# UNIVERSITÉ TOULOUSE III – Paul SABATIER -FACULTÉ DE MEDECINE

Année 2015 TOU3 1014

# **THÈSE**

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

# Utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne

Présentée et soutenue publiquement le 17 Mars 2015

Par: Elise BIRAGUE-CAVALLIE

Directeur de Thèse : Docteur Francis BONENFANT

#### **JURY:**

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Président
Monsieur le Professeur Marc VIDAL	Assesseur
Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Assesseur
Madame le Docteur Marie-Eve ROUGE BUGAT	Assesseur
Monsieur le Docteur Pierre BOYER	Assesseur



#### TABLEAU du PERSONNEL HU des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier au 1er septembre 2014

#### **Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire M. ROUGE D. Doyen Honoraire M. LAZORTHES Y. Doyen Honoraire M. CHAP H. Doyen Honoraire M. GUIRAUD-CHAUMEIL B Professeur Honoraire M. COMMANAY Professeur Honoraire M. CLAUX Professeur Honoraire M. ESCHAPASSE Professeur Honoraire Mme ENJALBERT Professeur Honoraire M. GEDEON Professeur Honoraire M. PASQUIE Professeur Honoraire M. RIBAUT M. ARLET J. Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. RIBET M. MONROZIES Professeur Honoraire M. DALOUS Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. DUPRE Professeur Honoraire M. FABRE J. Professeur Honoraire M. DUCOS Professeur Honoraire M. GALINIER Professeur Honoraire M. LACOMME Professeur Honoraire M. BASTIDE Professeur Honoraire M. COTONAT Professeur Honoraire M. DAVID Professeur Honoraire Mme DIDIER M. GAUBERT Professeur Honoraire Professeur Honoraire Mme LARENG M.B. Professeur Honoraire M. BES Professeur Honoraire M. BERNADET Professeur Honoraire M. GARRIGUES Professeur Honoraire M. REGNIER M. COMBELLES Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. REGIS Professeur Honoraire M. ARBUS Professeur Honoraire M. PUJOL M. ROCHICCIOLI Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. RUMEAU M. BESOMBES Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. GUIRAUD Professeur Honoraire M. SUC Professeur Honoraire M. VALDIGUIE Professeur Honoraire M. BOUNHOURE Professeur Honoraire M. PONTONNIER Professeur Honoraire M. CARTON Professeur Honoraire Mme PUEL J. Professeur Honoraire M. GOUZI Professeur Honoraire associé M. DUTAU Professeur Honoraire M. PONTONNIER Professeur Honoraire M. PASCAL

Professeur Honoraire M. SALVADOR M. Professeur Honoraire M. BAYARD M. LEOPHONTE Professeur Honoraire Professeur Honoraire M. FABIÉ Professeur Honoraire M. BARTHE Professeur Honoraire M. CABARROT Professeur Honoraire M. DUFFAUT Professeur Honoraire M. ESCAT Professeur Honoraire M. ESCANDE Professeur Honoraire M. PRIS Professeur Honoraire M. CATHALA Professeur Honoraire M. BAZEX Professeur Honoraire M. VIRENQUE Professeur Honoraire M. CARLES Professeur Honoraire M. BONAFÉ Professeur Honoraire M. VAYSSE Professeur Honoraire M. ESQUERRE Professeur Honoraire M. GUITARD Professeur Honoraire M. LAZORTHES F. Professeur Honoraire M. ROQUE-LATRILLE Professeur Honoraire M. CERENE Professeur Honoraire M. FOURNIAL Professeur Honoraire M. HOFF Professeur Honoraire M. REME Professeur Honoraire M. FAUVEL Professeur Honoraire M. FREXINOS Professeur Honoraire M. CARRIERE Professeur Honoraire M. MANSAT M. Professeur Honoraire M. BARRET Professeur Honoraire M. ROLLAND Professeur Honoraire M. THOUVENOT Professeur Honoraire M. CAHUZAC Professeur Honoraire M. DELSOL Professeur Honoraire M. ABBAL Professeur Honoraire M. DURAND Professeur Honoraire M. DALY-SCHVEITZER Professeur Honoraire M. RAILHAC Professeur Honoraire M. POURRAT Professeur Honoraire M. QUERLEU D. Professeur Honoraire M. ARNE JL Professeur Honoraire M. ESCOURROU J. Professeur Honoraire M. FOURTANIER G. Professeur Honoraire M. LAGARRIGUE J. M. PESSEY JJ. Professeur Honoraire

#### Professeurs Émérites

Professeur LARROUY
Professeur ALBAREDE
Professeur CONTÉ
Professeur MURAT
Professeur MANELFE
Professeur LOUVET
Professeur SARRAMON
Professeur GURAUD-CHAUMEIL
Professeur COSTAGLIOLA

Professeur JL. ADER
Professeur Y. LAZORTHES
Professeur L. LARENG
Professeur F. JOFFRE
Professeur J. CORBERAND
Professeur B. BONEU
Professeur H. DABERNAT
Professeur M. BOCCALON
Professeur B. MAZIERES
Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur J. SIMON

#### **FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

M. RECHER Ch.

M. SALLES J.P.

M. TELMON N.

M. SERRE G. (C.E)

M. VINEL J.P. (C.E)

M. RISCHMANN P. (C.E)

M. SALES DE GAUZY J.

M. RIVIERE D. (C.E)

Doyen: JP. VINEL P.U. - P.H.

2ème classe

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

			zeme diasse
M. ADOUE D.	Médecine Interna, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. AMAR J.	Thérapeutique	M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie	M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. AVET-LOISEAU H	Hematologie, transfusion	M. BUREAU Ch	Hépato-Gastro-Entéro
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)	M. CALVAS P.	Génétique
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgio Vasculaire	Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie	M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique	Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologia	M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. CARRIE D.	Cardiologie	M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie	M. FOURNIÉ P.	Ophtalmologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie	M. GAME X.	Urolog <sub>i</sub> e
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	Mmu GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. DEGUINE O.	O. R. L.	M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. DUCOMMUN B.	Cancirologie	M. LAUWERS F.	Anatomie
M. FERRIERES J.	Epidemiologie, Santé Publique	M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. FOURCADE O.	Anesthèsiologie	M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.	M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT J-M	Neurologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique	M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale	M. PARIENTE J.	Neurologie Obstattique
M. LANGIN D.	Nutrition	M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. LAUQUE D. (C.E)	Médecine Interne	M. PAUL C.	Dermatologie
M. LIBLAU R. (C.E)	Immunologie	M. PAYOUX P.	Biophysique
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie	M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. MALAVAUD B.	Urologie	M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique	M. PERON J.M.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. MARCHOU B.	Maladics Inforveuses	M. RONCALLIJ.	Cardiologie
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstětrique	M. SANS N.	Radiologie
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie	Mme SAVAGNER F.	Biochimie et biologie moléculaire
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique	Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme MOYAL E.	Cancérologie	M. SOL J-Ch.	Neurochirurgia
Mme NOURHASHEMI F.	Géréatrie	And the state of Assert	rical contrarg. 3
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)	Bicchimie		
M. PRADERE B. (C.E)	Chirurgie générale		
M. RASCOL O.	Pharmacologie	P.U.	

M. OUSTRIC S.

Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale Dr. MESTHÉ P.

Hé matologie

Physio'ogie

Chirurgie Infantile

Biologie Cellulaire

Médecine Légale

Hépato-Gastro-Enterologie

Urologie

Pédiatrie

#### FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL 133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

#### P.U. - P.H.

#### Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pécatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mms BERRY L	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatolog o
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinolog.e
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 Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GRAND A. (C.E)	Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H. (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR N.	Néphro ogie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématolog e
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmo.ogie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectiouses
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).	Néphro ogie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologíe
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

Pédiatrie

Gériatrie

Mme TAUBER M.T.

M. VELLAS B. (C.E)

Doyen: E. SERRANO

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ACCADBLED F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidemiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectiouses
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mms GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumalologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX B.	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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
AL DOUBLE E	a Supplied to the Contract of

Mmg URO-COSTE E. Anatomie Pathologique

#### **FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN** 37, allées Jules Guesde - 31062 Toulouse Cedex

#### FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL 133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

B. #	C		-	
ILLE		100	-	-

M. APOIL P. A Immunologie Mme ARNAUD C. Epidemiologie M RIFTH F Génétique Mme BONGARD V. Epidémiologie Mme CASPAR BAUGUIL S Nutrition Mme CASSAING S. Parasitologie Mme CONCINA D. Anesthés a-Réanimation

M. CONGY N. Immunologio Mme COURBON Pharmacologie Mme DAMASE C. Pharmacologie Mme de GLISEZENSKY I. Physiologie

Mme DELMAS C Bactériologie Virologie Hygiène Mme DE-MAS V Hématologie

M. DUBOIS D Bactériologie Virologie Hygiène Mme DUGUET A.M. Médecine Légale M. DUPUI Ph. Physiologie Parasitologie

Mme FILLAUX J. M. GANTET P. Biophysique Mme GENNERO I. Biochimie

Mme GENOUX A. Biochimie et biologie moléculaire

M. HAMDIS Biochim'e Mme HITZEL A. Biophysique

M. IRIART X Parasitologie et mycologio M. JALBERT F. Stomato et Maxillo Faciale. M. KIRZINS Chirurgie générale

Mme LAPEYRE-MESTRE M. Pharmacologie M. LAURENT C. Anatomie Pathologique Mme LE TINNIER A. Médecine du Travail M. LOPEZ R

Anatomie M. MONTOYA R. Physiologie Mme MOREAU M. Physiologie Mme NOGUEIRA M.L. Bio'ogie Cellulaire M. PILLARD F. Physiologie

Mme PRERE M.F. Bactériologie Virologie Mme PUISSANT B.

Immunologie Mme RAGAB J. Biochimie Mme RAYMOND S

Bactériologie Virologie Hygiène

Mme SABOURDY F. **Biochimie** 

Bactériologie Virologie Mme SAUNE K. M. SILVA SIFONTES S. Réanimation M. SOLER V Ophtalmologie M. TAFANIJA Biophysique M. TREINER E. Immunologie

Mme TREMOLLIERES F. Biclogie du développement M. TRICOIRE J.L. Anatomie et Chirurgie Orthopédique

M. VINCENT C. Biologie Cellulaire M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL F. Bactério. Virologie Hygiène M. BES J.C. Histologie - Embryologie

M. CAMBUS J.P. Hématologie Mme CANTERO A. Bicchimie Mme CAREAGNA I Pádiatrie Mme CASSOL F Biophysique Mme CAUSSE F. Biochimie M. CHASSAING N Génétique

Mme CLAVE D. Bactériologie Virologie M. CLAVEL C. Biologie Cellulaire Mme COLLIN L. Cytologie M. CORRE J Hématologie M. DEDOUIT F. Médecine Légale M. DELPLA P.A. Médecine Légale M. DESPAS F. Pharmacologie M. EDOUARD T

Mme ESQUIROL Y. Médecine du travail Mme ESCOURROLLG Analomie Pathologique

Pédiatrie

Mme GALINIER A. Nutrition Mme GARDETTE V. Epidémiologie M. GASQ D. Physiologie

Mme GRARE M. Bactériologie Virologie Hygiène Mme GUILBEAU-FRUGIER C.

Anatomie Pathologique Mme GUYONNET S. Nutrition

Mme INGUENEAU C. Biochimie M. LAHARRAGUE P. Hématologie

M. LAIREZ O. Biophysique et médecine nucléaire M. LEANDRI R. Biologie du dével, et de la reproduction

M. LEPAGE B. Biostatistique Mms MALIPAS F Biochimie

M. MIEUSSET R Biologie du dével, et de la reproduction

Mme PERIQUET B Nutrition Mme NASR N. Neurologie Mme PRADDAUDE F. Physiologie

M. RIMAILHO J. Anatomie et Chirurgie Générale M. RONGIERES M. Anatomie - Chirurgie orthopédique

Mme SOMMET A. Pharmacologie M. TKACZUK J. Immunologie M. VALLETP Physiologie Mme VEZZOSI D. Endocrinologie

M.C.U.

M. BISMUTH S. Médecine Générale Mme ROUGE-BUGAT ME Médecine Générale Mme ESCOURROU B. Médecine Générale

#### Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

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

Dr BISMUTH M Dr BOYER P. Dr ANE S.

A	notre	président	de	iurv
	0 0_ 0	9 - 0 5 - 0 - 1 - 0	<b>U</b> - <b>U</b>	$J \sim -J$

# Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Professeur des universités, Médecin généraliste

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Nous avons apprécié la confiance que vous nous avez témoigné tout au long de notre formation. Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à la formation des étudiants en médecine générale.

# A notre jury

# Monsieur le Professeur Marc VIDAL

Professeur Associé de médecine générale, Médecin généraliste

Nous vous remercions de participer à ce jury de thèse. Nous espérons que ce travail saura retenir votre attention. Soyez assuré de notre plus profond respect.

A	notre	jury

# Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Professeur Associé de médecine générale, Médecin généraliste

Nous vous remercions de participer à ce jury de thèse. Nous espérons que ce travail saura retenir votre attention. Soyez assuré de notre plus profond respect.

# A mon jury

# Madame le Docteur Marie-Eve ROUGE BUGAT

Maitre de Conférences des Universités, Médecin généraliste

Je suis très touchée de votre présence dans ce jury et vous prie de croire à ma profonde gratitude.

Je vous remercie pour le dynamisme et la richesse de votre enseignement dans la formation de médecine générale.

A mon jury	
Mo	onsieur le Docteur Pierre BOYER  Maitre de Conférences associé des Universités,  Médecin généraliste
	er mes plus sincères remerciements pour votre présence dans ce rêt que vous portez à ce travail.

A mon directeur de thèse
Monsieur le Docteur Francis Bonenfant Médecin généraliste
Je suis très touchée que tu ais accepté de participer à ce travail. Je te remercie pour toute l'aide que tu m'as apporté pour réaliser mes projets.

TA .	•	
Merci	á	•
1416161	а	•

	•	A	mes paren	ts et à n	na fam	ille qui	m'ont a	idé à m	e consti	ruire
afin	que je	tra	ansmette à	mes enf	fants la	soif d'	apprend	lre telle	qu'ils	me l'ont
donr	ıé.									

- A Fabrice, nous construisons notre vie.
- A Louis, tu es l'avenir.
- Aux soins palliatifs : la Vie est (\*) là.

(\*) toujours; encore; simplement; intensément; essentiellement...

A Raymonde qui veille sur nous, puisse sa force et sa gentillesse nous épauler chaque jour.

# Table des matières

Tab	ole do	es matières	.7
I.	Int	roduction:	11
1	-	Choix du sujet	11
2	<u>-</u>	Présentation de L'Hospitalisation A Domicile (HAD)	11
	a)	Histoire de l'HAD	
	b)	HAD aujourd'hui	11
3	i_	HAD en Tarn et Garonne	
4	<b>.</b> _	Contexte de l'étude	15
II.	Μé	éthodologie : matériel et méthode	
1		Choix de la méthode.	
2	2. F	Rédaction du questionnaire	16
3		Sélection de la population:	
4		Lieu d'étude	
5	5. I	Description des données :	18
	a)	Quantification des envois et des réponses	18
	b)	Profil des médecins généralistes répondant	
	c)	Critère de jugement principal:	
	d)	Critères de jugement secondaire	19
6	. Î	Fraitement des données	
7	'. I	Durée du recueil des données	19
III.	F	Résultats2	20
1	)	Quantification des envois et des réponses	20
2	2)	Profil des médecins généralistes répondants	20
	a)	Répartition en fonction de l'âge et du sexe des répondants	20
	b)	Répartition en fonction du type d'activité et du type d'installation	20
3	5)	Critère de jugement principal	21
	a)	Taux de médecin généraliste ayant déjà utilisé l'HAD:	21
4	)	Pour les utilisateurs de l'HAD.	22
	a)	Profil des médecins généralistes ayant déjà utilisé l' HAD:	22
	b)	Structures utilisées:	22
	c)	Nombre de patients:	
	d)	Médecins généralistes ayant utilisés l'HAD:	23
	e)	Fréquence des visites:	24
	f)	Sentiment sur la prise en charge :	26
	g)	Implication du médecin généraliste par l'HAD dans l'élaboration du projet de soin: .	27
	h)	Contact et communication avec l'HAD:	27
5	<b>5</b> )	Pour les non-utilisateurs de l'HAD	
6	<u>(</u> )	Concernant l'HAD	
	a)	Connaissance de l'HAD:	
	b)	Points positifs de l'HAD:	
	c)	Réserves à travailler avec une HAD :	
	d)	Que faudrait-il pour optimiser la prise en charge ?	31
IV.		Discussion	
1	)	Discussion méthodologique :	32
	a)	Choix méthode quantitative	32

b)	Pertinence du sujet	32
c)	Limite géographique de l'étude	33
d)	Diffusion du questionnaire par internet	33
2)	Discussion des résultats :	33
a)	Taux de réponse	33
b)	Manque d'intérêt des médecins généralistes pour l'HAD	34
c)	Population	34
d)	Taux d'utilisation de l'HAD	34
e)	L'HAD vue par les médecins généralistes	35
f)	Rôle du médecin généraliste	36
V. Co	38	
VI. E	Bibliographie	39
Annexes		42
1-	Indice de karnofsky	42
2-	Script du questionnaire Google	43
3-	Remarques libres des participants à l'étude :	48

#### I. Introduction:

# 1- Choix du sujet

Lors de mes stages d'externe au Centre Hospitalier Universitaire (CHU), j'ai découvert la possibilité d'une prise en charge hospitalière au domicile du patient, en relais de l'hospitalisation dite « classique ». Cette possibilité est apparue comme une adéquation parfaite entre la volonté du patient d'être dans son domicile et la nécessité de soins médicaux dit lourds.

Devenu interne de médecine générale, j'ai compris qu'en plus de l'intérêt pour le patient, le médecin généraliste devrait trouver toute sa place, étant au centre de la coordination des soins, et y exercer sa fonction propre dans le dispositif.

# 2- Présentation de L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

#### a) Histoire de l'HAD

L'Hospitalisation A Domicile (HAD) obtient sa reconnaissance légale en 1970 par le biais de l'article IV de la loi n°70-1318 de la réforme Hospitalière : Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant (1)

Vingt ans plus tard, en 1991, la législation reconnaît l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle.

A partir des années 2000, une politique de soutien et d'expansion de l'HAD a débuté en France et a été propice à des améliorations du statut de l'HAD, gérée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) et les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS) (2)

Dans la circulaire du 1<sup>er</sup> septembre 2006 consacrée à l'HAD, le médecin généraliste y est décrit comme le pivot dans l'organisation d'une HAD. Il est responsable de la prise en charge du patient pour lequel il dispense des soins de façon périodique (3)

La circulaire du 5 octobre 2007 autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), elle a été complétée par la circulaire du 18 mars 2013 relative à l'intervention dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social (4) (5)

En 2009, la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) reconnaît l'HAD comme une hospitalisation à part entière et non plus comme une simple alternative à l'hospitalisation conventionnelle et elle en protège l'appellation (6)

#### b) HAD aujourd'hui

#### 1) Définition

L'HAD se définit comme une forme d'hospitalisation pour des malades atteints de pathologies graves qui, en l'absence de prise en charge, seraient hospitalisés en établissements de santé avec hébergement. (7)

Ces malades poly-pathologiques nécessitent des soins complexes avec une technicité spécifique, formalisés par un protocole des soins: prise en charge médicale, sociale, psychologique, accompagnement et soutien de l'entourage. Les soins sont coordonnés au lit du malade où interviennent les différents professionnels de façon pluridisciplinaire avec une charge en soins importante. La singularité par rapport aux autres structures locales se caractérise par l'intensité des actes et des interventions au domicile du patient. Ces soins de durée limitée sont réévalués régulièrement tout au long de la prise en charge et adaptés de façon continue au plus près des besoins du patient. L'HAD assure une continuité et une permanence des soins. (8)

L'HAD est une offre dont le développement doit contribuer à répondre à la demande croissante de la population d'être soignée au domicile, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation des pathologies chroniques. Ainsi ces attributions se voient précisées et confortées encore récemment en décembre 2013 (9)

#### 2) Différents mode de prise en charge (7)

- assistance respiratoire
- nutrition parentérale
- traitement par voie veineuse
- soins palliatifs
- chimiothérapie anticancéreuse
- nutrition entérale
- autres traitements
- pansements complexes et soins spécifiques
- post traitement chirurgical
- rééducation neurologique
- surveillance post chimiothérapique
- soins de nursing lourds
- éducation du patient et/ou de son entourage
- prise en charge psychologique et/ou sociale

#### 3) Les différents intervenants

L' HAD permet un décloisonnement entre ville et hôpital où la coopération entre les professionnels de santé est indispensable. Le médecin traitant a une place importante dans les textes. Les intervenants comprennent en plus : le médecin coordonnateur, le cadre infirmier, le personnel paramédical.

Les rôles de chacun sont définis dans le Code de la Santé Publique

<u>Le médecin traitant</u> a été désigné par le patient. Il le suit souvent depuis de nombreuses années. Il connait son histoire de vie et de sa maladie, ceci est très important pour la prise en charge psychosociale du patient.

Du point de vue du médecin généraliste, le patient peut entrer en HAD de 2 manières :

- Soit c'est le médecin traitant lui-même qui a fait la demande de séjour HAD : il est le « prescripteur ».
- Soit le séjour fait suite à une hospitalisation classique. Le médecin traitant doit donner son accord de prise en charge. Il est possible qu'il la refuse. Le patient est alors libre de choisir un autre médecin traitant.

Au début de la prise en charge, le médecin généraliste signe une convention qui formalise cet accord.

Au cours du séjour en HAD, il assure le suivi médical, il adapte si nécessaire les traitements, et peut faire intervenir un médecin spécialiste après recueil de l'avis du médecin coordonnateur. (10) (11)

Les visites organisées au domicile du patient peuvent être coordonnées avec l'HAD sans que cela soit codifié. La fréquence des visites n'est pas définie, elle est laissée libre selon la situation clinique du patient et l'organisation propre à chaque professionnel.

C'est le médecin généraliste qui est le seul prescripteur durant le séjour.

Après signature du contrat de prise en charge, le médecin généraliste laisse une feuille de soins papier au domicile du patient. Les feuilles de soins sont transmises au service administratif de l'hôpital par le service HAD. Celui-ci s'occupe de régler le médecin traitant. Les feuilles de soins ne sont pas transmises à la Sécurité Sociale.

La rémunération des médecins généralistes fait partie de l'enveloppe globale du financement du séjour en HAD.

Qu'il soit ou non le prescripteur du séjour, il est le pivot dans l'organisation d'une HAD. Il bénéficie d'un maximum de pouvoir et de légitimité auprès des patients et de leurs proches ainsi que de l'équipe soignante de proximité. Il est le médecin référent au centre du système

<u>Le médecin coordonnateur de l'HAD</u> émet un avis médical pour toute admission et sortie d'un malade. Il ne prescrit pas, ne soigne pas et ne se substitue pas au médecin sauf en cas d'urgence. Cependant, il est le garant de la bonne exécution du protocole de soins. L'HAD étant un service hospitalier, le médecin coordonnateur participe à la continuité et la permanence des soins. Cela nécessite de pouvoir être joint 24h/24; il existe donc des astreintes que se partagent les médecins coordonnateurs. Il participe à la formation des intervenants paramédicaux. (7) (12)

<u>Le cadre infirmier de l'HAD</u> est en relation avec les différents intervenants. Il coordonne la permanence et la continuité des soins. En lien avec le médecin traitant, il évalue régulièrement la situation du patient et de son environnement et organise la sortie du malade en s'assurant que les relais utiles sont mis en place.

<u>Les infirmier(e)s libéraux(ales)</u> en tant qu'équipe de soins habituelle assurent les soins auprès des malades sous réserve de la signature d'une convention avec la structure d'hospitalisation à domicile.

<u>Les infirmier(e)s et les aide-soignant(e)s salarié(e)s de l'HAD</u> interviennent en complémentarité ou en totalité en fonction des besoins de soins.

<u>Les assistantes sociales de l'HAD</u> déterminent les besoins d'aide en fonction du projet thérapeutique et accompagnent la famille et le patient dans leur mise en œuvre.

<u>La psychologue de l'HAD</u> assure un soutien psychologique aux patients et/ou à leur entourage.

#### 3- HAD en Tarn et Garonne

Raison Sociale	Nombre de journées	Sexe ratio (% homme)	Age moyen	Classe indice de karnofsky moyen	Nombre de séjours	Durée moyenne de ces séjours
CH MONTAUBAN	2 530	60,50%	64,01	40	84	37,85
CHIC CASTELSARRASIN- MOISSAC	2 761	65,70%	71,61	40	120	25,97
Total Département	5 291	63,20%	67,97	40	204	30,71

Figure 1 : Activités des HAD de Montauban et Moissac en 2014, éditeur ATIH (13) (Voir annexe)

#### a) HAD de Moissac (14)

#### Présentation

Service ouvert en Novembre 2006 au Centre Hospitalier Inter Communal (CHIC), intervention sur la zone géographique : secteur Castelsarrasin et de Moissac

#### • Fonctionnement

L'équipe est composée de 2 médecins, 4 infirmières, 6 aides-soignantes, 1 psychologue, 1 assistante sociale et 1 secrétaire, le tout coordonné par 1 cadre santé.

Il a une capacité d'accueil de 30 patients.

#### Activités

Le mode d'entrée des patients est majoritairement à partir du centre hospitalier de Moissac (67%) et des autres hôpitaux (18%). Il y a 15 % d'entrée en HAD directement à partir du domicile.

Les motifs de prise en charge principaux en 2013 étaient les soins palliatifs 32%, les traitements intraveineux 14%, les pansements complexes 12%, les soins de nursing lourd 11%, l'éducation du patient et de l'entourage 8%, la surveillance post chimiothérapie 6%, les traitements post chirurgicaux 5%, la nutrition parentérale 3%, la nutrition entérale 2%, les chimiothérapies 2%, l'assistance respiratoire 1%, autre 4%.

Les modes de sortie sont majoritairement des maintiens à domicile 43%, des réhospitalisations 34%, décès 21%, autre 2%.

Les 2 HAD dépendent d'un hôpital général et ont le même fonctionnement pour la rémunération des médecins généralistes. La feuille de soins laissée au domicile par le médecin généraliste est transmise au service facturation de l'hôpital.

#### b) HAD de Montauban (15)

#### • Présentation

Service ouvert en Mars 2009, il dépend du centre hospitalier public de Montauban. Il fonctionne donc avec une pharmacie à usage intérieur (PUI). Sa particularité est d'avoir des places d'HAD psychiatrique en complément des places d'HAD polyvalentes.

#### • Fonctionnement

L'équipe est composée de 2 médecins, 6 infirmiers cliniciens, 5 aide-soignant(e)s, 1 psychologue, 2 secrétaires, 1 assistante sociale, le tout coordonné par un cadre de santé ; en plus de l'équipe HAD psychiatrique.

Il a une capacité d'accueil de 30 patients plus 10 patients en psychiatrie.

#### Activités

Le mode d'entrée des patients est majoritairement à partir du centre hospitalier de Montauban (65%) et des autres hôpitaux (27%). Il reste 8 % d'entrées directes à partir du domicile

Les motifs de prise en charge principaux en 2012 étaient les soins palliatifs 37%, la cicatrisation 22%, nursing 14%, infectiologie 14%, chimiothérapie 6%, autre 7%.

Les modes de sortie sont majoritairement des maintiens à domicile 41%, des réhospitalisations 40%, décès 18%, autre 1%.

#### 4- Contexte de l'étude

#### a) Hypothèse

L'HAD est un véritable outil à la disposition des médecins généralistes, leur permettant de gérer en ambulatoire des situations complexes. (7)

Les réseaux HAD se développent de plus en plus, cependant les médecins généralistes peinent parfois à trouver leur place. Une coordination médecin généraliste-structure HAD est indispensable à une prise en charge optimale des patients ayant recours à l'HAD.

#### b) Objectifs

L'objectif est de définir l'utilisation de l'HAD dans le Tarn et Garonne par les médecins généralistes, qui représentent le pivot dans l'organisation d'une HAD en tant que médecin référent, et d'analyser les points forts et faibles de la coordination médecins généralistes – HAD.

Il s'agit concrètement de mesurer son appropriation par les médecins généralistes du Tarn et Garonne notamment en mesurant le taux de médecin généraliste ayant eu recours à l'HAD.

#### c) Enquêtes antérieures

Les médecins généralistes représentent le pivot dans l'organisation d'une HAD en tant que médecin référent désigné par le patient. L'HAD est un véritable outil à la disposition des médecins généralistes, leur permettant de gérer en ambulatoire des situations complexes.

Une enquête de satisfaction en 2009 auprès de 1900 médecins généralistes a montré qu'ils appréciaient dans l'HAD la coordination des soins continus et complexes et la prise en charge 24h sur 24. Cependant, les médecins non satisfaits par l'HAD ont mis en avant des difficultés dans la circulation des informations, des problèmes relationnels avec d'autres personnels, les contraintes administratives et le manque d'attractivité financière. (16)

Ils méconnaissent l'HAD et redoutent la lourdeur de la prise en charge

La FNEHAD (Fédération Nationale des Etablissements HAD) déplorait en décembre 2011 qu'« associer hospitalisation et domicile est une idée qui suscite interrogations, perplexité voire réticence » (7)

Il semblait intéressant de savoir si la situation avait évolué depuis une décennie marquée par une forte extension des HAD à partir des années 2000. Car le poids de l'HAD rapporté à l'activité hospitalière et sa contribution à l'offre de soins à domicile demeure faible. (17)

# II. Méthodologie : matériel et méthode

#### 1. Choix de la méthode

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle descriptive transversale.

#### 2. Rédaction du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à partir de problématiques évoquées dans les thèses sur le sujet. Les items cités ont été inspirés par les thèses antérieures et les études, IGAS, FNEHAD; ainsi que le fruit des entretiens avec les médecins coordonnateurs et les cadres des 2 structures de Moissac et Montauban. Le questionnaire comprend plusieurs items regroupés en domaines.

Il a été modifié et confronté à la pratique des HAD lors des entretiens avec les médecins coordonnateurs et les cadres de santé des 2 structures de Montauban et Moissac

Le questionnaire a été soumis à 10 médecins généralistes installés dans la Tarn et Garonne pour l'étude de faisabilité.

Il se décompose en 4 parties :

- D'abord le critère principal qui recherchait l'utilisation de l'HAD « est-ce qu'un de vos patients a déjà été pris en charge par l' HAD ? » (questions fermées oui/non)
- La deuxième partie était différente en cas de réponse positive ou non.

Elle se partageait en 2 sous-questionnaires en fonction du recours antérieur à l'HAD car il est apparu dans les études antérieures que l'avis des 2 catégories était important. (17)

Dans le cas d'une réponse positive, il était important de définir les conditions de cette prise en charge (nombre de patients, prescription initiale) ainsi que leur expérience avec l'HAD (questions qualitatives ordonnées).

Lorsque les médecins n'avaient jamais eu recours à l'HAD, il fallait définir les raisons de la non-utilisation. (Question à choix multiples)

• Enfin la troisième partie permettait de définir les points positifs, les réserves ainsi que les axes envisagés pour optimiser la prise en charge en HAD. (question à choix multiples)

• La quatrième partie commune permettait de définir la population répondante ( âge, sexe, type d'installation, type d'activité)

Le questionnaire a été rédigé grâce à l'outil Google Form permettant un accès via Internet aux utilisateurs qui reçoivent le lien d'accès. Celui-ci stockera les réponses dans un document informatique où chaque réponse sera horodatée et contiendra les réponses à chaque item. C'est ce fichier réponse qui sera utilisé via l'outil Excel comme expliqué dans la partie traitement des données.

Le mail a été choisi comme mode de diffusion du questionnaire, lien web vers la page, notamment pour sa facilité de contact des médecins. L'URPS (L'union Régionale des Professionnels de Santé de Midi-Pyrénées) qui possède le mail de la plupart des professionnels de la région, s'est chargée de la diffusion du questionnaire après validation de celui-ci par une commission interne.

#### 3. Sélection de la population :

L'étude s'est intéressée aux médecins généralistes car ils coordonnent la prise en charge.

La population source était l'ensemble des médecins généralistes du bassin de santé de Montauban et Moissac soit 245 médecins installés en libéral uniquement et 11 installés en libéral mixte (18)(19)

La moyenne d'âge est de 52 ans, dont 14% ont moins de 40 ans et 27% plus de 60 ans Elle est composée de 38% de femmes

Les critères d'inclusions étaient : médecin généraliste inscrit à l'ordre des médecins du Tarn-et-Garonne, exerçant en libéral comme principale spécialité ; informatisé, utilisant une boite mail dont l'URPS possède l'adresse ; sans réserve concernant l'âge, sexe, lieu et type d'installation. soit 188 médecins généralistes (77%)

Les critères d'exclusions étaient d'exercer en dehors du département, d'exercer de façon salarié ou à l'hôpital majoritairement.

L'étude de faisabilité a porté sur un faible échantillon (10 MG). Elle a concerné les médecins généralistes des cabinets de groupe où j'ai effectué un stage; dans le cadre de la maquette du Diplôme d'Etude Supérieure de Médecine Générale; à Montricoux, Labastide-Saint-Pierre et Moissac. : Les maitres de stages rencontrés : Dr Bonenfant, Dr Chapelle, Dr Porte, Dr Boussier, Dr Marquis-Malvezin, Dr Saint-Pastou, Dr Pariente, Dr Duchalet, Dr Lozat, Dr Rich. Ce choix est non représentatif de la population cible, mais a reposé sur la facilité pour les contacter et leur intérêt pour les études ambulatoires.

#### 4. Lieu d'étude

Le lieu d'étude est le département du Tarn-et-Garonne qui regroupe des bassins de santé de Montauban et Moissac

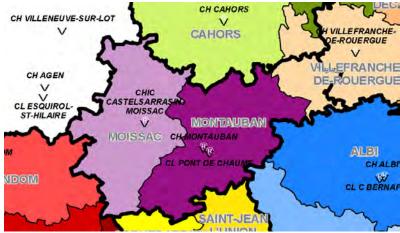


Figure 2 : Bassin de santé du Tarn-et-Garonne (18)

L'idée revient au Professeur Casper, pédiatrie néonatalogie (HAD néonatale) qui m'a conforté dans l'idée de faire une étude locale. L'exhaustivité recherchée par une étude régionale ne serait dans tous les cas que partielle et imparfaite. Dans ce département à taille humaine on retrouve la pluralité des exercices : rural, semi-rural, urbain.

#### 5. Description des données :

#### a) Quantification des envois et des réponses

Nombre d'envoi et taux de réponse

Le taux de réponse attendu est de 20% comme dans les études similaires

#### b) Profil des médecins généralistes répondant

Age moyen, ratio homme-femme

Type d'activité : Urbain ; Semi-rural ; Rural

Type d'installation : Seul ; Groupe de médecins ; Groupe médical pluridisciplinaire

#### c) Critère de jugement principal:

Le taux de médecin généraliste ayant déjà utilisé l'HAD définit les <u>« utilisateurs »</u> dont un patient a déjà été pris en charge par l'HAD.

Ce qui regroupe 2 situations : accès directement par le domicile via une demande du médecin généraliste <u>« prescripteur »</u> de l'HAD ou en sortie d'hospitalisation directe médecin généraliste « non prescripteur ».

Il n'y avait pas de limite temporelle à cette question.

#### d) Critères de jugement secondaire

Comparaison du taux de réponse aux questions qualitatives ordonnées en fonction du critère principal

#### **6.** Traitement des données

Le logiciel utilisé est Excel 2010 et les tableaux croisés dynamiques avec en entrée le fichier réponse.

Nous avons travaillé sur l'ensemble des données recueillies puis ensuite nous avons scindé les résultats de ceux ayant déjà utilisé l'HAD et de ceux ne l'ayant pas utilisé. A noter qu'il a fallu décomposer les réponses des questions à choix multiple afin que celles-ci puissent être traitées via les tableaux croisés dynamiques.

#### 7. Durée du recueil des données

La durée totale de recueil était de 2 mois avec une relance au bout de 15 jours.

Premier envoi le 7/10/2014;

Première relance le 21/10/2014

Deuxième relance prévue mais non effectuée par l'URPS devant la désinscription de 2 médecins à la liste mail

#### III. Résultats

### 1) Quantification des envois et des réponses

L'URPS a envoyé 188 mails aux médecins généralistes du Tarn-et Garonne. 73 ouvertures de mail ont été détectées.

Le nombre de réponses comptabilisées dans le Google Formulaire est de 32, soit un taux de réponse de 17.02% (32 sur 188 envois).

# 2) Profil des médecins généralistes répondants

#### a) Répartition en fonction de l'âge et du sexe des répondants

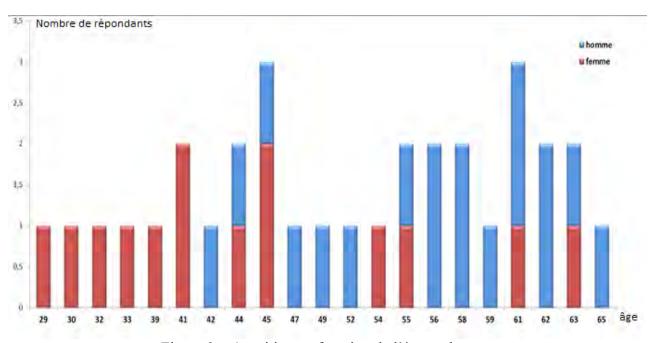


Figure 3 : répartition en fonction de l'âge et du sexe

L'âge moyen est de 50,2 ans, chez les femmes (43%): 43,7 ans et chez les hommes : 55,3ans

Ce qui est non représentatif de la population source.

# b) Répartition en fonction du type d'activité et du type d'installation

Selon l'activité, les médecins exercent en rural à 44% (14), en semi-rural pour 34% (11), et 22% en urbain (7)

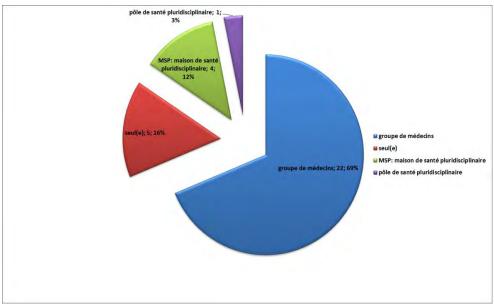


Figure 4 : répartition en fonction du type d'installation

Une majorité exerce en groupe de médecins (66%) voire en groupe pluridisciplinaire (15%). Les médecins installés seul sont peu représentés (16%). Nous observons une sur-représentativité des médecins exerçant en groupe

# 3) Critère de jugement principal

# a) Taux de médecin généraliste ayant déjà utilisé l'HAD:

Le taux de médecin généraliste ayant déjà utilisé l'HAD est de 84.38% (27 « utilisateurs »).

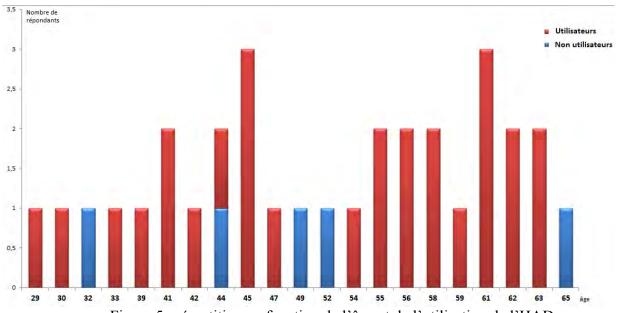


Figure 5 : répartition en fonction de l'âge et de l'utilisation de l'HAD

Nous constatons qu'il n'y a pas de différence d'âge moyen notable entre utilisateurs (50,5 ans) et non utilisateurs de l'HAD (48,5 ans).

# 4) Pour les utilisateurs de l'HAD

#### a) Profil des médecins généralistes ayant déjà utilisé l' HAD:

Les utilisateurs sont majoritairement représentés au sein des répondants, les profils sont identiques en terme de répartition d'âge, de sexe, de type d'installation et de type d'activité.

#### b) Structures utilisées:

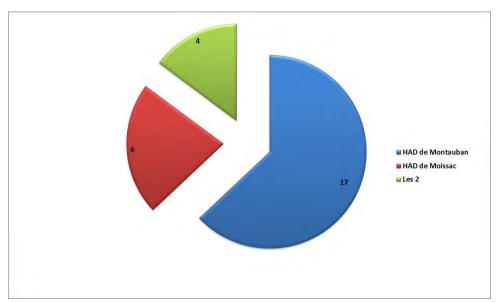


Figure 6: répartition des utilisateurs en fonction de la structure dont ils dépendent

Sur les 27 « utilisateurs » de l'HAD de Montauban et Moissac, nous observons une surreprésentation des médecins dépendants de Montauban (63%), alors que 15% dépendent des 2 structures et 22% dépendent de Moissac.

# c) Nombre de patients:

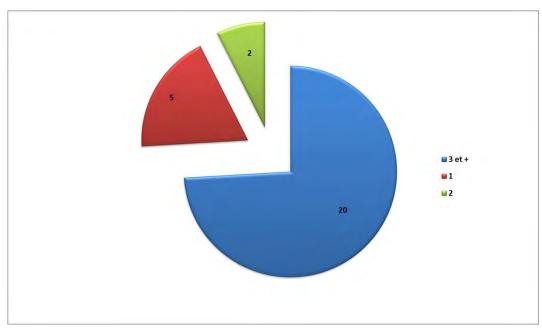


Figure 7 : nombre de patients pris en charge par médecin utilisateur

74% de médecins généralistes « utilisateurs » ont au moins 3 patients ayant déjà été pris en charge. Ils sont habitués à la structure HAD.

# d) Médecins généralistes ayant utilisés l'HAD:

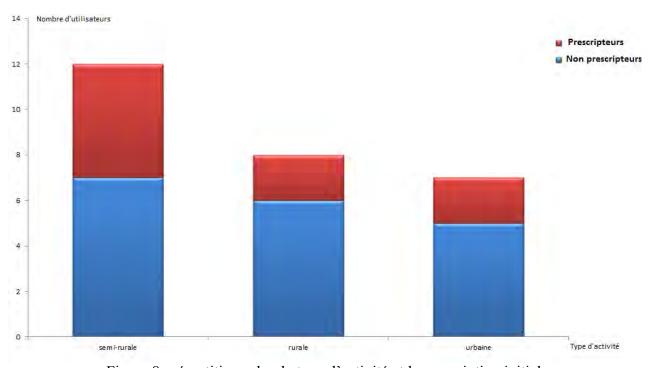


Figure 8 : répartition selon le type d'activité et la prescription initiale

Nous observons 2 caractéristiques au sein de la population des « utilisateurs » de l'HAD, D'une part, 45% (12) des « utilisateurs » ont une activité semi-rurale. Ils ne sont que 29% en rural et 26% en urbain.

D'autre part, au sein des médecins « utilisateurs » des HAD, 9 (33%) ont fait la demande initiale du séjour HAD : ils sont les « prescripteurs » de l'HAD. Au sein de la population des « prescripteurs », ils sont majoritairement en semi-rural (56%) alors qu'ils ne sont que 22% à la fois en rural et urbain

Nous observons dans l'analyse selon le type d'installation, qu'aucun médecin installé seul n'a prescrit l'HAD « prescripteur ».

# e) Fréquence des visites: Nombre d'utilisateurs Prescripteurs Non prescripteurs Augmentation Fréquence des visites:

Figure 9 : fréquence des visites selon la prescription initiale

Chez les « utilisateurs », 48 % font des visites moins fréquentes et 37% ne modifient pas la fréquence de leurs visites.

Seul les « non prescripteurs » font des visites plus fréquentes.

Nous observons que la répartition est la même quelque-soit la structure utilisée.

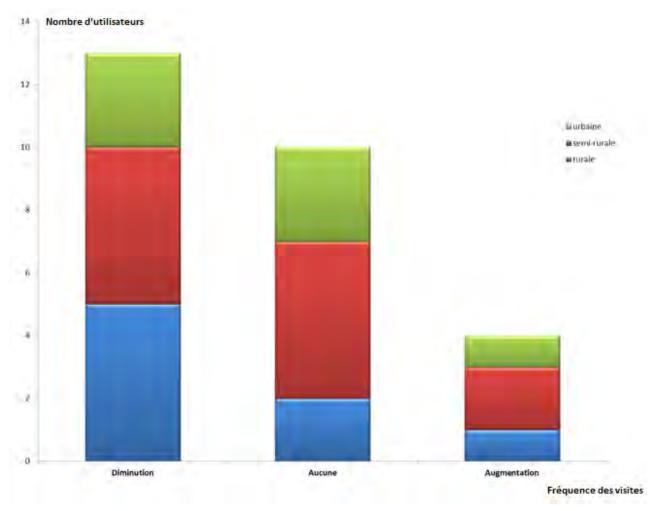


Figure 10 : fréquence des visites en fonction de l'activité

Dans l'analyse selon le type d'activité, nous observons une plus forte diminution des visites en rural (5 sur 8 installés en rural, 62.5%). En activité semi-rurale, le nombre de visites est faiblement influencé : 41%(5) non modifié, 41% (5) en diminution, 18% (2) en augmentation ; de même qu'en urbain, 43% (3) non modifié, 43% (3) en diminution, 14%(1) en augmentation.

# f) Sentiment sur la prise en charge :

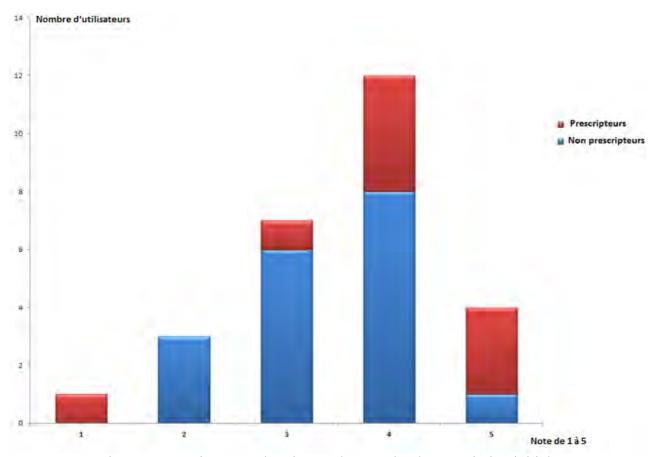


Figure 11 : sentiment sur la prise en charge selon la prescription initiale

Très peu de médecins généralistes sont déçus : une majorité est satisfaite avec une moyenne de  $3,56 \ \text{sur} \ 5$ 

L'analyse a montré qu'il y a une différence d'appréciation entre les 2 structures HAD avec une moyenne de 4,33/5 pour l'HAD de Moissac où les 6 réponses varient entre 4 et 5. Pour l'HAD de Montauban, la répartition est plus hétérogène avec une moyenne de 3,41/5.

# g) Implication du médecin généraliste par l'HAD dans l'élaboration du projet de soin:

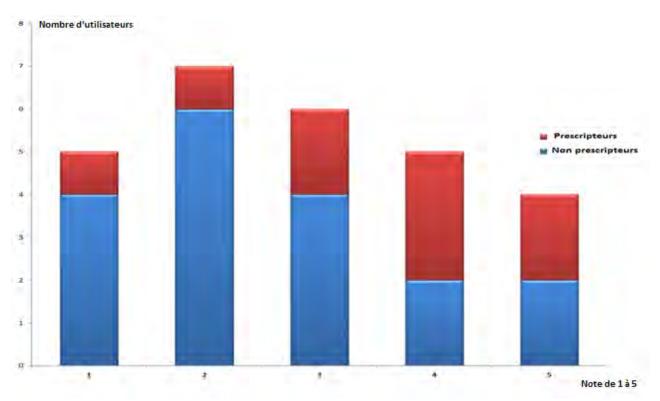


Figure 12 : manière dont l'HAD a impliqué le médecin généraliste selon la prescription initiale

Les médecins généralistes donnent une note moyenne de 2,85 sur 5 pour qualifier leur implication dans l'élaboration du projet de soins par l'HAD. Ce résultat est identique selon la prescription initiale.

## h) Contact et communication avec l'HAD:

La facilité à contacter l'HAD recueille une moyenne de 3,77/5. La question sur les informations communiquées par l'HAD recueille une moyenne de 3,44/5

#### 5) Pour les non-utilisateurs de l'HAD

5 répondants n'ont pas eu de patient pris en charge par l'HAD (15%)

Les raisons mentionnées sont :

- « Utilisation d'une autre filière de soins à domicile (SSIAD, réseau, IDE libérale) » (3)
- « Aucun des patients ne relevaient de l'indication de l'HAD » (2)
- « Manque d'information sur le service HAD » (1)
- « Mauvaise expérience des confrère »( 1)
- Jamais mentionné : « refus de l'équipe soignante de proximité » ni « devant la complexité des soins, choix de l'hospitalisation traditionnelle »

#### 6) Concernant l'HAD

#### a) Connaissance de l'HAD:

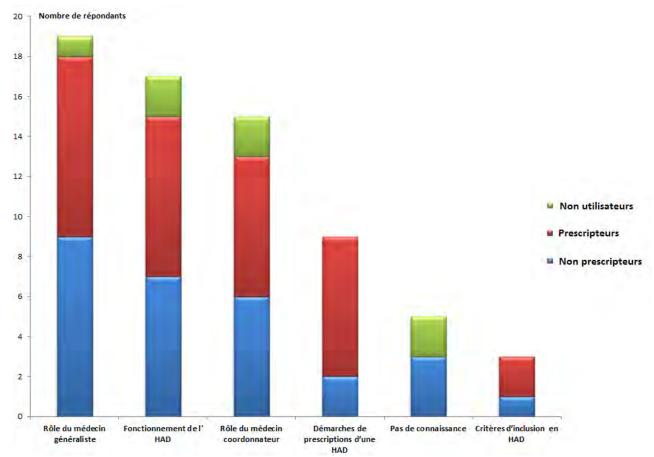


Figure 13 : connaissance de l'HAD selon l'utilisation de l'HAD et la prescription initiale

15,6% des répondants n'ont aucune connaissance de l'HAD dont 3 médecins ayant déjà utilisé l'HAD mais « non prescripteurs ».

66% des médecins ayant utilisé l'HAD déclarent connaître leur rôle au sein de l'HAD.

Le rôle propre du médecin généraliste au sein de l'HAD est connu par la totalité de ceux qui ont déjà prescrit l'HAD. Tous les « prescripteurs » connaissent le rôle du médecin généraliste dans le dispositif, mais tous ne connaissent pas les démarches de prescription d'une HAD, ni le fonctionnement de l'HAD, ni le rôle du médecin coordonnateur.

Parmi les 5 « non utilisateurs », 2 connaissent le rôle du médecin généraliste. .

#### b) Points positifs de l'HAD:

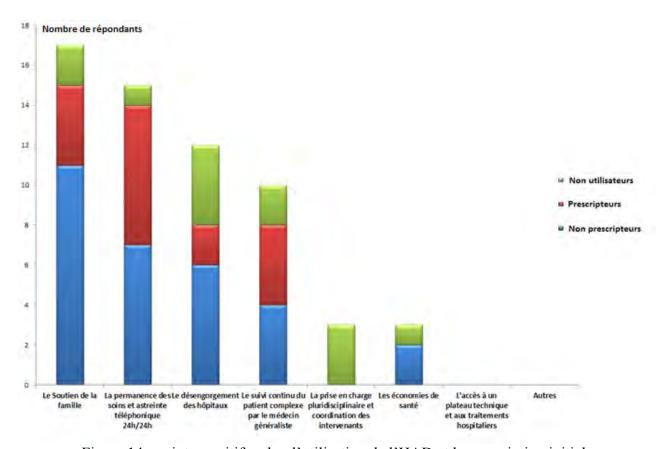


Figure 14 : points positifs selon l'utilisation de l'HAD et la prescription initiale

Les médecins généralistes voient avant tout le soutien de la famille (53%) et la permanence des soins permise par l'HAD (46%). Les avantages organisationnels tels que le désengorgement des hôpitaux (37%) ou le suivi d'un patient complexe (31%) ne sont pas les points positifs majoritairement retenus.

Enfin, l'accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers n'a été retenu par aucun des répondants.

## c) Réserves à travailler avec une HAD :

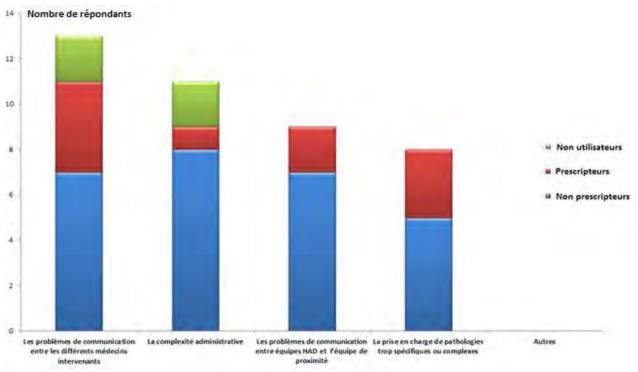


Figure 15 : réserves sur l'HAD selon l'utilisation de l'HAD et la prescription initiale

Les problèmes de communication entre médecins (40%) et entre équipes (28%) ainsi que la complexité administrative (34%) et la prise en charge de pathologies trop spécifiques ou complexes (25%) sont les principaux freins à l'utilisation de l'HAD.

#### d) Que faudrait-il pour optimiser la prise en charge?

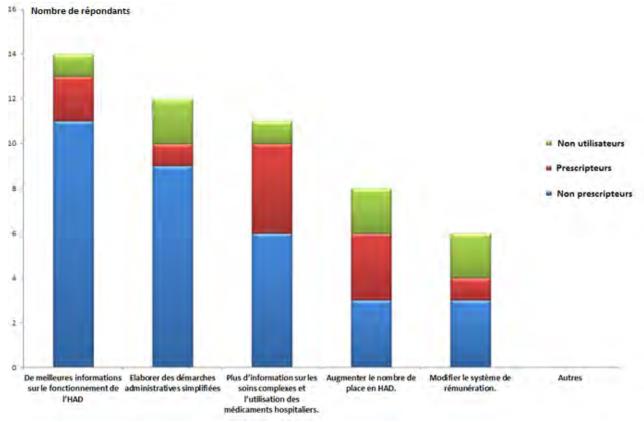


Figure 16 : proposition d'amélioration selon l'utilisation de l'HAD et la prescription initiale

Les perspectives d'amélioration de la prise en charge des patients en HAD évoqués sont une meilleure diffusion de l'information sur la structure HAD mais aussi des démarches administratives simplifiées. Le système de rémunération est peu évoqué.

Les non prescripteurs souhaitent avant tout de meilleures informations sur le fonctionnement de l'HAD et l'élaboration de démarches administratives simplifiées.

Les prescripteurs, eux, désirent plus d'informations sur les soins complexes et l'utilisation des médicaments hospitaliers ainsi qu'une augmentation du nombre de places.

Aucune optimisation particulière ne ressort par rapport aux autres pour les non utilisateurs de l'HAD.

#### IV. Discussion

### 1) Discussion méthodologique:

#### a) Choix méthode quantitative

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle, descriptive transversale. Cette enquête porte sur une population définie dans laquelle on recueille des informations une seule fois pour chaque individu sur une durée limitée, ce qui permet d'aborder les phénomènes présents au moment de l'étude (instantanée). C'est une méthode simple qui pourrait-être reproductible.

La conception du questionnaire devait répondre à des impératifs de clarté, de concision, et surtout de rapidité (moins de 5 minutes), afin d'obtenir un maximum d'adhésion. L'intitulé des questions devait être rédigé de façon neutre.

Les questions étaient formulées pour avoir plusieurs modalités de réponses :

- Les réponses dichotomiques (questions fermées oui/non)
- Les réponses qualitatives ordonnées. Les réponses sont proposées par graduation.
- Les réponses à choix multiples : plusieurs réponses de natures qualitatives sont proposées.

L'évaluation qualitative du questionnaire a été faite par un pré-test sur un échantillon de la population cible mais avec toujours le risque d'un biais de sélection. L'étude de faisabilité sur un petit échantillon de médecin a visé à vérifier la fiabilité et la validité du questionnaire. (20) (21)

Dans notre étude, les données n'ont aucun caractère statistique. Les graphiques sont uniquement présents pour représenter les données recueillies.

Cette étude donne des éléments de réponses à une réflexion personnelle, qui guide vers un autre travail qui pourrait être une étude qualitative.

#### b) Pertinence du sujet

L'HAD est une structure relativement récente et un nouvel outil pour le médecin généraliste. Elle est apparue comme une adéquation parfaite entre la volonté du patient d'être dans son domicile et la nécessité de soins médicaux lourds.

Le médecin généraliste possède un nouveau moyen de prise en charge des patients où il est au centre de la coordination des soins selon les textes.

L'HAD est aussi un exemple du nouvel exercice de la médecine générale : exercice en groupe en pluri-professionnalité, avec un décloisonnement ville-hôpital, et des liens privilégiés avec les hospitaliers, afin de soigner les patients dans leur cadre de vie car leur entourage est essentiel à prendre en compte pour le soin.

En 2013 et maintenant 2015, la technique médicale s'est améliorée, rendant possible des soins hautement techniques à domicile, sous couvert, d'une formation des professionnels de santé de proximité et d'un chef d'orchestre pour coordonner et lier les bonnes intentions.

#### c) Limite géographique de l'étude

Suite à la remarque du Pr Casper, nous avons choisi notre département d'exercice futur afin que le travail de thèse permette de tisser un lien avec les professionnels et de rencontrer les acteurs des HAD de Montauban et Moissac avec lesquels nous serons amenés à travailler.

#### d) Diffusion du questionnaire par internet

Au début du projet, le choix d'un questionnaire par internet apparaissait très intéressant. A l'époque, nous nous attendions à d'avantage de réponses avec un taux de réponses estimé initialement à 40 %. Il y a 2 ans, la diffusion du questionnaire par internet était une méthode innovante.

Suite à nos échanges avec divers maîtres de stage et devant la démocratisation de ce mode de diffusion, il est apparu que les médecins généralistes se lassent de trop en recevoir.

De plus, l'URPS a refusé d'envoyer une deuxième relance craignant de surcharger les boites mails des médecins généralistes, preuve en est, la désinscription de 2 médecins suite à l'envoi de notre questionnaire.

L'idéal aurait été de pouvoir relancer personnellement chaque médecin généraliste mais cela n'a pas été possible de façon technique. La liste mail était détenue par l'URPS; selon la loi informatique et liberté, elle ne pouvait pas nous la transmettre.

### 2) Discussion des résultats :

#### a) Taux de réponse

Le taux de réponse est faible (17%) par rapport à ce qui était attendu (20%) comme dans les études similaires. Cependant, le nombre minimum de 30 réponses a été atteint.(26)

La méthodologie de cette étude était basée sur un taux de réponse important afin que les résultats soient représentatifs de la population source. Or, le faible taux de réponse ne l'a pas permis.

Contrairement à l'objectif de l'étude basé sur un taux de réponse supérieur, il n'a pas été possible de recueillir l'avis d'une majorité des médecins généralistes du Tarn et Garonne.

Il n'est pas possible d'extrapoler ces résultats à une échelle plus grande.

#### b) Manque d'intérêt des médecins généralistes pour l'HAD

Les non répondants ne se sont pas sentis concernés par l'étude. Pour preuve les ouvertures de mail quantifiées par l'URPS qui n'ont pas donné de réponses. Nous savons que certains médecins ont reçus les 2 mails mais n'ont pas donné suite. L'absence de réponse pourrait-être considérée comme une réponse ; ce manque de réponse pourrait correspondre à ceux qui n'ont pas utilisé l'HAD ?

#### c) Population

Il y a beaucoup de biais de sélection :

Sur les 255 médecins généralistes installés en Tarn-et-Garonne, d'après le Conseil National des Médecins, 188 ont donné leur accord pour recevoir des mails de l'URPS et seulement 32 ont répondu au questionnaire. (18)

Les médecins installés en groupe sont surreprésentés. Une enquête de 2008 de l'observatoire de la démographie médicale des médecins généralistes dans Midi-Pyrénées montre que 49% des médecins généralistes sont installés seuls. Ce qui est loin des 16% de notre étude. (19)

La répartition des femmes est plus élevée, 43% dans notre étude contre 38% de femmes dans la population source.

Concernant la répartition urbain / rural / semi-rural, les termes sont mal définis. Il n'y a pas de notion dans les cartes INSEE et d'étude spécifique à ce propos sur la démographie médicale en Tarn-et-Garonne.

Malgré le faible nombre de répondants, la population de l'étude est proche de la représentativité de la population source car l'âge moyen est de 50,2 ans.

#### d) Taux d'utilisation de l'HAD

Nombreux sont les médecins généralistes de l'étude ayant eu recours à l'HAD.

Dans le département du Tarn-et-Garonne, il y a une forte implantation des 2 structures HAD. Malgré la jeunesse des structures, elles ont eu une accélération de leur activité depuis 2012.

Le taux d'utilisation retrouvé dans cette étude est faussement gonflé par la faible participation et le peu d'implication des non-utilisateurs. Nous constatons une sur-représentativité du nombre de médecins généralistes utilisateurs.

Ce qui est contraire au rapport en septembre 2013 de la Fédération Nationale des Etablissements d'hospitalisation à Domicile (FNEHAD) qui constatait la faible implantation de l'HAD au niveau national. (7)

Nous pouvons connaître le nombre de médecins généralistes utilisateurs des HAD à travers les structures HAD qui, elles-mêmes, possèdent les coordonnées des médecins généralistes de leurs patients. Cela représente un petit nombre de médecins généralistes par rapport à la population des médecins généralistes du Tarn et Garonne.

Dans la thèse de Nicolas De Percin qui est une étude de satisfaction au cours des années 2011-2012, 32 médecins généralistes ont eu recours à l'HAD de Montauban pour au moins 3 patients.

Nous pouvons extraire que sur les 32 médecins utilisateurs de l'HAD de Montauban ayant participé à cette première étude, notre étude représente une bonne partie (43%) de cette population (14 « utilisateurs » de l'HAD de Montauban ayant au moins 3 patients ) (22)

Il n'y a pas de différence générationnelle entre utilisateurs et non utilisateurs car l'âge moyen est le même.

Dans sa thèse, la double enquête auprès des prescripteurs et non prescripteurs d'HAD, Annelore Raveneau, révèle que l'HAD est une formule de soins qui convient à ceux qui l'ont déjà prescrite contrairement aux non prescripteurs, probablement par manque d'information de la structure et de son fonctionnement. (23)

#### e) L'HAD vue par les médecins généralistes

Pour les médecins généralistes, l'HAD représente avant tout un soutien aux familles. Ce qui renforce le rôle primordial de la famille et de l'environnement du patient défini dans les textes de lois.

La permanence téléphonique est citée en deuxième position. Ce que retrouve l'enquête de satisfaction locale par la thèse de Nicolas De Percin. (22)

Pour les prescripteurs qui sont à l'initiative du séjour HAD, les avantages les plus cités sont le soutien de la famille, l'astreinte téléphonique et le désengorgement des hôpitaux.

Alors que l'astreinte téléphonique semble l'avantage le plus cité par ceux qui n'ont pas prescrit l'HAD. Ce résultat peut être relié à la diminution de la fréquence des visites.

L'avantage économique est peu cité, les médecins généralistes répondants ne sont pas sensibles à ce critère.

Dans la thèse de Gaël Augris, enquête épidémiologique transversale simple, la place du médecin traitant va de la prise en charge totale du patient au cantonnement aux affections intercurrentes avec, parallèlement une intervention prépondérante du médecin coordonnateur. (24)

Les problèmes de communication entre médecins et entre équipes ainsi que la complexité administrative sont les principaux freins à l'utilisation de l'HAD et notamment la rémunération. A ce dernier propos, un répondant notifiera, dans les remarques libres, qu'il « attend encore sa rémunération de 2013 » (voir annexes)

Dans la thèse d'Ophélie Delplanque, étude qualitative à partir de trois focus group, elle confirme les problèmes rencontrés par les médecins généralistes : ambiguïté du rôle du médecin généraliste, problèmes de communication et de coordination avec l'équipe d'HAD et la lourdeur administrative (25)

Le rapport de la Cour des Comptes de septembre 2013 avait notamment insisté sur la question de la rémunération. Pour le médecin traitant elle correspond au tarif d'une visite qui ne représente pas le temps plus important consacré au suivi du patient en HAD par rapport aux autres patients. Les pistes d'amélioration mentionnées s'inscrivent dans la mise en place des nouveaux modes de rémunération (NMR) qui devraient se développer et devenir pérennes dans le cadre de la nouvelle loi de santé. (26)

Cependant, notre enquête montre que les contraintes administratives et de financement ne sont pas vraiment un frein à la prise en charge des patients en HAD et qu'au contraire les médecins généralistes sont satisfaits de la prise en charge, bien que l'implication du médecin généraliste par l'HAD soit faible.

Le faible taux de réponse pour les non-utilisateurs (5 répondants) ne permet pas de dégager une interprétation pertinente de la non-utilisation de l'HAD. Cependant, la réponse « préférence d'autres modes de prise en charge à domicile tel que les réseaux de soins » a été la plus cité .Or, les SSIAD et réseaux de soins peuvent manquer de moyen techniques et humains pour des pathologies lourdes dont la prise en charge justifie l'HAD.

Les perspectives d'amélioration de la prise en charge des patients en HAD évoquées sont, d'une part, une meilleure diffusion de l'information sur la structure HAD et, d'autre part, une simplification des démarches administratives.

Dans la thèse de Gaël Augris, enquête épidémiologique transversale simple, des axes d'améliorations se dégagent : implication administratives des médecins généralistes, participation à l'élaboration du projet de soins ainsi aux réunions pluridisciplinaires concernant l'évolution de la prise en charge, amélioration de la qualité de la communication de la part de tous les intervenants, répartition des rôles entre les différents médecins difficile à définir. (24)

#### f) Rôle du médecin généraliste

L'HAD répond aux attentes des médecins généralistes qui ont participé à notre étude. La majorité des répondants est installée dans un regroupement médical et pour certains dans un groupe pluri-professionnel.

La plupart ont eu au moins 3 patients pris en charge par l'HAD

Comme dans l'enquête de satisfaction de 2012, les utilisateurs sont dans une démarche d'amélioration de la prise en charge HAD.

Il y a plus de séjour à l'initiative des médecins généralistes (prescripteurs) dépendant de Moissac que ceux dépendant de Montauban.

Nous retrouvons, une proportion plus importante d'entrée en HAD de Montauban suite à une hospitalisation traditionnelle. A Montauban, c'est l'hôpital qui prescrit l'HAD plus que les médecins généralistes

Le critère de distance à la structure HAD est essentiel :

Les suivis HAD se raréfient à mesure que l'on s'éloigne de la structure devant la difficulté à assurer des soins très fréquents et intenses en nombre élevé de passage IDE et paramédicaux, qui caractérisent le suivi HAD. Il en est de même s'agissant de la nécessité des réévaluations fréquentes et un suivi rapproché de l'évolution du patient par l'équipe médicale de l'HAD.

Les utilisateurs sont majoritairement en semi-rural : à distance idéale entre éloignement et extrême proximité du centre hospitalier.

Les médecins installées en urbain adressent plus facilement en hospitalisation traditionnelle. Les médecins généralistes installés en rural loin de la structure n'ont que peu de patients pris en charge par l'HAD. Peut-être le signe qu'ils s'organisent autrement, voire qu'ils ont une coordination déjà présente ?

Un résultat étonnant est que la fréquence des visites n'augmente pas, voire diminue pour les médecins généralistes « prescripteurs » de l'HAD.

Dans le cas du médecin généraliste qui a demandé le séjour HAD (« prescripteurs »), la diminution de fréquence des visites pose la question du motif réel de la demande. Ce qui est en désaccord avec ce choix de prise en charge qui nécessite un suivi coordonné conjointement HAD-libéraux et des réévaluations fréquentes de l'état du patient.

La demande initiale est faite devant une situation complexe où le soutien de la famille devient trop pesant et que les équipes de soins de proximité souhaitent du soutien. Le médecin traitant fait appel à une structure hospitalière pour faire ce que son équipe seule ne peut pas assurer au domicile du patient.

Nous observons que les médecins généralistes ne sont pas au centre de la relation HADpatient, notamment qu'ils se sentent moins impliqués dans l'élaboration du projet de soins mais qu'ils en sont satisfaits. La faible implication dans le suivi HAD semble ne pas avoir d'incidence.

#### V. Conclusion

L'Hospitalisation à Domicile (HAD) est l'exemple d'un nouveau mode d'exercice de la médecine générale : exercice en groupe, en pluri-professionnalité, avec un décloisonnement ville-hôpital, des liens privilégiés avec les acteurs de soins hospitaliers, au bénéfice du patient et de son entourage sur son lieu de vie.

Le choix d'un questionnaire par internet nous apparaissait comme une méthode innovante. Mais, devant l'extension de ce mode de diffusion, il semblerait que les médecins généralistes se lassent d'en recevoir trop. Cette étude n'a pas permis d'expliquer les raisons de la non-utilisation. Le choix de la méthode quantitative n'était sans doute pas la plus appropriée et ce n'était pas un objectif de l'étude. C'est grâce à une étude qualitative qu'il pourrait être possible de rechercher les raisons de la non-utilisation de l'HAD car l'étude quantitative n'a pas atteint cette population (de non-utilisateurs).

Dans notre étude, nombreux sont les médecins généralistes installés en libéral qui ont utilisé l'HAD. L'avantage que celle-ci représente pour eux est avant tout un soutien aux familles et l'assurance d'une permanence des soins.

Les 2 principales réserves évoquées sont des problèmes de communication entre les différents intervenants libéraux et l'HAD et une complexité administrative.

Contrairement au principe que le médecin généraliste est au centre de la relation HADpatient, nous observons une diminution du nombre des visites au domicile. Les médecins généralistes se sentent moins impliqués dans l'élaboration, la mise en place et le suivi du projet de soins.

Le médecin généraliste n'apparaît pas, comme les textes le soulignent, au centre de la relation HAD- patient.

Toulouse le 12.02.15

Vu permis d'Imprimer Le Doyen de la Faculté de Médecine Purpan J.P. VINEL

### VI. Bibliographie

- 1) Code de la Santé Publique Articles R6122-32 à R6124-310: loi n°70-1318 du 31 décembre 1970, http://www.legifrance.gouv.fr , *consulté le 6 mars 2014*
- 2) Code de la Santé Publique
  Organisation et fonctionnement du système de santé, procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation
  Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003
  <a href="http://www.legifrance.gouv.fr">http://www.legifrance.gouv.fr</a>, consulté le 8 mars 2014
- *3)* Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) CIRCULAIRE N°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile, Ministère de la Santé et des Solidarité, <a href="http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire">http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire</a> 506 011206.pdf, *consulté le 20 Juillet 2014*.
- 4) Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) Circulaire du 5 octobre 2007, Ministère de la Santé et des Solidarité, http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-11/a0110 058.htm, consulté le 20 Juillet 2014
- 5) Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) Circulaire du 18 mars 2013, Ministère de la Santé et des Solidarité, <a href="http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/18\_mars\_13\_interventions\_etab\_hospi\_domicile.pdf">http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/18\_mars\_13\_interventions\_etab\_hospi\_domicile.pdf</a>, consulté le 15 Août 2014
- 6) Ministère de la Santé et des Solidarité, Réforme de l'hôpital relative aux patients, à la santé et aux territoires, loi HPST LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009, http://www.legifrance.gouv.fr, consulté le 6 Mars 2014
- 7) Fédération Nationale des Établissements d'Hospitalisation à Domicile, FNEHAD Edito le mot de la présidente, <a href="http://www.fnehad.fr/">http://www.fnehad.fr/</a>, consulté le 25 Janvier 2015
- 8) Code de la Sante Publique Articles R6122-32 à R6124-310, <a href="http://www.legifrance.gouv.fr">http://www.legifrance.gouv.fr</a>, consulté le 25 Février 2014
- 9) Circulaire DGOS/R4 no 2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'Hospitalisation A Domicile (HAD), <a href="http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-12/ste\_20130012\_0000\_0056.pdf">http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-12/ste\_20130012\_0000\_0056.pdf</a>, consulté le 27 Juillet 2014
- 10) Circulaire du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements hospitaliers publics, http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/id fiche/7523

#### 11) SYNTHESE COLLECTIVE

L'HAD : entre complémentarité positive et risque de confusion La revue Prescrire, novembre 2012 n°34

#### 12) SANTE RELAIS DOMICILE

L'hospitalisation à domicile : les acteurs de l'HAD, <a href="http://www.chu-toulouse.fr/les-acteurs-de-l-had">http://www.chu-toulouse.fr/les-acteurs-de-l-had</a>

- 13) Agence Technique De L'information Sur L'hospitalisation (ATIH), <a href="http://www.atih.sante.fr/presentation-de-donnees-cartographiques-had">http://www.atih.sante.fr/presentation-de-donnees-cartographiques-had</a>, consulté le 20 juillet 2014.
  - 14) rapport d'activité 2013 de l'HAD de Moissac, consultable sur place
  - 15) rapport d'activité 2012 de l'HAD de Montauban, consultable sur place.
- 16) DRESS Etudes et résultats Education thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile n°753 février 2011 *consulté le 3 juin 2014*
- 17) DURAND N et coll, Hospitalisation à domicile rapport définitif inspection générale des affaires sociales(IGAS) Tome I, novembre 2010 site www.igas.gouv.fr, consulté le 3 juin 2014

#### 18) CONSEIL NATIONAL DES MEDECINS La démographie médicale en région Midi- Pyrénées, situation en 2013 http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/midi\_pyrenees 2013.pdf

# 19) CONSEIL NATIONAL DES MEDECINS bservatoire de la démographie médical des médecins généralistes de N

observatoire de la démographie médical des médecins généralistes de Midi-Pyrénées, septembre 2008

#### 20) FRAPPE

Les études quantitatives,

Le guide du jeune chercheur, consulté le 12 décembre 2013

#### 21) BOULETREAU A, CHOUANIERE D, WILD P.

Concevoir, traduire et valider un questionnaire

Institut national de la Recherche et de la Sécurité (INRS), <u>www.inrs.fr</u>, *consulté le 12 décembre 2013* 

#### 22) DE PERCIN, Nicolas

Collaboration entre ville et hôpital : expérience de l'unité d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Montauban-49p

Th: Méd.: Toulouse: 2013;1054.

#### 23) RAVENEAU, Annelore

Prescrire l'hospitalisation à domicile : motivation et réticences des médecins généralistes - 125p.

Th: Méd.: Tours: 2003;3020.

#### 24) AUGRIS, Gaël

Relations entre l'hospitalisation à domicile et les médecins généralistes : avantages, limites et perspectives d'amélioration – 137p.

Th: Méd.: Limoges: 2012;86.

#### 25) DELPLANQUE, Ophélie

Les problèmes rencontrés par les médecins généralistes picards au sein du système d'hospitalisation à domicile - 88p.

Th: Méd.: Amiens: 2013;49

#### 26) COUR DES COMPTES

Chapitre IV, L'hospitalisation à domicile, Sécurité sociale, Septembre 2013

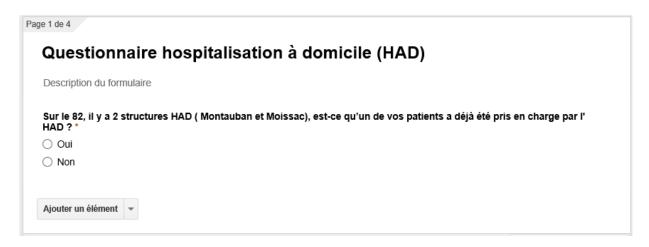
27) Equation de recherche PUBMED : <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/</a> ((home-care-service OR hospital at home) AND general-practitioners) AND coordination

## **Annexes**

## 1- Indice de karnofsky

Description	%	Critères
Peut mener une activité normale	100 %	État général normal – Pas de plainte, ni signe de maladie
Pas de prise en charge particulière	90 %	Activité normale – Symp- tômes mineurs – Signes mineurs de maladie
	80 %	Activité normale avec diffi- cultés – Symptômes de la maladie
Incapable de travailler	70 %	Capable de s'occuper de lui- même – Incapable de tra- vailler normalement
Séjour possible à la maison	60 %	Besoin intermittent d'une assistance mais de soins médicaux fréquents
Soins personnels possibles	50 %	Besoin constant d'une assis- tance avec des soins médi- caux fréquents
Incapable de s'occuper de lui-même	40 %	Invalide – Besoin de soins spécifiques et d'assistance
Soins institutionnels souhaitables	30 %	Complètement invalide – Indication d'hospitalisation – Pas de risque imminent de mort
	20 %	Très invalide – Hospitalisa- tion nécessaire – Traitement intensif
Ď	10 %	Moribond
États terminaux	0 %	Décédé

## 2- Script du questionnaire Google



Page 2 de 4

### Questionnaire HAD: En cas de réponse positive

Avec quelle(s) structure(s) avez-vous travaillé ?
HAD de Montauban
○ HAD de Moissac
○ Les 2
Combian de voc natiente ent déià été pric en charge par l'UAD 2*
Combien de vos patients ont déjà été pris en charge par l'HAD ? *
01
○ 2
○ 3 et +
Avez-vous déjà été le prescripteur de l'HAD ? *
Oui
Oui Non
Oncernant l'HAD, connaissez-vous ?*
○ Non
○ Non  Concernant l'HAD, connaissez-vous ? * (cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)  □ le fonctionnement de l' HAD
Concernant l'HAD, connaissez-vous ? * (cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)  le fonctionnement de l' HAD  le rôle du médecin coordonnateur
○ Non  Concernant l'HAD, connaissez-vous ? * (cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)  □ le fonctionnement de l' HAD
Concernant l'HAD, connaissez-vous ? * (cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)  le fonctionnement de l' HAD  le rôle du médecin coordonnateur
Concernant l'HAD, connaissez-vous ? * (cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)  le fonctionnement de l' HAD  le rôle du médecin coordonnateur  le rôle du médecin généraliste

## Exprience en HAD Quel est l'influence de l'HAD sur la fréquence de vos visites\* Aucune Augmentation O Diminution Quel est votre sentiment sur la prise charge de l'HAD\* 1 2 3 4 5 Pas satisfait O O O O Très satisfait Votre avis sur la manière dont l'HAD vous a impliqué dans l'élaboration du projet de soins\* 1 2 3 4 5 Très mauvais O O O O Très Bon Votre avis sur la facilité de contacter HAD\* 1 2 3 4 5 Très mauvais O O O O Très Bon Votre avis sur les informations communiquées par l'HAD\* 1 2 3 4 5 Très mauvais O O O O Très Bon Pour vous quels sont les points positifs de l'HAD ?\* (cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles) prise en charge pluridisciplinaire et coordination des intervenants accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers permanence des soins et astreinte téléphonique 24h/24h suivi continu du patient complexe par le médecin généraliste

soutien de la famille
 économie de santé

Autre :

désengorgement des hôpitaux

Quelles seraient vos réserves à travailler avec une HAD pour l'un de vos patients ? * (cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)	
☐ problèmes de communication entre équipes HAD et l'équipe de proximité	
problème de communication entre les différents médecins intervenants	
prise en charge de pathologies trop spécifiques ou complexes	
complexité administrative	
Autre :	
Que faudrait-il pour optimiser la prise en charge des patients en HAD selon vous ?* (cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)	
plus d'information sur les soins complexes et l'utilisation des médicaments hospitaliers	
meilleures informations sur le fonctionnement de l'HAD	
augmenter le nombre de place en HAD	
ignition élaborer des démarches administratives simplifiées	
modifier le système de rémunération	
☐ Autre :	
Vos remarques	
	0
	_

## Questionnaire HAD: En cas de réponse négative

Quels sont les raisons ?* (cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)
□ aucun des patients ne relevait de l'indication de l'HAD
manque d'information sur le service HAD
. □ l'équipe soignante de proximité ( IDE et/ou médecin) a refusé l' HAD
mauvaise expérience des confrères
utilisation d'une autre filière de soins à domicile ( réseau, SSIAD, IDE libérale)
devant la complexité des soins, choix de l'hospitalisation traditionnelle
Concernant l'HAD, connaissez-vous ? * (cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)
☐ le fonctionnement de l' HAD
☐ le rôle du médecin coordonnateur
☐ le rôle du médecin généraliste
☐ les démarches de prescriptions d'une HAD
☐ les critères d'inclusion en HAD
☐ Aucune connaissance
Pour vous quels seraient les points positifs de l'HAD* (cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)
(cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)
(cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)  prise en charge pluridisciplinaire et coordination des intervenants
(cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)  prise en charge pluridisciplinaire et coordination des intervenants  accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers
(cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)  prise en charge pluridisciplinaire et coordination des intervenants accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers permanence des soins et astreinte téléphonique 24h/24h
(cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)  ☐ prise en charge pluridisciplinaire et coordination des intervenants ☐ accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers ☐ permanence des soins et astreinte téléphonique 24h/24h ☐ suivi continu du patient complexe par le médecin généraliste
(cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)  ☐ prise en charge pluridisciplinaire et coordination des intervenants ☐ accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers ☐ permanence des soins et astreinte téléphonique 24h/24h ☐ suivi continu du patient complexe par le médecin généraliste ☐ soutien de la famille
(cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)  prise en charge pluridisciplinaire et coordination des intervenants  accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers  permanence des soins et astreinte téléphonique 24h/24h  suivi continu du patient complexe par le médecin généraliste  soutien de la famille  économie de santé
(cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)  prise en charge pluridisciplinaire et coordination des intervenants  accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers  permanence des soins et astreinte téléphonique 24h/24h  suivi continu du patient complexe par le médecin généraliste  soutien de la famille  économie de santé  désengorgement des hôpitaux
(cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)  prise en charge pluridisciplinaire et coordination des intervenants  accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers  permanence des soins et astreinte téléphonique 24h/24h  suivi continu du patient complexe par le médecin généraliste  soutien de la famille  économie de santé  désengorgement des hôpitaux
(cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)    prise en charge pluridisciplinaire et coordination des intervenants   accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers   permanence des soins et astreinte téléphonique 24h/24h   suivi continu du patient complexe par le médecin généraliste   soutien de la famille   économie de santé   désengorgement des hôpitaux   Autre :
(cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)    prise en charge pluridisciplinaire et coordination des intervenants   accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers   permanence des soins et astreinte téléphonique 24h/24h   suivi continu du patient complexe par le médecin généraliste   soutien de la famille   économie de santé   désengorgement des hôpitaux   Autre :
(cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)    prise en charge pluridisciplinaire et coordination des intervenants   accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers   permanence des soins et astreinte téléphonique 24h/24h   suivi continu du patient complexe par le médecin généraliste   soutien de la famille   économie de santé   désengorgement des hôpitaux   Autre :
cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)   prise en charge pluridisciplinaire et coordination des intervenants   accès à un plateau technique et aux traitements hospitaliers   permanence des soins et astreinte téléphonique 24h/24h   suivi continu du patient complexe par le médecin généraliste   soutien de la famille   économie de santé   désengorgement des hôpitaux   Autre :

Que faudrait-il pour optimiser la prise en charge des patients en HAD selon vous ?* (cochez les réponses affirmatives, plusieurs réponses possibles)	
☐ plus d'information sur les soins complexes et l'utilisation des médicaments hospitaliers	
meilleures informations sur le fonctionnement de l'HAD	
☐ augmenter le nombre de place en HAD	
☐ élaborer des démarches administratives simplifiées	
☐ modifier le système de rémunération	
☐ Autre:	
Page 4 de 4	
rage 4 de 4	
Profil	
Age*	
chiffre uniquement	
Sexe*	
○ femme	
○ homme	
Année de thèse*	
chiffre uniquement	
Type d'activité*	
O urbaine	
○ semi-rurale	
○ rurale	
Type d'installation*	
○ seul(e)	
groupe de médecins	
O pôle de santé pluridisciplinaire	
MSP: maison de santé pluridisciplinaire	

#### 3- Remarques libres des participants à l'étude :

« Patients "phagocytés" par l'HAD, aucune demande ni explication au médecin traitant. Les patients sont pris puis rendus et avec un peu de chance nous avons un courrier avant qu'ils ne sortent de l'HAD mais jamais quand ils y entrent. Quant à l'HAD psychiatrique, domaine réservé aux psy...Les médecins traitants ne sont absolument pas au courant de quel type de patient peut bénéficier de l'HAD, qui intervient dans l'HAD, quel est le rôle de chacun, quelle est la durée de l'HAD. Gros problème de communication ».



« Très bonne coopération avec l'équipe de Moissac, je ne sais pas s'il faut augmenter le nombre de places car j'ai toujours eu une réponse favorable de prise en charge de certains de mes patients, , l'économie de santé et le désengorgement des hôpitaux me semblent une très bonne chose, mais ce n'est pas la raison pour laquelle je demande une prise en charge en HAD ,la raison tient vraiment au patient en tant qu'individu »



« Mes réponses incluent HAD psy et somatique »



« J'attends toujours la rémunération due par l'HAD pour 2013!!!! »



« Sur Montauban je ne peux que me féliciter de la qualité de l'HAD En fait il y a très peu ou pas de démarches de la part du MG tout est géré par la structure hospitalière

J'y vois surtout une grande qualité pour garder des patients atteints de pathologies lourdes à leur domicile que ce soit temporairement pour pathos infectieuse ou psy , mais aussi au long cours par exemple pour un de mes patients en insuffisance cardiorespiratoire que nous avons pu suivre et gérer de façon très efficace au domicile sur plusieurs mois la famille nous ayant été très reconnaissante de cette prise en charge" »



« Sur 4 cas de prise en charge HAD, 3 patients avaient un suivi psychiatrique, avec passage parfois quotidien d'un infirmier psy au domicile, ce que trouve adapté pour des patients fragiles et parfois un peu danger chez eux. Je regrette que l'HAD a, dans ces 3 cas, été décidée unilatéralement par l'hôpital de Montauban, sans en référer au médecin traitant.

Dans le dernier cas qui concernait un patient suivi par le Pont de Chaume, le service HAD de l'hôpital m'a contacté après sollicitation de la clinique. J'ai rencontré 1 fois au domicile du patient le médecin qui l'avait pris en charge, or cette rencontre était totalement fortuite.

Je regrette que le médecin traitant ne soit pas impliqué dans la prise en charge du patient, par des contacts téléphoniques, courriers, voire mieux, des visites conjointes au domicile.

La durée d'HAD a dans 2 cas été très courte (1 mois), et donc sans intérêt pour le patient, et le médecin et équipe IDE libérale." »



« La capacité des familles à prendre en charge une HAD est souvent mal évaluée, avec une souffrance induite par leur contradiction entre le désir de faire plaisir à leur parent auquel l'hôpital a fait croire qu'il serait mieux chez lui, et leur peur d'avoir à assumer l'accompagnement permanent du patient , avec un sentiment de prise en otage. »



Toulouse le 17/03/2015

#### Utilisation de l'hospitalisation à domicile par les médecins généralistes du Tarn-et-Garonne

<u>Objectif</u>: définir l'utilisation de l'Hospitalisation à domicile (HAD) par les médecins généralistes et d'analyser les points forts et faibles de la coordination médecins généralistes – HAD.

<u>Méthode</u>: étude quantitative observationnelle, descriptive transversale par questionnaire envoyé par mail aux médecins généralistes du Tarn-et-Garonne installés en libéral.

<u>Résultats</u>: 84.38% des médecins généralistes répondants (32) ont déjà eu un patient pris en charge par l'HAD. Les médecins généralistes utilisateurs diminuent la fréquence des visites. L'HAD représente un soutien aux familles et assure une permanence des soins. Les principales réserves sont des problèmes de communication entre les différents intervenants libéraux et l'HAD ainsi qu'une complexité administrative.

<u>Conclusion</u>: Les médecins généralistes du Tarn-et Garonne utilisent l'HAD, en sont satisfaits mais ne sont pas au centre de la relation HAD- patient.

# The implementation of the Home Medical Care System by general practitioners of the Tarnet-Garonne

<u>Objective</u>: To assess the use of Home Medical Care by the general practitioners and analyse the key points and weak spots of the coordination between the general practitioners and the Home Medical Care teams.

<u>Method</u>: Observational, descriptive, traverse and quantitative study by way of a questionnaire addressed by email to the Tarn-et-Garonne general practitioners in private practice.

Results: 84.38% of general practitioners who have responded (32) have already had a patient cared for under the Home Medical Care system. The general practitionnrs concerned see a decrease in home visits. The Home Medical Care gives support to the families and insures a continuity of care. The major reservations concern problems en communications between the various stakeholders in private pratice and Home Medical Care set-up together with complex administrative procedures. Conclusion: The general practitioners in the Tarn-et-Garonne make use of the Home Medical Care and find it satisfactory but they are not at the heart of the Home Medical Care-patient relationship

#### **Discipline administrative**: MEDECINE GENERALE

**Mots-Clés** : HAD - utilisation - médecin généraliste - coordination - équipe de proximité - équipe hospitalière

**Key words**: Home Medical Care – Use - general practitioners – coordination – local team - hospital care team.

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

Directeur de thèse : Docteur BONENFANT Francis