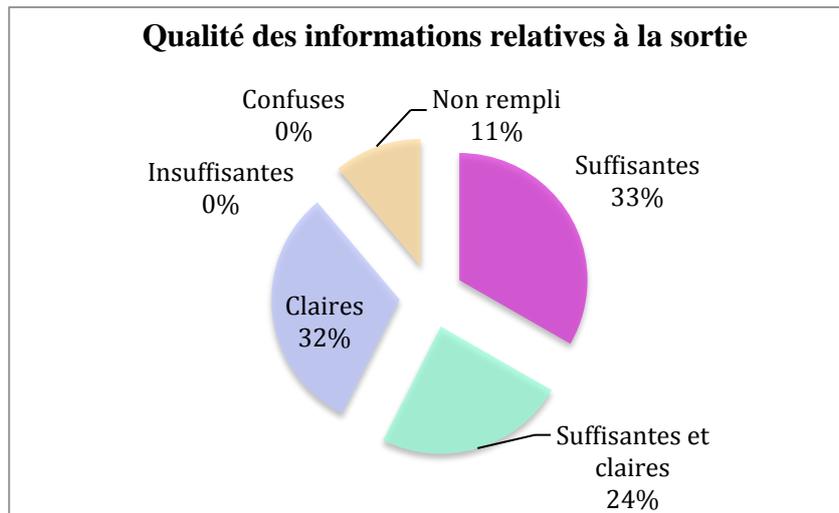
15. Qualité des soins et de la prise en charge en HAD ?



En ce qui concerne l'appréciation globale des patients sur la qualité des soins et de la prise en charge en HAD, une grande majorité s'est déclarée être satisfaite (9%) à très satisfaite (85%). Une seule personne s'est dite peu satisfaite de sa prise en charge en HAD (2%). 2 personnes n'ont pas répondu à cette question.

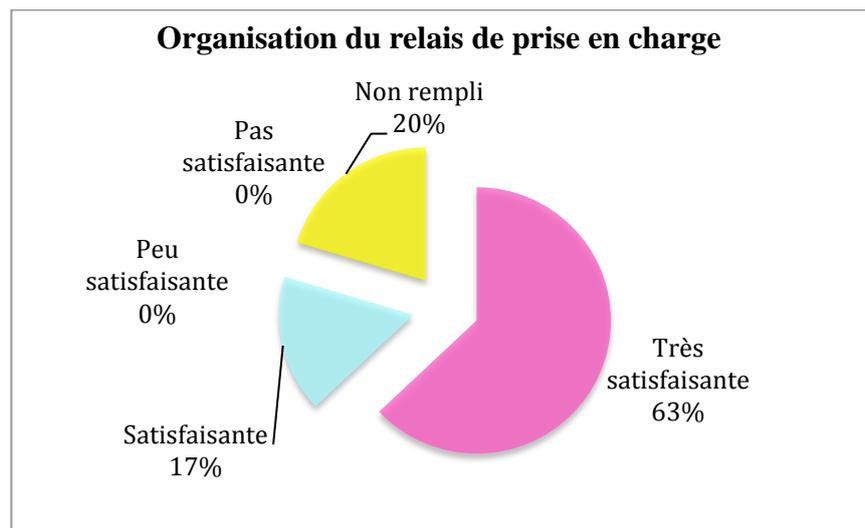
E. Organisation de votre sortie :

1. Les informations relatives à votre sortie ont-elles été claires ?



Une majorité des personnes ont déclaré avoir trouvé les informations relatives à la sortie claires (56%) et/ou suffisantes (57%). Aucune ne les a trouvées insuffisantes ou confuses. 6 personnes n'ont pas répondu à cette question (11%).

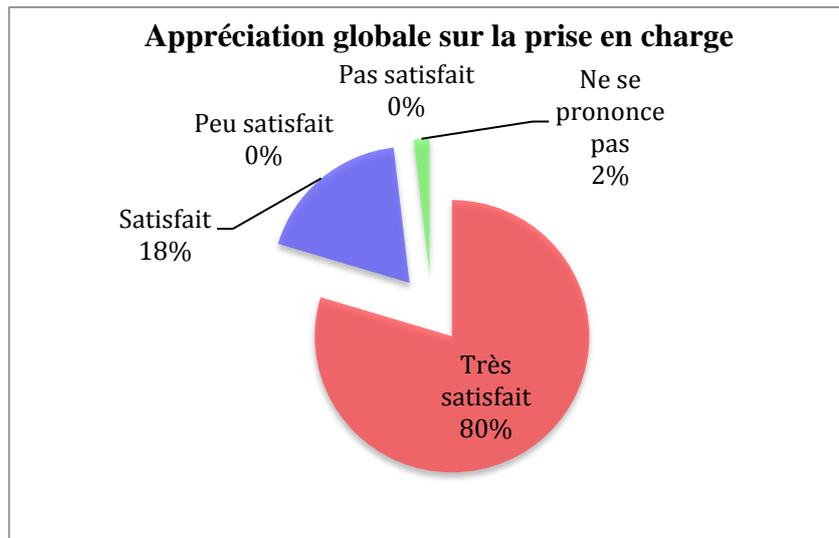
2. Qu'avez-vous pensé de l'organisation du relais de prise en charge après votre prise en charge en HAD ?



63% des patients se déclarent très satisfaits et 17% satisfaits de l'organisation du relais d'HAD à la fin de leur prise en charge. 20% des patients n'ont pas répondu à cette question.

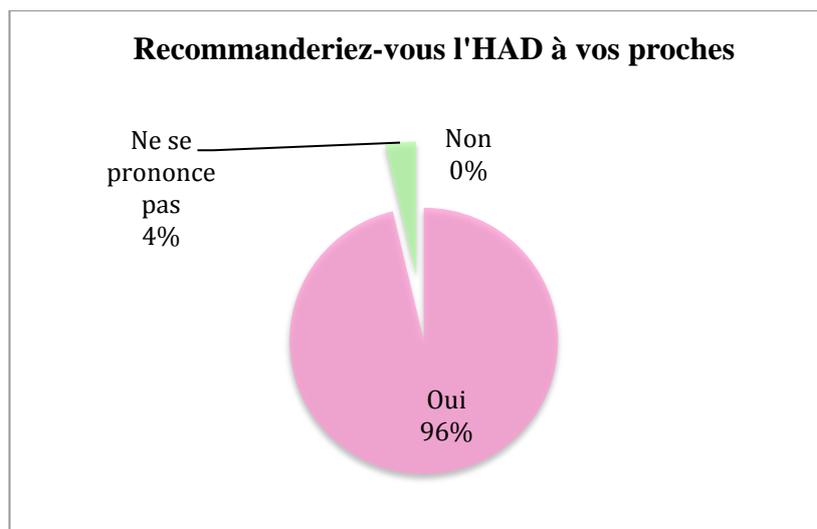
F. Synthèse :

1. Globalement, comment avez-vous apprécié votre prise en charge ?



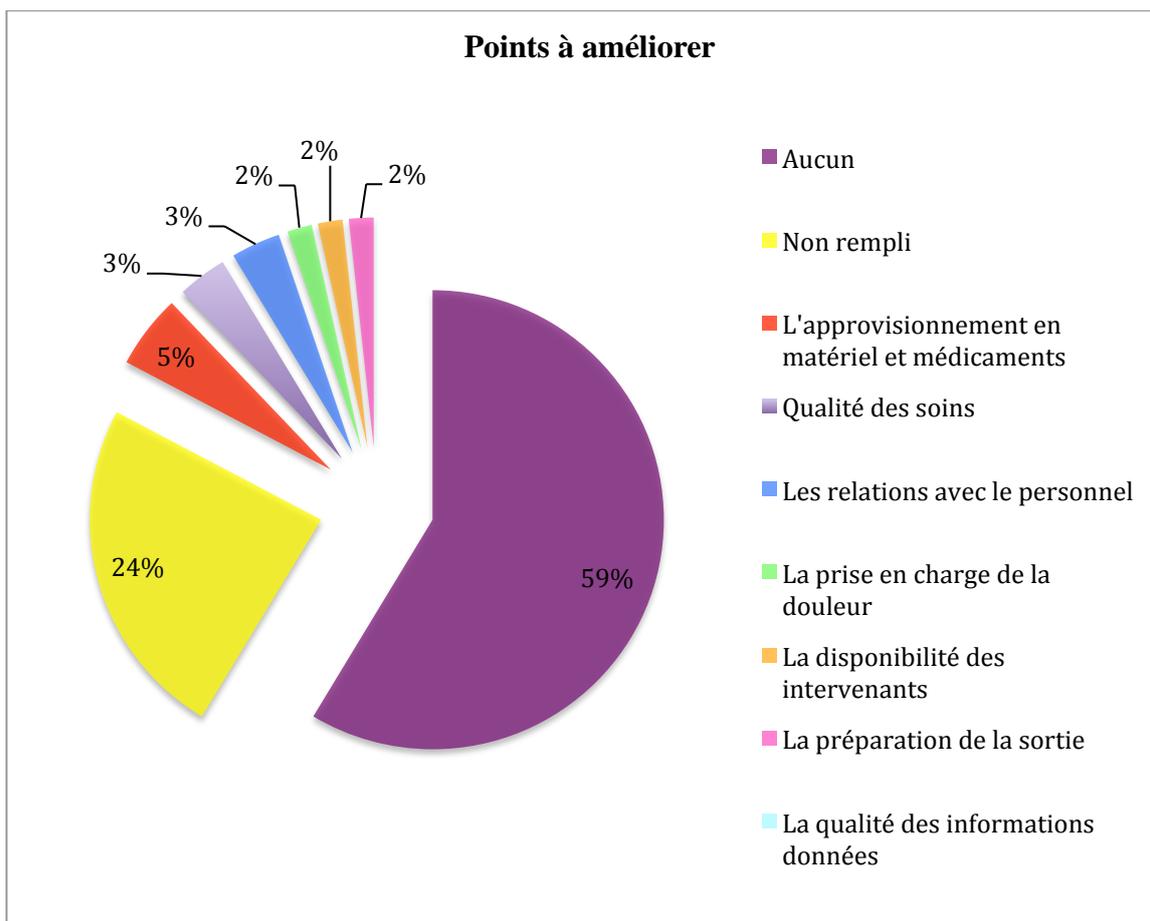
D'une manière générale, les personnes interrogées se sont déclarées satisfaites (18%) à très satisfaites (80%) de leur prise en charge en HAD. Une personne n'a pas répondu à cette question, nous l'avons donc classée dans la catégorie « ne se prononce pas ».

2. Recommanderiez-vous l'HAD à vos proches ?



La grande majorité des personnes interrogées recommanderait l'HAD à un de ses proches (96%). Seules 2 personnes ne se sont pas prononcées.

3. Parmi ces propositions, y-a-t-il, selon vous, des points qui doivent faire l'objet d'une amélioration ?



Une majorité des personnes interrogées déclarent qu'il n'y a rien à améliorer au sein de l'HAD. 5% souhaitent une amélioration de l'approvisionnement en médicaments, 3% une amélioration des relations avec le personnel, 3% de la qualité des informations, 2% insistent sur la disponibilité des intervenants, 2% sur la préparation à la sortie et 2% sur la prise en charge de la douleur. 14 des personnes interrogées n'ont pas répondu à cette question soit 24%.

G. Commentaires libres :

- ✓ « J'ai rencontré et rencontre encore des personnes (HAD) extraordinaires. Des gens humains qui vous comprennent cela est rare de nos jours. Merci beaucoup. »
- ✓ « Très satisfaite, une équipe extraordinaire. Un grand merci. »
- ✓ « Jusqu'à la fin mon mari n'a jamais su qu'il allait mourir et ce grâce au Dr Bruel qu'il appelait « Dr Moral ». »
- ✓ « Bravo et merci au service d'HAD pour son organisation et son fonctionnement. Beaucoup de chaleur humaine et de réconfort pour le malade et son entourage. Un personnel extraordinaire. Encore merci. »
- ✓ « Equipe à l'écoute, humaine et professionnelle. »

- ✓ *« Fauteuil roulant commandé depuis 3 mois livré une semaine avant le décès ! Matériel encombrant et non utilisé laissé au domicile pendant plusieurs mois. Le dit matériel étant sur cette durée à la charge de la sécurité sociale ! »*
- ✓ *« Très bon suivi, équipe formidable, Dr Bruel très sympathique qui prend son temps pour expliquer au patient et à l'entourage (devrait y avoir plus de médecins comme lui !). Merci à tous et bon courage !! »*
- ✓ *« Très bon médecin (Dr Bruel) pas assez comme lui patient et de bons conseils !! un bon service pour le patient et sa famille. Merci à tous vous êtes formidables et bon courage à vous tous !!! »*
- ✓ *« Rien à dire, si ce n'est un grand merci au Dr Pujo et à toute son équipe du HAD pour leur professionnalisme. »*
- ✓ *« L'IDE n'a pas pu prendre connaissance du classeur vert. »*
- ✓ *« Aucun très bien. »*
- ✓ *« Très à l'écoute merci. »*
- ✓ *« Après avoir rempli le questionnaire je ne vois pas ce que je pourrai ajouter de plus. Le service et les soins pratiqués par le service HAD au complet et des plus satisfaisants. Je ne peux une fois de plus vous remercier. M Et moi-même nous vous en serons reconnaissants. Avec toutes mes pensées. Cordialement. »*
- ✓ *« J'en ai été contente et l'équipe très sympathique. »*
- ✓ *« Disponibilité et amabilité des équipes remarquables. »*
- ✓ *« Pas de remarques. »*
- ✓ *« Surtout n'arrêter pas pour les soins des malades, pour votre professionnalisme ; délicatesse et dévouement. »*
- ✓ *« Très satisfait de tout le service de soins. Coordination téléphonique informe médecin tout a été très très satisfaisant. Merci pour tous et à tous. »*
- ✓ *« Je regrette que l'HAD nous quitte. »*
- ✓ *« Merci pour tout, soins, gentillesse par le Très poli, toujours un petit mot agréable avec le malade et pour l'entourage. Merci encore de m'avoir aidé dans des moments très difficile nous garderons des docteurs et de toute l'équipe soignante de chaleureux moment d'amitié à tous, bonnes vacances. »*
- ✓ *« Service irréprochable dans son ensemble. »*
- ✓ *« Relations avec médecins trop lointaines. »*
- ✓ *« La familleremercie l'HAD pour la disponibilité et l'accompagnement des patients à domicile. Elle remercie tous les intervenants pour les interventions qu'il y a eu à effectuer. »*
- ✓ *« Deux ans de qualité de soins, d'attention. Je n'oublierais pas. Très bonne équipe. Merci. »*
- ✓ *« Le point à améliorer pourrait être la coordination entre l'équipe para médicale et médicale quant aux prescriptions. »*
- ✓ *« Embauche de personnel supplémentaire pour que, les infirmières soient toujours en binôme pour la sécurité surtout la nuit et les déplacements en hiver par tous les temps (même en été). »*
- ✓ *« Merci pour tous et plus encore. Merci d'avoir fait votre travail avec cœur, élément qui n'est pas évalué dans ce questionnaire. Merci de la part de toute la famille. »*

Discussion

Notre étude ne peut pas être considérée comme étant le reflet de l'opinion de l'ensemble des usagers de l'HAD de Montauban. Le recueil de cette enquête de satisfaction n'étant pas exhaustif, l'échantillon de patients ayant répondu ne peut être considéré comme représentatif de l'ensemble des patients pris en charge par cette structure. Il ne s'agit donc là que d'une photographie de l'avis d'une partie des usagers de l'HAD sur l'année.

A. Biais de l'étude :

1. Critères d'anonymisation des réponses :

Les critères d'anonymisation des réponses aux questionnaires sont critiquables. Les questionnaires étaient en effet soit remis par les patients ou leur famille au membre de l'équipe soignante réalisant la sortie d'HAD, soit envoyés par courrier au secrétariat de l'HAD. De ce fait les questionnaires n'étaient pas vécus comme anonymes par les patients qui pouvaient penser qu'une identification était possible via le cachet de la poste ou lors de la remise en main propre des questionnaires. Ce vécu des patients a peut-être contribué à induire un biais dans les réponses aux questionnaires, les patients se sentant moins libres dans leurs réponses.

Une fois tous les questionnaires colligés au secrétariat de l'HAD, il n'était cependant plus possible de rattacher un questionnaire à la personne qui l'avait rempli.

Ce choix de méthode de recueil a été motivé par le souhait d'augmenter le taux de retour des questionnaires.

2. Modalités de recueil des questionnaires :

Le recueil des questionnaires n'étant pas exhaustif (60% de retour), on peut penser, au vu des résultats de l'enquête, que seuls les patients aux avis les plus extrêmes ont retourné les questionnaires. Il est probable que les patients aux avis partagés ou indifférents n'ont pas pris la peine de renvoyer le questionnaire malgré toutes les relances. Il est légitime de penser que nos résultats sont sans doute ici surévalués par rapport à l'opinion de la totalité des usagers de l'HAD (les avis « tranchés » étant surtout positifs).

Il faut également signaler ici la difficulté de recueil des questionnaires. Le fait d'adopter une méthode de distribution systématique du questionnaire dans le dossier HAD, avec un recueil en fin de séjour par le personnel du service, offre l'avantage d'être une méthode simple qu'il est possible de maintenir à l'avenir, lors de la pérennisation de l'évaluation de la satisfaction des usagers de l'HAD. De plus, cette méthode favorise sans doute le taux de retour des questionnaires plutôt qu'un envoi simple par courrier, le soignant réalisant la sortie pouvant demander si le questionnaire a été rempli avant de reprendre le dossier patient. Cependant cette méthode de distribution et de recueil des questionnaires génère des difficultés propres. Il paraît en effet difficile et maladroit de demander le remplissage du questionnaire de satisfaction immédiatement après le décès

d'un patient. Si l'on met à part cette situation chargée sur le plan émotionnel, on remarque également qu'il est parfois difficile pour le personnel de demander au patient ou à sa famille de bien vouloir remplir le questionnaire de satisfaction. Cette gêne peut s'expliquer par une sensation de malaise du personnel soignant qui, au moment de demander le questionnaire de satisfaction, peut associer cela à une forme de « rétribution de la prise en charge », ce qui à ses yeux pourrait altérer la qualité de l'échange qui a pu se créer au cours du séjour en HAD. Le personnel soignant étant très souvent intégré dans la vie de famille des patients, la demande d'une évaluation de la prise en charge paraît parfois difficile. La « relance » des patients et de leur famille dans le remplissage des questionnaires est également parfois difficile à mettre en place au vu de la relation qui a pu s'installer entre soignants et patients.

B. Analyse des résultats :

1. Taux de retour des questionnaires :

Le taux de retour des questionnaires (60% de réponse) peut être qualifié de satisfaisant. Il se situe dans les normes des taux de réponses moyens des enquêtes de satisfaction hospitalière qui fixent entre 60% et 80% cette valeur (12). Il paraît difficile dans ce genre d'enquête d'obtenir un taux de réponse plus élevé compte tenu des difficultés de recueil précédemment évoquées. Un remplissage des questionnaires après un entretien téléphonique aurait pu augmenter sensiblement le taux de réponses mais aurait par ailleurs occasionné une gêne pour les patients ou leur famille (notamment à la suite d'un décès). Cette enquête de satisfaction visant à être pérennisée, un remplissage téléphonique aurait nécessité une logistique lourde et fastidieuse dans le futur.

2. Connaissance de l'unité d'HAD :

Notre étude montre que la façon la plus courante de faire connaître l'HAD auprès des patients se fait via un autre service hospitalier. Ce résultat paraît assez logique car l'HAD de Montauban est assimilée à un service hospitalier ce qui favorise les mutations de patients depuis une autre unité. Ce qui peut en revanche paraître surprenant, est la comparaison de cette réponse avec celle à la question « recommanderiez vous l'HAD à un de vos proches ? ». Cette question obtient en effet 96% de réponses positives. Il aurait donc été légitime de penser que certains patients aient connu l'HAD grâce à une recommandation d'un des usagers ce qui n'est pas le cas ici. Ce résultat peut néanmoins s'expliquer par le faible nombre de patients traités via l'HAD (ce service est encore jeune), ce qui ne favorise pas le phénomène de « bouche à oreille ».

L'HAD est peu recommandée par les infirmiers libéraux (2%) mais l'est un peu plus par les médecins traitants (12%). Ces résultats sont en accord avec l'étude réalisée par N. de Percin en 2013 au sein de l'HAD, qui avait retrouvé que l'HAD avait une meilleure image auprès des médecins généralistes qu'auprès des infirmiers libéraux (3).

Le fort taux de réponses « autre » à la façon de faire connaître l'HAD suggère qu'il serait nécessaire d'inclure aux réponses proposées une nouvelle catégorie « service d'une clinique privée » dans les enquêtes ultérieures.

3. Qualité de l'accueil :

Tous les usagers de l'HAD sont satisfaits du premier contact qu'ils ont eu avec la structure. Ce résultat témoigne de l'importance que le service attache à la visite de pré-admission. Celle-ci est en effet primordiale et souvent décisive dans la réussite de la prise en charge future. Cette satisfaction vis-à-vis du premier contact avec l'HAD se retrouve dans l'enquête de satisfaction de F. Jubault réalisée en 2011 auprès de l'HAD 35 où 100% de satisfaction était relevé (13).

Nous sommes en mesure de nous interroger sur les 17% de personnes n'ayant pas donné leur avis sur le rôle de la secrétaire. Un élément de réponse est que les usagers de l'HAD ne sont pas systématiquement en contact avec la secrétaire, et quand ils le sont, il s'agit le plus souvent de contact téléphonique (peu de familles ou de patients se déplacent sur la structure). Il semble donc, au vu de ce résultat, qu'il est difficile pour les usagers de l'HAD de juger du rôle d'une personne avec qui ils n'ont que peu de contact.

4. Qualité des soins et de la prise en charge :

L'organisation d'une permanence de soins 24 heures sur 24 est un atout majeur de l'HAD et est largement appréciée de ses usagers (98% de satisfaction). La disponibilité des intervenants a été également plébiscitée par les patients avec un taux de satisfaction de 94%. Ce résultat devance même celui de l'enquête de F. Jubault qui ne retrouvait que 81% de satisfaction (13) et témoigne là encore de l'importance qu'attache la structure de l'HAD de Montauban à la qualité de la relation soignant/patient.

Si le respect des habitudes de vie, de la confidentialité des informations et le respect de la dignité et de l'intimité ont été très bien évalués par les usagers de l'HAD, la question quant à la satisfaction du respect des horaires obtient de moins bons résultats (seulement 65% de très satisfaits, 33% de satisfaits et 2% de peu satisfaits). Ce résultat peut s'expliquer par la difficulté des équipes soignantes à planifier une tournée à l'avance. En effet, les horaires de passages sont souvent très dépendants d'une visite précédente. Ainsi il arrive qu'un malade ait besoin d'une attention plus soutenue, et que la visite doive être prolongée, chose qu'il n'était pas possible de prévoir avant le passage. Un autre point pouvant également influencer le décalage des horaires est la distance parcourue par les soignants de l'HAD. La structure intervenant dans toute la partie Est du département du Tarn-et-Garonne, il n'est en effet pas rare que les équipes aient à parcourir de longues distances entre chaque patient, ce qui augmente le risque de non respect des horaires. Ce sujet est bien évidemment un des points à améliorer.

La gestion de la douleur est un des points forts de l'HAD. Aucun des usagers ne semble insatisfait de cette prise en charge. Cependant il est intéressant de confronter la réponse « non concerné » faite par 5% des patients à celle portant sur les points à améliorer. On remarque ici que 2% des patients déclarent que la prise en charge de la douleur doit être améliorée. Il est donc légitime de penser qu'une partie des patients ayant répondu ne pas être concernés par cette question n'ont pas osé exprimer leur manque de satisfaction.

Les relations avec l'équipe soignante ont été plébiscitées par les usagers avec 100% de satisfaction. Le score très légèrement inférieur de satisfaction vis à vis des relations

avec les équipes médicales (93%) peut s'expliquer par le fait que les usagers de l'HAD sont plus en contact avec les soignants (infirmières, aides soignantes) qu'avec les médecins. Ces soignants interviennent au quotidien chez les patients et sont souvent très bien accueillis par ces derniers, voire finissent parfois par faire un peu partie de la famille. Les relations avec les médecins, bien que très chaleureuses, sont moins des relations de proximité. Au vu de ce résultat, il est étrange de trouver à la question portant sur les points à améliorer 3% de réponses pour la relation avec le personnel. Cette réponse peut néanmoins s'expliquer quand on la confronte à celle portant sur la relation avec les autres intervenants qui n'obtient que 57% de satisfaction (les 43% restant s'étant déclarés non concernés ou n'ayant pas répondu). Ce score est cependant assez logique puisque seule une partie des usagers de l'HAD a recours aux services de la psychologue ou de l'assistante sociale de la structure.

5. Qualité de l'organisation de la sortie :

La sortie d'hospitalisation est toujours une chose difficile à organiser. Si, à travers cette enquête, la sortie d'HAD a été globalement bien notée par les usagers (80% de satisfaction), une proportion non négligeable d'entre eux n'ont pas rempli cette partie (20%). Parmi eux, se trouvent sans doute les familles de patients décédés lors de la prise en charge mais il est incontestable que ce point reste à améliorer, comme l'a souligné 2% des usagers.

6. Points à améliorer :

Un quart des patients ne répondent pas à la question concernant les points à améliorer. Il est difficile d'interpréter les résultats de cette non réponse. Est-ce qu'ils estiment qu'il n'y a rien à améliorer dans la prise en charge, auquel cas pourquoi n'ont-ils pas coché la case correspondante ? Est-ce parce que cette question arrive en fin de questionnaire, la non réponse à la question étant alors due à une certaine lassitude des patients ?

Pour les usagers de l'HAD ayant répondu à cette question, une large majorité d'entre eux ne trouvent aucun point à améliorer au sein de la structure.

Nombre des points soulevés ont été évoqués précédemment, de même que les explications possibles et les conclusions que l'on pouvait en tirer. Nous rappellerons juste ici que les problèmes de relations avec le personnel soignant semblent en désaccord avec les résultats de satisfaction mesurés. L'évocation de la disponibilité du personnel par 2% des usagers peut être mise en parallèle avec le problème de respect des horaires qui peut avoir été assimilé par certains patients comme un manque de disponibilité.

Le point qui semble le plus susciter de réflexions chez les usagers est celui de l'approvisionnement en médicaments évoqué par 5% d'entre eux. Ce résultat semble en accord avec le degré de satisfaction relatif à ce sujet (94% de satisfaits) et doit de ce fait susciter notre attention pour les prises en charges futures. Cette satisfaction plus médiocre sur ce point précis se retrouve dans la thèse de N. de Percin qui retrouvait une satisfaction de 76% auprès des infirmiers libéraux et de 100% auprès des médecins généralistes (3).

7. Commentaires libres :

Les commentaires que les usagers de l'HAD ont pu laisser en fin de questionnaires renforcent pour une grande majorité d'entre eux la satisfaction qu'ils ont du service. Les termes « *merci* », « *très bien* », « *bravo* », sont souvent cités par les patients ou leur famille ce qui témoigne du besoin de ceux-ci d'exprimer leur gratitude envers l'unité. Le personnel est également loué dans de nombreux commentaires, il y est souligné leur « *disponibilité* », leur « *amabilité* » et même leur « *dévouement* ». Nous pouvons rapprocher ces commentaires de la réponse des patients quant à leur degré de satisfaction vis-à-vis du personnel soignant qui était plébiscité. À noter, un commentaire acerbe portant sur la non livraison d'un fauteuil roulant qui témoigne de la nécessité pour la famille d'un usager d'exprimer son mécontentement sur un point précis de la prise en charge qui a pu être mal vécu du fait du décès du patient.

C. Comparaisons avec les études antérieures :

Bien que l'HAD soit un mode d'hospitalisation relativement récent, nous avons trouvé un certain nombre d'études françaises et internationales s'intéressant à ce sujet. Beaucoup d'entre elles s'accordent à dire que le soin à domicile offre un niveau de satisfaction élevé. L'étude de F. Jubault précédemment citée trouve un taux de satisfaction de 90% de ses usagers (13) ce qui se rapproche de notre étude où 98% des usagers ont exprimé leur satisfaction. Des taux identiques de satisfaction se retrouvent dans les études de A. Brodin-Sartorius et al. et de M. Montalto et al. (14,15). R. Remonnay, Y. Devaux et al. font part d'un véritable plébiscite pour l'HAD dans leur étude comparant la prise en charge des chimiothérapies à domicile et à l'hôpital (16). L'engouement pour l'HAD se retrouve dans plusieurs études comparant la prise en charge hospitalière à la prise en charge à domicile. Le degré de satisfaction est dans toutes ces études plus élevé pour les soins au domicile que pour les soins dispensés à l'hôpital (17-21). Il est donc logique de voir que certains patients affirment que si le choix leur était donné entre ces 2 modes d'hospitalisation, ils choisiraient l'HAD. C'est ce qui ressort de l'étude Trapado de G. Chvetzoff et al. et de l'étude de L.C. Burton et al. qui retrouvent respectivement des taux de 63% et 72,3% de patients préférant ce mode de prise en charge (22, 23).

Devant la nette préférence pour l'hospitalisation à domicile rapportée par les études citées précédemment, il est naturel de se demander quelles sont les raisons expliquant cette préférence. Ainsi certaines études se sont intéressées à déterminer les avantages que présentait l'HAD par rapport à l'hospitalisation classique. Les raisons les plus fréquemment évoquées par les patients concernent l'environnement et la présence de la famille. En effet le maintien dans leur environnement habituel est rapporté par les patients comme étant une source de confort (14,16,24). Certains patients affirment même que le fait de rester au domicile dans leur environnement serait thérapeutique (17). La présence de la famille et du conjoint semble également jouer un grand rôle dans cette préférence et est souvent citée par les patients comme un des avantages de l'HAD (16,17,24). L'HAD offre aussi l'avantage pour le patient d'être libre de ses mouvements et de garder la possibilité de poursuivre une activité ce qui est très apprécié des usagers (14,16,18,24). Les patients en HAD sont ainsi plus actifs que les patients traités à l'hôpital comme le souligne S.A. Payne dans son étude (25). Certaines raisons plus pratiques sont également évoquées dans les études comme la limitation des trajets pour aller à l'hôpital, la suppression de difficultés de stationnement ou du temps d'attente à l'hôpital (14,18).

Le maintien des patients dans leur environnement est une des caractéristiques et une des forces de l'HAD. Ainsi ce mode de prise en charge des patients concourt à réduire l'anxiété chez ces derniers. Ces aspects ont été rapportés dans les études de D. Rischin et al. et de G. Chvetzoff et al. (18,22). La qualité de vie des patients serait ainsi améliorée grâce à ce mode de prise en charge. L.Peters et K. Sellick publient dans leur étude parue en 2006 dans *Journal of Advanced Nursing* que les patients hospitalisés auraient de moins bons scores d'évaluation de la dépression que ceux pris en charge au domicile (26). De la même façon, R. McCorkle et al., rapportent une amélioration de la santé mentale dans le groupe des patients traités à domicile par rapport au groupe témoin (27).

La proximité des patients avec l'équipe soignante est un autre atout de l'HAD. Celle-ci fait presque partie de l'environnement familial, le passage infirmier devenant une espèce de rituel dans la vie du patient. Cette qualité de la relation soignant/soigné est soulignée dans l'étude de A.Wilson and al. (17). L'importance du contact avec ce personnel soignant, et sa gentillesse sont soulignées dans l'étude de M. Montalto et al. (16). Les qualités d'écoute, de communication ainsi que la grande disponibilité de ces personnels sont également rapportées dans d'autres études (19,28). Toutes ces qualités concourent à assurer une haute qualité de soins en HAD ce qui explique la grande satisfaction exprimée par les patients vis-à-vis des relations qu'ils entretiennent avec le personnel soignant (100% de satisfaction dans notre étude).

Une très large majorité de patients disent qu'ils recommanderaient l'HAD à un de leurs proches. Cette constatation que nous avons pu faire se retrouve dans les études précédemment citées où les taux de recommandations vont de 78% à 97,7% (13,14,16,28). Il semble donc nécessaire de développer ce genre de prise en charge afin de pouvoir la proposer à une plus grande population ainsi cela éviterait le poids que peuvent représenter de longs trajets pour recevoir un traitement uniquement hospitalier. S. Payne a ainsi montré dans son étude que le fait de devoir parcourir de longs trajets pour recevoir un traitement chimiothérapeutique était plus délétère que d'être hospitalisé (29). Or, comme nous l'avons souligné précédemment, une hospitalisation à domicile dispense de ce parcours vers l'hôpital, réduit l'anxiété et améliore la qualité de vie des malades. Le fait de développer ce genre d'hospitalisation permettrait d'offrir une solution plus confortable à de tels patients.

D. Points forts de l'organisation de l'HAD au décours de l'étude :

La force de notre étude réside dans le fait que la satisfaction globale des usagers de l'HAD de Montauban est très élevée (98%). Peu de retours négatifs nous sont parvenus lors de cette étude. Les témoignages que nous avons pu recueillir sont très souvent chaleureux et chargés d'émotions. La popularité de cette structure auprès des usagers fait sa force et assure sa pérennité. L'HAD a ainsi un plus grand poids au sein de l'hôpital.

Un autre point fort retrouvé au cours de notre étude est que les usagers de l'HAD souhaitent recommander cette structure auprès de leurs proches. Ce point est en effet essentiel pour faire connaître cette structure autrement que via l'hôpital et notamment auprès des médecins généralistes. Il devrait ainsi offrir la possibilité dans les années futures d'un développement de cette structure.

Le fait que nos résultats se rapprochent des résultats des autres études évaluant la satisfaction d'usagers d'HAD est également un point positif de notre étude. Cela témoigne du bon fonctionnement de cette structure.

Enfin, peu de patients notent des points à améliorer ce qui témoigne d'une grande efficacité de l'HAD et de la qualité de son organisation. Bien que l'HAD soit une structure encore jeune, les rouages de son fonctionnement semblent déjà bien huilés ce qui, pour l'avenir, est une perspective encourageante et une force.

E. Points faibles de l'organisation de l'HAD au décours de l'étude :

Une des faiblesses de notre étude réside dans le taux de réponses. Nous n'avons en effet recueilli que 60% de réponses, les résultats ne sont donc pas représentatifs du degré de satisfaction de l'ensemble des usagers de l'HAD comme signalé précédemment. Un recueil exhaustif paraît difficile dans ce genre d'étude et des relances itératives risqueraient de nuire à la qualité de la relation soignant/soigné.

Nous n'avons pas comparé la prise en charge en HAD à des prises en charges équivalentes en milieu hospitalier. Il pourrait ainsi nous être reproché le manque d'objectivité de nos réponses, n'ayant pas de point de comparaison. Ainsi nous aurions pu déterminer s'il existait une supériorité de l'HAD par rapport à une hospitalisation classique. Cependant, il ne s'agissait pas là des objectifs de notre étude. Une telle comparaison pourrait faire l'objet de recherches futures...

F. Proposition de pérennisation du questionnaire :

Au vu du rapport de l'IGAS rappelant l'obligation qu'ont les établissements de santé de mesurer la satisfaction de leurs usagers (11), une pérennisation de cette enquête de satisfaction nous a paru intéressante. Cette étude nous a permis de soulever des points à améliorer dans le questionnaire futur. Tout d'abord il serait intéressant d'ajouter une question du type « *Auriez-vous préféré une prise en charge similaire en milieu hospitalier ?* » qui permettrait d'évaluer le désir des patients sur leur prise en charge. D'autre part, nous avons pu constater au cours de l'étude un nombre important de questions restées sans réponse. Afin d'en limiter le nombre, il serait nécessaire d'ajouter en début de questionnaire une consigne précisant de ne pas oublier de cocher une case pour chaque question posée. Enfin l'ajout d'un item « *ne se prononce pas* » serait souhaitable notamment pour la question portant sur les points à améliorer. Ceci dans le but d'obtenir un maximum de réponses à cette question.

Conclusion

L'HAD est un mode d'hospitalisation relativement récent et notamment au sein du centre hospitalier de Montauban.

L'enquête de satisfaction réalisée ici retrouve un très fort taux de satisfaction des usagers de l'HAD ce qui témoigne du bon fonctionnement de cette structure et de la nécessité de poursuivre ce mode d'hospitalisation apprécié des patients. Peu de points semblent à améliorer si ce n'est le respect des horaires de passage.

Cette satisfaction est un des atouts de l'HAD qui devrait progressivement se faire connaître par le « bouche à oreille » puisqu'une très grande majorité de ses usagers recommanderait à un proche ce type d'hospitalisation.

Une grande proximité existe entre les équipes soignantes et les patients hospitalisés ce qui en fait une structure à part.

La comparaison avec les résultats de l'enquête de satisfaction réalisée en 2011 auprès des professionnels de santé libéraux partenaires de l'HAD laisse l'impression que les avis sont nettement plus favorables chez les patients que chez les professionnels de santé. Ce fait est particulièrement vrai en ce qui concerne le personnel paramédical libéral. L'unité d'HAD du centre hospitalier général de Montauban semble mieux perçue par les patients que par les professionnels libéraux même si l'avis de ces derniers reste positif. Quoiqu'il en soit, le patient étant au cœur de la prise en charge, son avis doit rester une préoccupation constante de l'unité d'HAD. Nous laisserons donc le patient conclure au travers de cette jolie remarque extraite des commentaires libres de notre questionnaire : *« Merci d'avoir fait votre travail avec cœur, élément qui n'est pas évalué dans ce questionnaire ».*

Bibliographie

1. Article L6125-2 du code de santé publique
2. Circulaire N°DHOS/O3/2006/506 du 1^{er} décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile
3. **De Percin N.**, Collaboration entre la ville et l'hôpital : expérience de l'unité d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Montauban, Thèse de médecine générale université de Toulouse, 2013
4. **Durand N., Lannelongue C., Legrand P.**, Hospitalisation à domicile, rapport définitif, Tome 1, Inspection générale des affaires sociales, Nov. 2010
5. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière
6. Hospitalisation à domicile, histoire : <http://www.fnehad.fr/lhad/histoire-had.html>
7. Article 24, Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière
8. Article R712-2-1 du code de Santé Publique
9. Circulaire N°DHOS/O3/DGAS/2C/2007/365 du 05 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées
10. L'hospitalisation à domicile, rapport de la cour des comptes de la sécurité sociale, chapitre IX, septembre 2013
11. Circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile
12. **Lopez A., Rémy P.-L.**, Mesure de la satisfaction des usagers des établissements de santé, rapport n°RM2007-045P, IGAS, mars 2007
13. **Jubault F.**, Démarche d'amélioration de la qualité. Écoute patient : résultats de l'enquête de satisfaction 2011, Comité qualité & sécurité du 06.10.11, HAD 35
14. **Brodin-Sartorius A., Dupeux S. et al.**, Hospitalisation à domicile comme alternative à l'hospitalisation conventionnelle pour le traitement répété par immunoglobulines intraveineuses des patients transplantés rénaux: étude rétrospective de 37 patients. *Néphrologie & Thérapeutique*, 8(5), 385
15. **Montalto M.**, Patients' and Carers' Satisfaction with Hospital-in-the Home Care, *International Journal for Quality in Health Care*, 1996 Jun ; 8 (3) : 243-51

16. **Remonnay R., Devaux Y. et al.**, Développement de l'hospitalisation à domicile : à quels coûts, selon quel cadre d'évaluation ? Le cas des chimiothérapies antinéoplasiques, *Rev. Epidemiol. Sante Publique*, 2003 (51), 649-652
17. **Wilson A., Wynn A., Parker H.**, Patient and carer satisfaction with « Hospital at Home » : quantitative and qualitative results from a randomised controlled trial, *British Journal of General Practice*, 2002 January ; 52(474) : 9-13
18. **Rischin D., White M.A. and al.**, A randomised crossover trial of chemotherapy in the home : patient preferences and cost analysis, *Medical Journal of Australia*, 2000 Aug 7;173(3) : 125-7
19. **Borras J.M., Sanchez-Hernandez A. and al.**, Compliance, satisfaction, and quality of life of patients with colorectal cancer receiving home chemotherapy or outpatient treatment : a randomised controlled trial, *BMJ*, 2001 Apr 7 ; 322 (7290) : 826
20. **Smeenk F.W., van Haastregt J.C., de Witte L.P., Crebolder H.F.**, Effectiveness of home care programmes for patients with incurable cancer on their quality of life and time spent in hospital : systematic review, *BMJ*, 1998 Jun 27 ; 316(7149) : 1939-44
21. **Shepperd S., Iliffe S.**, The effectiveness of hospital at home compared with in – patient hospital care : a systematic review, *Journal of Public Health Medicine*, 1998 Sep ; 20(3) : 344-50
22. **Chvetzoff G., Perol D. and al.**, Étude prospective de qualité des soins et de qualité de vie chez des patients cancéreux en phase palliative, en hospitalisation ou à domicile : analyse intermédiaire de l'étude Trapado, *Bull Cancer* vol.93 (2), février 2006, 213-221
23. **Burton L.C., Bell B., Harper M., et al.**, Acceptability to patients of a home hospital, *J Am Geriatr Soc.*, 1998 ; 46 : 605-609
24. **Fried T.R., van Doorn C. and al.**, Older Persons' Preferences for Home vs Hospital Care in the Treatment of Acute Illness, *Archives of internal medicine*, 2000 May 22; 160 (10) : 1501-6
25. **Payne S.A.**, A study of quality of life in cancer patients receiving palliative chemotherapy, *Soc. Sci. Med.*, 1992 Dec ; 35 (12) : 1505-9
26. **Peters L., Sellick K.**, Quality of life of cancer patients receiving inpatient and home-based palliative care, *Journal of Advanced Nursing*, 2006 Mars ; 53(5) : 524-533
27. **McCorkle R., Jepson C., Malone D., Lusk E., Braitman L., Buhler-Wilkerson K., et al.**, The impact of posthospital home care on patients with cancer, *Research in Nursing and Health*, 1994 ; 17 : 243–251
28. **Dahan M., Paule B. and al.**, Hospitalisation à domicile en onco-urologie : bilan des 5 premières années et enquête de satisfaction, *Progrès en urologie*, Volume 17, Issue 4, June 2007, p. 855-859

- 29. Payne S. and al.**, Implications of social isolation during cancer treatment. The implications of residence away from home during cancer treatment on patients' experiences : a comparative study, *Health and Place*, 2001 Dec ; 7 (4) : 273-82

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire de satisfaction :

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Notre souci constant d'améliorer la qualité des soins nous amène à vous solliciter pour recueillir votre avis et vos suggestions concernant votre prise en charge en Hospitalisation à Domicile.

Nous vous remercions de nous accorder quelques minutes pour remplir ce questionnaire de manière anonyme. Vos réponses nous permettront de mieux répondre à vos attentes et nous vous remercions de votre précieuse collaboration.

Merci de préciser :

- Questionnaire rempli par le patient seul
- Questionnaire rempli par l'entourage
- Questionnaire rempli par le patient avec l'aide de son entourage

Comment avez-vous eu connaissance de l'Unité d'H.A.D. ?

- Service hospitalier
- Médecin traitant
- Infirmier libéral
- Par recommandation d'un usager
- Autre :

Lors de la visite de pré-admission, les informations relatives au fonctionnement du service ont été :

- Suffisantes
- Insuffisantes
- Claires
- Confuses

Le délai entre la demande d'admission et le début de la prise en charge a-t-il été satisfaisant ?

- Oui
- Non

QUALITE DE L'ACCUEIL

De manière générale, qu'avez-vous pensé de :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait
- Le premier contact avec l'équipe d'HAD ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Le rôle de la secrétaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QUALITE DES SOINS et de la PRISE EN CHARGE

Lors de vos soins et de votre prise en charge, qu'avez-vous pensé de :

	Très satisfait	Satisfait	Peu satisfait	Pas satisfait	Non concerné
✓ L'organisation de l'accès 24h/24 aux soins et à l'information ?	<input type="checkbox"/>				
✓ La coordination des différents intervenants ?	<input type="checkbox"/>				
✓ La disponibilité des différents intervenants ?	<input type="checkbox"/>				
✓ Du respect des horaires de passages des intervenants ?	<input type="checkbox"/>				
✓ Du respect de vos habitudes de vie ?	<input type="checkbox"/>				
✓ Du respect de la confidentialité des informations ?	<input type="checkbox"/>				
✓ Du respect de votre dignité et intimité ?	<input type="checkbox"/>				
✓ De l'organisation de la participation de votre entourage ?	<input type="checkbox"/>				
✓ La prise en charge de votre douleur ?	<input type="checkbox"/>				
✓ Des relations avec :	<input type="checkbox"/>				
- L'équipe soignante (infirmière, aide soignante) ?	<input type="checkbox"/>				
- L'équipe médicale (médecins) ?	<input type="checkbox"/>				
- Les autres intervenants (service social, psychologue) ?	<input type="checkbox"/>				
✓ L'approvisionnement en matériel et en médicaments ?	<input type="checkbox"/>				

De manière générale, les informations qui vous ont été données vous ont-elles paru ?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Suffisantes | <input type="checkbox"/> Insuffisantes |
| <input type="checkbox"/> Claires | <input type="checkbox"/> Confuses |

Globalement, qu'avez vous pensé de la qualité des soins et de la prise en charge en HAD ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Très satisfaisante | <input type="checkbox"/> Satisfaisante |
| <input type="checkbox"/> Peu satisfaisante | <input type="checkbox"/> Insatisfaisante |

ORGANISATION DE VOTRE SORTIE

Les informations relatives à votre sortie ont-elles été claires ?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Suffisantes | <input type="checkbox"/> Insuffisantes |
| <input type="checkbox"/> Claires | <input type="checkbox"/> Confuses |

Qu'avez-vous pensé de l'organisation du relais de prise en charge après votre prise en charge en HAD ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Très satisfaisante | <input type="checkbox"/> Satisfaisante |
| <input type="checkbox"/> Peu satisfaisante | <input type="checkbox"/> Pas satisfaisante |

SYNTHESE

Globalement, comment avez vous apprécié votre prise en charge ?

- Très satisfait Satisfait Peu satisfait Pas satisfait Ne se prononce pas

Recommanderiez-vous l'HAD à vos proches ? Oui Non Ne se prononce pas

Parmi les propositions, y-a-t-il, selon vous, des points qui doivent faire l'objet d'une amélioration ?

<input type="checkbox"/> Qualité des soins	<input type="checkbox"/> Les relations avec le personnel	<input type="checkbox"/> La disponibilité des intervenants	<input type="checkbox"/> La qualité des informations données
<input type="checkbox"/> La prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/> L'approvisionnement en matériel et médicaments	<input type="checkbox"/> La préparation de la sortie	<input type="checkbox"/> Aucun

Remarques / Suggestions :

.....
.....
.....

Merci d'avoir pris le temps nécessaire pour répondre à ce questionnaire

**Vous pouvez remettre ce questionnaire à un membre de l'équipe
ou le transmettre par courrier à l'adresse suivante :**

Centre Hospitalier de Montauban
Direction des soins et de la qualité
100, rue Léon Cladel
82 013 MONTAUBAN Cedex

Annexe 2 : Données brutes :

Mode de remplissage du questionnaire :	
Par le patient seul	16
Par l'entourage	21
Par le patient avec l'aide de l'entourage	14
Non rempli	3
Total	54

Comment avez vous eu connaissance de l'Unité d'H.A.D. ?		Détail de la valeur : "Autre"	
Service hospitalier	38	Chirurgien	2
Autre	9	Clinique Pasteur	2
Médecin traitant	7	Famille	1
Non rempli	3	Travaille à l'hôpital	1
Infirmier libéral	1	Assistante sociale	1
Recommandation d'un usager	0		
Total	58		

Informations délivrées lors de la visite de pré-admission :	
Suffisantes	40
Clares	33
Insuffisantes	0
Confuses	0
Non rempli	1
Total	54

Délai satisfaisant entre la demande et le début de prise en charge :	
Oui	50
Non	0
Non rempli	4
Total	54

Le premier contact avec l'équipe de l'HAD :	
Très satisfait	49
Satisfait	5
Peu satisfait	0
Pas satisfait	0
Total	54

Rôle de la secrétaire :	
Très satisfait	38
Satisfait	7
Peu satisfait	0
Pas satisfait	0
Non rempli	9
Total	54

Organisation de l'accès 24h/24 aux soins et à l'information :	
Très satisfait	46
Satisfait	7
Peu satisfait	0
Pas satisfait	0
Non concerné	1
Total	54

Coordination des différents intervenants :	
Très satisfait	40
Satisfait	13
Peu satisfait	0
Pas satisfait	0
Non concerné	2
Total	54

Disponibilité des différents intervenants :	
Très satisfait	42
Satisfait	9
Peu satisfait	0
Pas satisfait	0
Non concerné	1
Non rempli	2
Total	54

Respect des horaires de passages des intervenants	
Très satisfait	35
Satisfait	18
Peu satisfait	1
Pas satisfait	0
Non concerné	0
Total	54

Respect des habitudes de vie :	
Très satisfait	41
Satisfait	13
Peu satisfait	0
Pas satisfait	0
Non concerné	0
Total	54

Respect de la confidentialité des informations :	
Très satisfait	45
Satisfait	7
Peu satisfait	0
Pas satisfait	0
Non concerné	2
Total	54

Respect de la dignité et de l'intimité :	
Très satisfait	45
Satisfait	8
Peu satisfait	0
Pas satisfait	0
Non concerné	1
Total	54

Organisation de la participation de l'entourage :	
Très satisfait	36
Satisfait	14
Peu satisfait	0
Pas satisfait	0
Non concerné	3
Non rempli	2
Total	54

Prise en charge de la douleur :	
Très satisfait	42
Satisfait	11
Peu satisfait	0
Pas satisfait	0
Non concerné	3
Total	54

Relations avec l'équipe soignante :	
Très satisfait	46
Satisfait	8
Peu satisfait	0
Pas satisfait	0
Non concerné	0
Total	54

Relations avec l'équipe médicale :	
Très satisfait	45
Satisfait	6
Peu satisfait	0
Pas satisfait	0
Non concerné	2
Non rempli	2
Total	54

Relations avec les autres intervenants :	
Très satisfait	27
Satisfait	4
Peu satisfait	0
Pas satisfait	0
Non concerné	14
Non rempli	9
Total	54

L'approvisionnement en matériel et en médicaments :	
Très satisfait	43
Satisfait	9
Peu satisfait	1
Pas satisfait	0
Non concerné	1
Non rempli	1
Total	54

Qualité des informations données :	
Suffisantes	44
Claires	31
Insuffisantes	0
Confuses	0
Total	54

Qualité des soins et de la prise en charge en HAD	
Très satisfaisante	47
Satisfaisante	5
Peu satisfaisante	1
Insatisfaisante	0
Non rempli	2
Total	54

Qualité des informations relatives à la sortie :	
Suffisantes	18
Suffisantes et claires	13
Claires	17
Insuffisantes	0
Confuses	0
Non rempli	6
Total	54

Organisation du relais de prise en charge :	
Très satisfaisante	34
Satisfaisante	9
Peu satisfaisante	0
Pas satisfaisante	0
Non rempli	11
Total	54

Appréciation globale sur la prise en charge :	
Très satisfait	43
Satisfait	10
Peu satisfait	0
Pas satisfait	0
Ne se prononce pas	1
Total	54

Recommanderiez-vous l'HAD à vos proches	
Oui	52
Non	0
Ne se prononce pas	2
Total	54

Points à améliorer :	
Aucun	34
Non rempli	14
L'approvisionnement en matériel et médicaments	3
Qualité des soins	2
Les relations avec le personnel	2
La prise en charge de la douleur	1
La disponibilité des intervenants	1
La préparation de la sortie	1
La qualité des informations données	0
Total	58

Montauban Hospital, Hospital at Home - An evaluation of the medical service given to the patients.

An inquiry about the satisfaction of the patients applied to all of them over a period of a year.

We carried out a satisfactory inquiry towards the patients who have been hospitalized through Hospital at Home of Montauban Hospital during 2013. This study comes after a satisfaction inquiry carried out in 2012 towards the persons working in the health professions who were sending their patients to hospital at Home. Our study leans on a questionnaire given to all the patients who were taken care of in the unit over a period of a year. The main aim of our study was to collect the patients' opinion about the quality of Hospital at home care. Out of 109 patients cared in this hospital service, 90 could be included. 60% of these patients answered the questionnaire. A large majority of the patients were satisfied with his care with Hospital at Home. 96% of them would recommend this service to their family. This study showed that this way to hospitalize was highly appreciated by patients and their family which encourages us to develop this way to look after patients.

Discipline : General medecine

Key words : Satisfaction inquiry – Hospital at Home – Evaluation by the patients

Évaluation du service rendu aux patients de l'HAD du Centre Hospitalier de Montauban.

Enquête de satisfaction réalisée auprès de tous les patients de l'unité sur une période de un an.

Toulouse – Thèse soutenue le 14 octobre 2014

Nous avons réalisé une enquête de satisfaction auprès des patients hospitalisés au sein de l'HAD du Centre Hospitalier de Montauban durant l'année 2013. Cette étude fait suite à une enquête de satisfaction réalisée en 2012 auprès des professionnels de santé libéraux adressant leurs patients en HAD. Notre étude s'appuie sur un questionnaire de satisfaction distribué à tous les patients pris en charge au sein de l'unité sur une durée de un an. L'objectif principal de notre étude est de recueillir l'avis des patients sur la qualité de prise en charge en HAD. Sur 106 patients qui ont été hospitalisés au sein de ce service durant l'année 2013, 90 répondaient aux critères d'inclusion. Le taux de retour des questionnaires a été de 60%. La très grande majorité des patients est satisfaite de sa prise en charge en HAD. 96% des patients pris en charge recommanderaient ce service à leur proche. Cette étude a montré que ce mode d'hospitalisation est très apprécié des patients et de leur famille ce qui est un encouragement pour développer ce mode de prise en charge.

Discipline administrative : Médecine Générale

Mots-clés : Enquête de satisfaction – Hospitalisation à domicile – Évaluation par les patients

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

Directeur de Thèse : Docteur BRUEL Frédéric