



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD –LYON 1  
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST  
Année 2014 N°

**MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET HOSPITALISATION A DOMICILE :**  
**Enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes**  
**vis-à-vis de l'HAD du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse**

THÈSE

Présentée  
A l'Université Claude Bernard Lyon 1  
et soutenue publiquement le **26 novembre 2014**  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**FEYEUX Amélie**  
**Née le 12/09/1987 à Viriat**

## UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

---

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Secrétaire Général	Alain HELLEU

### **SECTEUR SANTE**

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE LYON SUD – CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Directeur : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Pierre FARGE

### **SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES**

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Claude COLLIGNON
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Régis BERNARD
CPE	Directeur : Gérard PIGNAULT

**Faculté de Médecine Lyon Est**  
**Liste des enseignants 2014/2015**

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**  
**Classe exceptionnelle Echelon 2**

Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la Reproduction ; gynécologie médicale
Maugière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médical

**Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers**  
**Classe exceptionnelle Echelon 1**

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Vandenesh	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Disant	François	Oto-Rhino-Laryngologie
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Douek	Philippe	Radiologie Imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Ederly	Charles-Patrick	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurologie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honorat	Jérôme	Neurologie
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Morelon	Emmanuel	Néphrologie

Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ivize	Michel	Physiologie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

### Seconde Classe

Allaouchiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Badet	Lionel	Urologie
Besserau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Calender	Alain	Génétique
Charbotel	Barbara	Médecine et santé au travail
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cotton	François	Radiologie et imagerie médicale
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie

Fellahi	Jean-Luc	Anesthésie
Ferry	Tristan	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Henaine	Roland	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Hot	Arnaud	Médecine interne
Huissoud	Cyril	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Jacquin- Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Juillard	Laurent	Néphrologie
Jullien	Denis	Dermato-vénérologie
Kodjikian	Laurent	Ophtalmologie
Krolal Salmon	Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Michel	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-Rhino-Laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Ray-Coquard	Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
Richard	Jean- Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Souquet	Jean- Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

### **Professeur des Universités - Médecine Générale**

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

## Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Lainé	Xavier
Zerbib	Yves

## Professeurs émérites

Chatelain	Pierre	Pédiatrie
Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulangier	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Dalligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie
Viale	Jean-Paul	Réanimation ; médecine d'urgence

## Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

### Hors classe

Benchabib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion



Sappey- Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Streichenberger	Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

### **Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers**

#### **Première classe**

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Chalabreysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charrière	Sybil	Nutrition
Collardeau	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Frachon		
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie
Escuret	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Kolopp-Sarda	Marie	Immunologie
	Nathalie	
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Boulch		
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Peretti	Noel	Nutrition
Pina-Jomir	Géraldine	Biophysique et médecine nucléaire
Plotton	Ingrid	Biochimie et biologie moléculaire
Rabilloud	Muriel	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ritter	Jacques	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Roman	Sabine	Physiologie
Tardy- Guidollet	Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
Tristan	Anne	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Vlaeminck- Guillem	Virginie	Biochimie et biologie moléculaire
Voiglio	Eric	Anatomie
Wallon	Martine	Parasitologie et mycologie

**Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers**  
**Seconde classe**

Casalegno	Jean-Sébastien	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Chêne	Gautier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénéréologie
Rheims	Sylvain	Neurologie
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Simonet	Thomas	Biologie cellulaire
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques
Venet	Fabienne	Immunologie

**Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale**

Chanelière	Marc
Farge	Thierry
Figon	Sophie

## **Le Serment d'Hippocrate**

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## REMERCIEMENTS

à Monsieur le Professeur Colin Cyrille, président du jury et professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention à l'université Lyon Est. Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté la présidence de jury de cette thèse. Nous vous remercions d'avoir supervisé ce travail avec intérêt et de nous avoir fait partager votre expertise.

à Madame le Professeur Trillet-Lenoir Véronique, membre du jury et professeur de cancérologie et radiothérapie à l'université Lyon Sud. Veuillez recevoir l'expression de notre sincère gratitude. Nous sommes très touchés par l'honneur que vous nous faites en siégeant dans ce jury.

à Monsieur le Professeur Seve Pascal, membre du jury et professeur de médecine interne et gériatrie à l'université Lyon Sud. Nous vous adressons nos remerciements les plus respectueux. Nous apprécions l'intérêt que vous avez porté à ce travail en acceptant de le juger.

à Monsieur le Docteur Bouhour, membre du jury, directeur de cette thèse et praticien hospitalier responsable des services de maladies infectieuses et d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse. Merci pour ta disponibilité, ton soutien, ton aide, ta gentillesse, ta confiance... Tu es pour moi un exemple, un médecin passionné par ton métier et dévoué à tes patients.

à mes parents, Michèle et Philippe. Pour votre amour, votre confiance et votre soutien tout au long de ces longues études. Merci tout simplement pour tout ce que vous m'avez apporté et permis de réaliser.

à mes sœurs, Hélène et Léa. Colocataires durant nos longues études (que vous n'avez pas encore finies d'ailleurs !), vous m'avez soutenue, fait réviser et permis de vivre toutes ces années studieuses de manière moins solitaire et plus conviviale !

à Benjamin. Merci pour ton amour, ta tendresse, ta patience, ta complicité, ta confiance... Bientôt dix ans que tu me distrais et que tu m'écoutes. Pourvu que notre amour dure toujours.

à ma famille :

- à mes deux grands-pères qui ont pris un peu (trop) de hauteur pour veiller sur nous... J'imagine que vous êtes fiers de mon parcours.
- à mes deux grands-mères. Pour votre soutien et votre attention « alors ta thèse, elle avance ? ».
- à mes oncles et tantes. Pour avoir suivi mon parcours. Merci à Françoise pour les nombreux trajets à Lyon et les soirées gastronomiques parsemées d'épices et de fromages.
- à ma trentaine de cousins. Certains plus proches que d'autres. Merci à Floriane, Sarah, Franck, Marine, Florent et aux plus petits : Audrey, Tanguy et Perrine. Pour nos après-midis ou soirées « couz' », nos délires, nos paris, nos œuvres (cinématographiques et littéraires...). Merci à Elias pour la mise à disposition de la galerie.

à mes amis :

- collègue, lycée puis faculté. Merci de m'avoir soutenue dans mon parcours, même si aujourd'hui, le destin a séparé ou au moins éloigné nos chemins.
- à mes premières co-internes : Marine, Pauline, Fanny, Alexandra, Claire, Léa et Hélène. Merci d'avoir rendu ce premier semestre si amusant, plein d'émotions et de soirées filles ! Ces six mois resteront gravés dans mes souvenirs, vive l'Ardèche !
- aux internes qui ont croisé mon chemin, entre autres : Marine, pour nos séances de coloriage et nos fabuleux goûters ; Stan, pour ta bonne humeur et ton calme à toute

épreuve aux urgences ; Juju, pour m'avoir fait partager tes débuts de grand guitariste ; Anne-Laure, pour ta joie de vivre, ton soutien dans les épreuves et nos délires quotidiens ; Alexandre et Antoine les deux zozos du 5<sup>ème</sup> pour votre gaieté et vos blagues ; à Pauline, pour ton soutien, nos longs échanges téléphoniques Bluetooth et nos mardis midis au Flunch !

- à Virginie, une rencontre professionnelle dans le chaos des urgences devenue amitié fidèle. Merci pour ton soutien, nos après-midis shopping et nos soirées resto...
- à Fanny, pour ton amitié, ton écoute, ton accueil ardéchois et ta joie de vivre. Poursuis bien ton chemin parsemé de bonheur !

à mes différents maîtres de stages et médecins que j'ai rencontrés durant mes études. Merci de m'avoir fait partager vos connaissances, votre expérience et votre passion pour la médecine. Merci au Dr Magnet, au Dr De Muizon et à tout le personnel de Soins et Santé de m'avoir fait découvrir l'univers si particulier de l'HAD.

à Nathalie : mille mercis ne suffiront pas pour exprimer ma reconnaissance. Une aide immense, une disponibilité à toute épreuve... Merci.

## SOMMAIRE

<b>1. INTRODUCTION.....</b>	<b>6</b>
<b>2. UNE VOLONTÉ DE STRUCTURATION ET DE DÉVELOPPEMENT DE L'HAD A COMPTE DES ANNÉES 70.....</b>	<b>8</b>
<b>3. PRÉSENTATION DU BILAN 2006-2013 DE LA STRUCTURE HAD DU CENTRE HOSPITALIER DE BOURG-EN-BRESSE (CHB).....</b>	<b>16</b>
3.1 Un projet répondant aux besoins identifiés dans le SROS conduit en partenariat avec les professionnels de santé libéraux .....	16
3.2 Le périmètre d'activité de la structure .....	18
3.3 Les aspects organisationnels.....	19
3.3.1 Le fonctionnement du service .....	19
3.3.2 La continuité de la prise en charge du patient .....	20
3.3.3 Les effectifs hospitaliers.....	20
3.3.4 La zone d'intervention .....	22
3.4 L'activité.....	23
3.4.1 Nombre de journées réalisées.....	23
3.4.2 Provenance des patients .....	25
3.4.3 Age et degré de dépendance des patients pris en charge : .....	26
3.4.4 Principaux modes de prise en charge : .....	28
3.5 La qualité et sécurité des soins .....	28
<b>4. MATÉRIEL ET MÉTHODE .....</b>	<b>31</b>
4.1 Recherches bibliographiques .....	31
4.2 L'étude.....	31
4.2.1 Type d'étude.....	31
4.2.2 Objectifs .....	31
4.3 La population.....	32
4.3.1 Population étudiée .....	32
4.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion.....	32
4.4 Le questionnaire .....	33
4.4.1 Sources .....	33
4.4.2 Type de questions.....	33
4.4.3 Test de faisabilité et relecture.....	33
4.5 L'enquête .....	34
4.5.1 Format .....	34
4.5.2 Envoi .....	35

4.5.3	Délai et relance .....	35
4.5.4	Analyse des résultats .....	35
<b>5.</b>	<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>36</b>
5.1	Taux de réponses .....	36
5.1.1	Taux de renvois .....	36
5.1.2	Taux de remplissage.....	36
5.2	Principales caractéristiques des répondants.....	36
5.3	Bilan .....	39
5.3.1	Motivations.....	39
5.3.2	Freins .....	40
5.3.3	Représentations de l’HAD .....	40
5.4	Attentes.....	43
5.5	Note de satisfaction globale.....	46
<b>6.</b>	<b>DISCUSSION.....</b>	<b>47</b>
6.1	Commentaires des résultats .....	47
6.1.1	Note de satisfaction globale .....	47
6.1.2	Expérience.....	47
6.1.3	Motivations.....	48
6.1.4	Freins.....	49
6.1.5	Attentes.....	54
6.1.6	Réponses des médecins ayant attribué une note inférieure à 5/10 .....	55
6.1.7	Analyse rapide des réponses hors délai.....	56
6.2	Représentativité de notre échantillon .....	57
6.2.1	Sexe .....	57
6.2.2	Age .....	57
6.2.3	Féminisation récente de la profession .....	59
6.2.4	Mode d’exercice.....	60
6.2.5	Distance entre le cabinet et l’hôpital .....	60
6.2.6	Diplômes associés .....	61
6.2.7	Syndicalisme .....	62
6.2.8	Visites A Domicile .....	62
6.2.9	Densité de médecins.....	63
6.3	Forces et limites.....	64
6.3.1	Forces .....	64
6.3.2	Limites.....	65
6.4	Revue de littérature.....	68



6.4.1	Enquêtes locales .....	68
6.4.2	Enquêtes nationales .....	70
6.4.3	Enquêtes internationales.....	76
6.5	Problématiques actuelles .....	78
6.5.1	Démographie, population vieillissante.....	78
6.5.2	Contraintes économiques .....	80
6.5.3	Evolution du positionnement et développement de l'HAD (3).....	82
6.6	Perspectives locales .....	83
6.6.1	Rendu des résultats de l'enquête .....	83
6.6.2	Une nouvelle convention cadre et lettre de mission.....	84
6.6.3	Une visite de coordination initiale .....	84
6.6.4	Des informations sur l'HAD sont attendues par 67% des médecins répondeurs.....	84
6.6.5	Le changement de logiciel informatique fin 2014 .....	85
6.6.6	Une revalorisation financière des visites.....	85
6.6.7	Un poste d'interne en médecine générale .....	85
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>86</b>
<b>8.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>88</b>
<b>9.</b>	<b>ANNEXES .....</b>	<b>92</b>
9.1	Indice de Karnofsky.....	92
9.2	Modes de prise en charge HAD.....	93
9.3	Questionnaire envoyé aux médecins généralistes : .....	94
9.4	Réponses obtenues sur les représentations de l'HAD : .....	98
9.5	Réponses obtenues sur les attentes supplémentaires .....	101
9.6	Projet d'article à paraître dans le journal du conseil de l'Ordre.....	103
9.7	Evolution de la lettre de mission .....	107
9.8	Projet de lettre d'information à destination des professionnels de santé libéraux... ..	109

## Liste des abréviations utilisées

- ADMR : Aide à Domicile en Milieu Rural
- AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
- AP-HP : Assistance Publique –Hôpitaux de Paris
- ARH : Agence Régionale d’Hospitalisation
- ARS : Agence Régionale de Santé
- ATIH : Agence Technique de l’Information sur l’Hospitalisation
- CHB : Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse
- CLB : Centre Léon Bérard
- CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination
- CNAMTS : Caisse Nationale d’Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
- COMPAQ : Coordination pour la Mesure de la Performance et l’Amélioration de la Qualité
- CREDES : Centre de Recherche Et Documentation en Économie de la Santé
- DGOS : Direction Générale de l’Offre de Soins
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l’Évaluation et des Statistiques
- EHPA : Établissements d’Hébergement pour Personnes Agées
- EHPAD : Établissement d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- ES : Établissement de Santé
- EMS : Établissement Médico-Social
- EPP : Évaluation des Pratiques Professionnelles
- ETP : Équivalent Temps Plein
- EVA : Échelle Visuelle Analogique
- FMC : Formation Médicale Continue
- FNEHAD : Fédération Nationale des Établissements d’Hospitalisation A Domicile
- GHPC : Groupe Homogène de Prises en Charge
- GHT : Groupe Homogène de Tarifs
- HAD : Hospitalisation A Domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HCL : Hospices Civils de Lyon
- IDE : Infirmiers Diplômés d’État

- IDEL : Infirmiers Diplômés d'État Libéraux
- INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- IPAQSS : Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins
- IME : Institut Médico-Éducatif
- IK : Indice de Karnofsky
- Loi HPST : loi portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires
- MAS : Maison d'Accueil Spécialisée
- MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
- MPC : Mode de Prise en Charge
- MT : Médecin Traitant
- PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
- QCM : Question à Choix Multiples
- QROC : Question à Réponse Ouverte Courte
- RAPSS : Résumé Anonyme Par Sous-Séquence
- SAE : Statistique Annuelle des Établissements de santé
- SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins
- SSIAD : Service de Soins Infirmiers A Domicile
- T2A : Tarification A l'Activité
- VAD : Visite A Domicile

## **1. INTRODUCTION**

En médecine générale, on oppose facilement les soins libéraux effectués au domicile du patient à ceux qui relèvent d'une hospitalisation. Il existe cependant un mode de prise en charge permettant d'associer, autour du patient et de son entourage, professionnels de santé libéraux et hospitaliers : l'hospitalisation à domicile (HAD).

L'hospitalisation à domicile se définit comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle. Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins de court séjour ou de soins de suite et réadaptation selon des modes de prise en charge bien définis. Son champ d'intervention inclut des patients qui seraient hospitalisés en établissement de santé si une telle structure n'existait pas. Elle accorde une large place à la dimension sociale, familiale, voire professionnelle et s'attache à optimiser le confort des patients dans le respect des règles de sécurité requises (1).

L'HAD s'est développée en France à partir de 1957 en s'inspirant directement de l'expérience américaine de prises en charge à domicile de patients le plus souvent atteints de cancer. Cette forme d'hospitalisation a fait l'objet de multiples textes législatifs et réglementaires définissant progressivement son statut et ses missions. La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009 a réaffirmé et protégé le statut d'établissement de santé des structures d'HAD (2).

Ce mode de prise en charge reste encore en fort potentiel de développement, alors même que le statut d'établissement de santé, dont relèvent les structures d'HAD, garantit qualité et sécurité des soins, dans le respect des standards de qualité et des bonnes pratiques des professions de santé. En outre, il permet de répondre aux besoins de santé induits par l'augmentation des maladies chroniques et le vieillissement démographique. La circulaire de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'HAD propose des axes de réflexion pour augmenter la part de séjours concernés et fixe des objectifs visant notamment à conforter cette offre de soins, faciliter son accessibilité et la pertinence du recours à l'HAD (3).

Si la prescription d'une hospitalisation à domicile, initialement réservée aux médecins hospitaliers, a été élargie aux médecins libéraux en 1992 (4), ces derniers n'y recourent que peu fréquemment. Ce mode d'entrée reste ainsi minoritaire en proportion, la part des prescriptions émanant du domicile ayant même diminué entre 2007 et 2013, passant de 39% (5) à 32% à l'échelle nationale (6).

En pratique, les médecins traitants sont souvent réticents à collaborer avec une structure HAD, par méconnaissance du dispositif, scepticisme par rapport à sa valeur ajoutée et crainte des contraintes associées selon les rares études publiées sur ce sujet (7).

Nous avons donc décidé de mener une étude sur le ressenti des médecins traitants vis-à-vis de l'HAD. Pour cela, nous avons fait le choix d'interroger les praticiens généralistes qui exercent dans la zone d'intervention de l'HAD du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse, futur lieu de mon exercice. L'objectif principal de l'enquête menée dans le cadre de cette thèse est d'évaluer le degré de satisfaction des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD. Les objectifs secondaires consistent à mettre en avant leurs motivations et leurs réticences aux prises en charge en HAD et à préciser leurs attentes en termes d'amélioration.

La structure, ouverte en 2008, est un service du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse (CHB). Le projet de création a été conduit en concertation avec le conseil de l'Ordre et une commission de professionnels libéraux. Une première enquête de satisfaction a été réalisée en 2010 auprès des libéraux collaborant avec la structure. La présente étude, réalisée en accord avec le service qualité de l'hôpital concerné, établira donc un nouveau bilan de satisfaction des médecins traitants et permettra peut-être de dégager des solutions d'amélioration locales.

Après avoir présenté l'historique et la législation relative à l'HAD en France ainsi que son développement à l'échelle nationale et locale, nous décrirons la méthode utilisée pour réaliser cette étude puis exposerons les résultats obtenus. Après avoir commenté ces derniers et discuté des forces et des limites de cette enquête, nous comparerons nos résultats à ceux obtenus antérieurement, de l'échelle locale à internationale. Enfin, après avoir rappelé les problématiques actuelles de l'HAD, nous évoquerons différentes perspectives d'amélioration.

## **2. UNE VOLONTÉ DE STRUCTURATION ET DE DÉVELOPPEMENT DE L'HAD A COMPTE DES ANNÉES 70**

L'origine du concept de soins à domicile est relativement ancienne, remontant au XVIII<sup>ème</sup> siècle. M. La Rochefoucauld-Liancourt, président du comité de mendicité de l'Assemblée Constituante, est nommé en 1801 administrateur des hôpitaux de Paris et propose le retour à domicile, organisé par des dispensaires, des mendiants et des indigents qui étaient jusqu'alors placés dans des hôpitaux généraux (8).

Il faut toutefois attendre la fin de la seconde guerre mondiale pour voir apparaître aux Etats-Unis une organisation des soins à domicile plus proche de la conception actuelle. Le professeur Bluestone, chef de service à l'hôpital Montefiore de New York, se trouvant confronté à une surpopulation de patients, décide d'en suivre certains chez eux. Le « Home Care » est ainsi créé en 1947, fondé d'emblée sur le principe du déplacement des médecins hospitaliers au domicile des patients (9).

La réflexion débute en France au début des années 50 autour de la possibilité de soigner les patients à domicile, en particulier ceux atteints de cancer. En 1951 a lieu en France la première expérience d'hôpital à domicile, à l'initiative du professeur Siguier de l'hôpital Tenon à Paris, également confronté à un sureffectif de patients (10).

En 1957 est créé le premier établissement d'Hospitalisation à Domicile au sein de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). L'objectif est univoque et identique aux expériences précédentes : désencombrer les hôpitaux. Cette époque se caractérise entre autres par de longues durées moyennes de séjour, puisque les malades démarrent leur convalescence à l'hôpital. Il s'agit aussi « d'extraire du système sanitaire les personnes âgées valides ou semi-valides, de désencombrer les services d'aigus des cas sociaux qui y demeurent indûment ou prolongent pour des raisons sociales un séjour originellement justifié » (Bungener, 1988). Est également évoquée la possibilité d'offrir un relai de soins et de confort au malade, tout en optimisant sa réintégration dans le milieu familial. Le principe selon lequel l'HAD s'appuie sur la médecine libérale est d'emblée posé et ne sera plus jamais remis en cause par la suite. Un an plus tard est créée, par le professeur Denoix de l'Institut Gustave- Roussy, la deuxième structure d'HAD, à Puteaux, destinée à des patients cancéreux et qui prend le nom de Santé Service. Consacrant le succès de ces initiatives, la première convention est signée en 1961

entre la Caisse primaire d'assurance maladie et l'HAD de l'AP-HP d'une part, Santé Service d'autre part. Les années qui suivent voient se multiplier le nombre de structures avec la création de l'HAD de Bagnolet et d'Amiens dès 1967 (10).

A compter des années 70, différents textes réglementaires et législatifs vont paraître organisant, structurant, protégeant et promouvant l'HAD :

- **1970** : Reconnaissance légale de l'HAD par la loi hospitalière du 30 décembre 1970. « 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 » (11).
- **1973** : Création de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation A Domicile (12).
- **1974** : La Caisse Nationale d'Assurance Maladie fixe les règles de fonctionnement des établissements d'HAD par la convention nationale parue dans la circulaire du 29 octobre qui précise les conditions d'admission et de fonctionnement de l'HAD (12).
- **1986** : La circulaire du 12 mars 1986 du ministère des affaires sanitaires et sociales permet l'extension de la prise en charge à tous les malades excepté les patients psychiatriques. Cette circulaire permet également l'entrée du patient en HAD à partir d'une consultation externe et non plus uniquement au décours d'une hospitalisation conventionnelle (13). On voit également apparaître la notion de taux de change : la création d'une place en HAD oblige la fermeture d'un voire deux lits d'hospitalisation conventionnelle.
- **1991** : La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière reconnaît l'Hospitalisation A Domicile comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle (12).
- **1992** : Le décret du 2 octobre 1992 rend obligatoire l'avis d'un médecin coordinateur concernant l'admission et la sortie d'un patient en HAD. De même, les structures d'HAD doivent assurer une liaison permanente avec les patients, 24 heures sur 24

dimanches et jours fériés inclus (14). La prescription d'une HAD par les médecins libéraux est rendue possible (4).

Le rythme de parution des textes s'accélère dans les années 2000, les gouvernements successifs faisant du développement de l'HAD un objectif affiché en matière d'offre de soins pour des raisons économiques mais également pour répondre aux attentes de la population. Sur le plan économique et budgétaire il est à noter que l'HAD est facturée à l'activité. Les tarifs appliqués visent à couvrir l'ensemble des moyens mobilisés par la structure pour la prise en charge du patient hospitalisé à domicile (moyens humains, matériels, techniques...), à l'exception des produits facturés en sus (7).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, l'ensemble des structures d'HAD (publiques et privées) mettent en œuvre un recueil d'informations médicalisées systématique, sous la forme de résumés par sous-séquences (RPSS). Chaque sous-séquence de soins est définie par un Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC) qui consiste en une combinaison de 3 éléments :

- un mode de prise en charge principal (MP) ;
- un mode de prise en charge associé (MA) ;
- un indice de Karnofsky (IK) : mesure de la dépendance (Cf. annexe 1).

Chaque groupe homogène de prise en charge (GHPC) est affecté d'un indice de pondération destiné à prendre en compte la durée de prise en charge (tarifs dégressifs de J1 à J4, J5 à J9, J10 à J30 et au-delà de J30). A l'issue de ces opérations, le séjour est classé dans un Groupe Homogène de Tarifs (GHT).

Sur le plan capacitaire, une première cible correspondant à l'ouverture de 15 000 places en 2010 est ainsi définie. Malgré un accroissement significatif du nombre d'établissements, de patients pris en charge et de journées réalisées, elle n'a toutefois pu être atteinte. Fin 2013, la ligne directrice demeure inchangée avec la volonté de voir doubler, à l'horizon 2018, l'activité HAD réalisée en 2011 (passer de 0,6% des séjours hospitaliers à 1,2%) (3). Au-delà de la création de places, le niveau national s'attache à améliorer l'articulation de l'hospitalisation à domicile avec les différents secteurs d'hébergement ou de prise en charge. A cette fin, plusieurs textes ont été publiés, les plus récents précisent les



modalités de coopération avec le champ social et médico-social (accueil des personnes âgées et des personnes en situation de handicap).

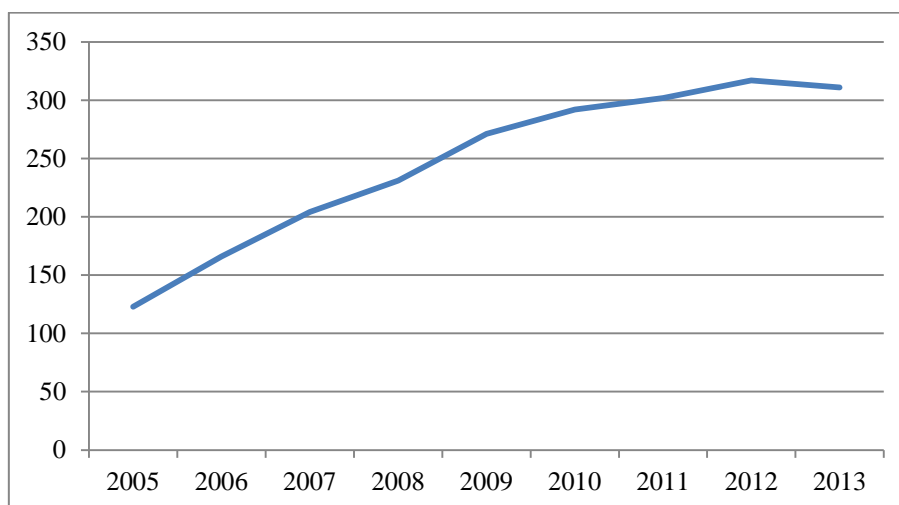
- **2000** : La circulaire du 30 mai 2000, publiée en réaction au faible développement de cette forme d'hospitalisation, vise à mieux définir le rôle de l'HAD (conditions d'amélioration de la prise en charge des patients, formation des libéraux). Elle demande aux agences régionales de l'hospitalisation (ARH) de favoriser le développement de l'HAD de manière substitutive à l'hospitalisation traditionnelle en établissant des contrats d'objectifs avec les établissements de santé. Un complément de circulaire vient définir 17 modalités de prise en charge et établit un exemple de fiche d'admission (15).
- **2003** : L'ordonnance du 30 septembre 2003 permet une simplification de l'organisation et du système de fonctionnement du système de santé. Ce texte fait disparaître le taux de change précédemment évoqué (12).
- **2004** : La circulaire du 4 février 2004 ouvre le champ d'action de l'HAD aux activités obstétricales, périnatales, pédiatriques et psychiatriques. Une nouvelle liste de modes de prises en charge est établie (16).
- **2006** : La circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006 rappelle le caractère polyvalent et généraliste de l'HAD. Elle réprecise également les modalités d'obtention des autorisations, les obligations et le rôle des acteurs de l'HAD ainsi que sa place parmi les autres structures de soins à domicile. Cette circulaire évoque l'apport de l'HAD en termes d'amélioration de la qualité de prise en charge des patients et le nécessaire développement d'une telle offre de soins. Les modalités de financement sont expliquées avec le passage à la tarification à l'activité (T2A). Enfin, les structures HAD sont assimilées à des établissements d'hospitalisation sans hébergement soumises aux mêmes obligations que les autres établissements de santé : accréditation, sécurité, qualité des soins, ... (17).
- **2007** : La circulaire du 5 octobre 2007 autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en établissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes ou non (EHPAD et EHPA) (12).

- **2009** : La loi "Hôpital Patients Santé Territoire" confirme l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière et garantit la protection de l'appellation "hospitalisation à domicile" par son article 4 : « Seuls les établissements de santé exerçant une activité de soins à domicile et répondant aux conditions prévues par l'article L. 6122-1 peuvent faire usage, dans leur intitulé, leurs statuts, contrats, documents ou publicité, de l'appellation d'établissement d'hospitalisation à domicile. Les autres structures, entreprises et groupements constitués avant la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires qui utilisent dans leur dénomination ou pour leur usage les termes d'hospitalisation à domicile doivent se conformer aux dispositions d'autorisation mentionnées au premier alinéa dans le délai d'un an à compter de cette date » (2). Elle vise également à assouplir le circuit du médicament et à faciliter la participation des professionnels paramédicaux en leur permettant de déroger au paiement à l'acte (12).
  
- **2012** : Le décret du 8 septembre 2012 conforte le champ d'intervention de l'HAD à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement après signature d'une convention (18).
  
- **2013** : La circulaire du 4 décembre 2013 décrit le développement de l'hospitalisation à domicile attendu d'ici 2018. Elle souhaite que les établissements de santé prennent en compte des nouvelles lignes de guidance pour positionner l'HAD à sa juste place dans l'offre de soins. Cette circulaire sera plus détaillée dans la partie « discussion » (3).

Le bilan d'activité établi par la FNEHAD en 2013 (6) permet d'apprécier les effets produits par les politiques mises en œuvre. Le nombre de structures a incontestablement cru de façon soutenue au cours des huit dernières années avec toutefois un certain tassement en fin de période. En 2013, on dénombrait 311 structures HAD sur le territoire français.

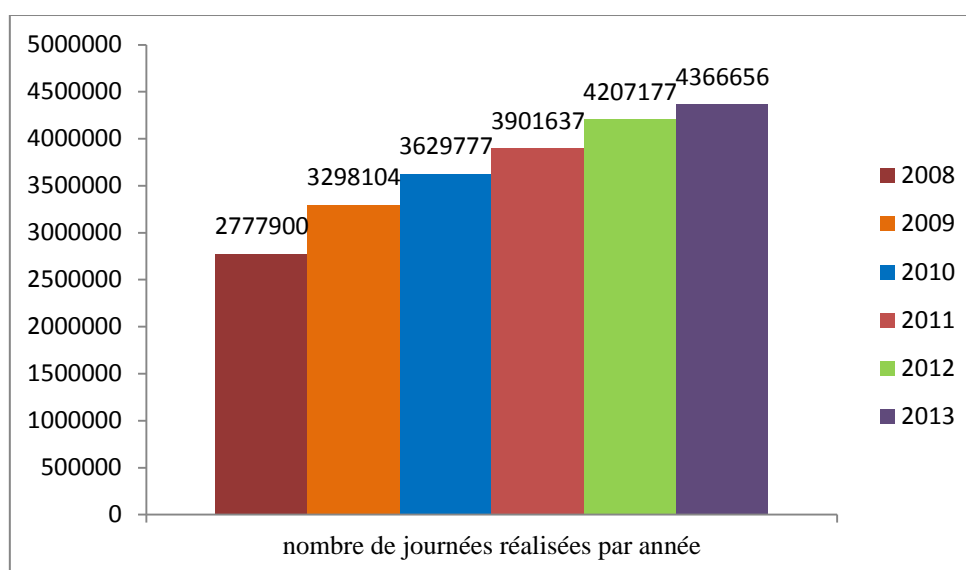
L'activité a connu une évolution globalement à la hausse et parallèle au nombre de structures. En 2013, les structures d'hospitalisation à domicile ont assuré 156 638 séjours, un chiffre stable par rapport à 2012. Cela représente un nombre de journées de 4,4 millions contre 4,2 millions en 2012, soit une hausse de 3,8%.

### Evolution du nombre de structures HAD au niveau national (2005 – 2013)



Source : FNEHAD

### Evolution du nombre de journées HAD au niveau national (2008 – 2013)



Source : FNEHAD

Selon le bilan d'activité de la FNEHAD 2013, au cours de l'année considérée, 105 000 patients ont bénéficié d'une hospitalisation à domicile. Les soins palliatifs restent la première activité de l'HAD (plus d'un quart de l'activité). Ils progressent toutefois moins vite que les pansements complexes, en augmentation de plus de 8% en nombre de journées et correspondant désormais à plus de 24% de l'activité d'HAD. Enfin, les soins de nursing lourds, en progression de près de 20 %, représentent désormais plus de 10 % de l'activité.

Modes de prise en charge en France, année 2013 :

<b>MPC principal</b>	<b>Nb de journées de présence</b>	<b>% Nb de journées</b>	<b>% cumulatif Nb de journées</b>
<b>04 Soins palliatifs</b>	<b>1 093 466</b>	<b>25,1</b>	25,1
<b>09 Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</b>	<b>1 061 211</b>	<b>24,4</b>	49,5
<b>14 Soins de nursing lourds</b>	<b>459 664</b>	<b>10,6</b>	60,1
<b>06 Nutrition entérale</b>	<b>284 467</b>	<b>6,5</b>	66,6
<b>03 Traitement intraveineux</b>	<b>232 547</b>	<b>5,4</b>	71,2
<b>13 Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse</b>	<b>159 982</b>	<b>3,7</b>	75,7
<b>02 Nutrition parentérale</b>	<b>125 195</b>	<b>2,9</b>	78,6
<b>01 Assistance respiratoire</b>	<b>124 287</b>	<b>2,9</b>	81,5
<b>19 Surveillance de grossesse à risque</b>	<b>113 916</b>	<b>2,6</b>	84,1
<b>21 Post-partum pathologique</b>	<b>110 437</b>	<b>2,5</b>	86,6
<b>10 Post traitement chirurgical</b>	<b>101 150</b>	<b>2,3</b>	88,9
<b>08 Autres traitements</b>	<b>88 366</b>	<b>2,0</b>	90,9
<b>05 Chimiothérapie anticancéreuse</b>	<b>84 426</b>	<b>1,9</b>	92,8
<b>07 Prise en charge de la douleur</b>	<b>74 154</b>	<b>1,7</b>	94,5
<b>12 Rééducation neurologique</b>	<b>62 290</b>	<b>1,4</b>	95,9
<b>15 Education du patient et/ou de son entourage</b>	<b>54 996</b>	<b>1,3</b>	97,2
<b>11 Rééducation orthopédique</b>	<b>50 471</b>	<b>1,2</b>	98,4
<b>22 Prise en charge du nouveau-né à risque</b>	<b>28 895</b>	<b>0,7</b>	99,1
<b>20 Retour précoce à domicile après accouchement</b>	<b>23 083</b>	<b>0,5</b>	99,6
<b>24 Surveillance d'aplasie</b>	<b>10 005</b>	<b>0,2</b>	99,8
<b>17 Surveillance de radiothérapie</b>	<b>5 571</b>	<b>0,1</b>	99,9
<b>18 Transfusion sanguine</b>	<b>676</b>	<b>0,02</b>	100,0
<b>Tous modes de prise en charge</b>	<b>4 349 255</b>	<b>100</b>	100,0

Source : FNEHAD

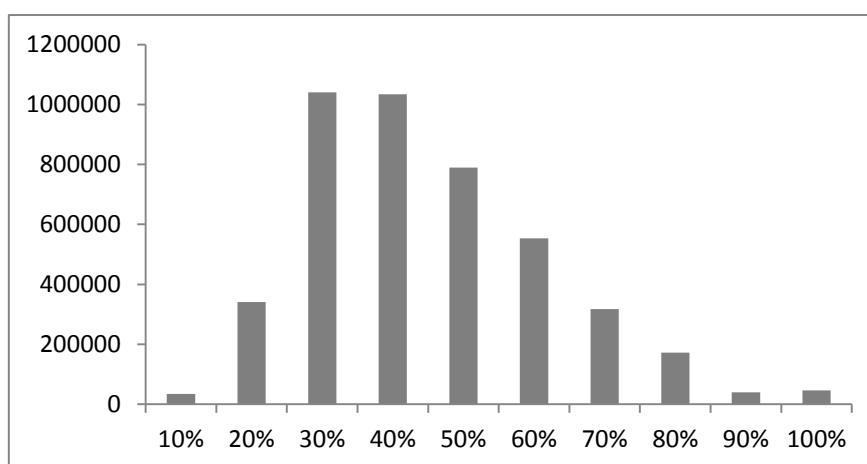
La FNEHAD donne également les caractéristiques des patients pris en charge en HAD dans son bilan d'activité 2013. Elle note un âge moyen de 56,3 ans et décrit la répartition des patients selon leur degré de dépendance.

Age des patients (Année 2013)

	<b>Moyenne</b>	<b>Médiane</b>
<b>Femmes</b>	<b>52,7</b>	<b>55,0</b>
<b>Hommes</b>	<b>60,9</b>	<b>66,0</b>
<b>Total</b>	<b>56,3</b>	<b>62,0</b>

Source : FNEHAD

Répartition des journées réalisées en 2013 selon l'index de Karnofsky des patients



Source : FNEHAD

Sur les 32% des séjours en HAD initiés à partir du domicile, 67,7% se termineront par un maintien au domicile, 20,7% par une admission dans un établissement de santé avec hébergement et 11,6% par le décès du patient à domicile. Sur les 68% des séjours en HAD initiés à partir de l'hôpital, 50,2% se termineront par un maintien au domicile, 40,4% par une réadmission dans un établissement de santé avec hébergement et 9,4% par le décès du patient à domicile. Au total, 56% des séjours en HAD (tous modes d'entrée confondus) aboutissent à un maintien au domicile.

Sur le plan budgétaire, le montant global de l'hospitalisation à domicile s'est élevé à 859 millions d'euros en 2013 contre 825 millions en 2012. Cela représente à peine plus de 1% de toutes les dépenses d'hospitalisation et 0,5 % des dépenses d'assurance maladie.

### **3. PRÉSENTATION DU BILAN 2006-2013 DE LA STRUCTURE HAD DU CENTRE HOSPITALIER DE BOURG-EN-BRESSE (CHB)**

#### **3.1 Un projet répondant aux besoins identifiés dans le SROS conduit en partenariat avec les professionnels de santé libéraux**

En 2006, il n'existait pas de service d'HAD sur le bassin de Bourg-en-Bresse malgré la présence du plateau technique offert par le Centre Hospitalier, hôpital de référence.

En réponse à une attente du schéma régional d'organisation des soins (SROS) n° 3, une réflexion a été ouverte en juin 2006 au sein de l'établissement sur la pertinence de créer un service d'HAD sur le territoire désigné. Cette pertinence validée, un dossier de projet de structure HAD au sein du CHB a été rédigé de septembre à décembre 2006 et soumis à l'ARH début 2007.

Dès le départ, les porteurs du projet ont fait le choix d'accorder une large place au partenariat avec les professionnels de santé libéraux pour des raisons notamment de maillage de territoire. Dans l'organisation de cette coopération, il a été tenu compte de la volonté affichée par les libéraux d'une alternance dans la réalisation des VAD pour alléger leur charge de travail mais aussi permettre aux deux partenaires, libéraux et hospitaliers, de rester au plus près du patient.

Le projet a été exposé aux Praticiens Hospitaliers de l'établissement représentant les différentes disciplines susceptibles d'être concernées par l'HAD.

S'agissant des professionnels de santé libéraux, une réunion d'information a été organisée le 7 décembre 2006 par le Centre Hospitalier en présence de M. le Président du Conseil d'Administration du Centre Hospitalier et de M. le Président du Conseil de l'Ordre des Médecins de l'Ain.

Au-delà des médecins, sages-femmes, infirmiers, et masseurs kinésithérapeutes libéraux étaient notamment conviés : les usagers par l'intermédiaire de leurs représentants au Conseil d'Administration du CHB, les centres locaux d'information et de communication (CLIC), les Services de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), les représentants du réseau

VILHOP'AIN (réseau réunissant professionnels de santé hospitaliers et libéraux), le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement du principal établissement de santé privé de Bourg-en-Bresse (Clinique Convert), le Directeur et le Directeur des Soins de la Clinique Mutualiste d'Ambérieu,...

A l'ordre du jour de cette séance figuraient une présentation générale de l'HAD et de son fonctionnement par M. le Dr Dubost (HAD Soins et Santé Lyon) puis une présentation du projet en cours de montage par le Centre Hospitalier.

A l'issue de cette réunion, la constitution d'un groupe projet associant hospitaliers et libéraux a été proposée et acceptée afin de finaliser les modalités de collaboration.

Parmi les points qui ont été négociés au sein de ce groupe projet a figuré une convention cadre déterminant :

1. les conditions d'interventions particulières à la profession ;
2. les bases qui permettront d'établir la rémunération des actes ou services effectués ;
3. les modalités de leur règlement.

Le 5 janvier 2007 une présentation du projet de l'établissement ainsi qu'un questionnaire relatif à la formalisation d'un partenariat "Centre Hospitalier-Professionnels de santé libéraux" ont été adressés aux médecins, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes libéraux, Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), Aide à Domicile en Milieu Rural (ADMR), Réseau VILHOP'AIN des communes de la zone d'intervention retenue (487 destinataires).

De janvier à juin 2007, le groupe projet a été divisé en quatre sous-groupes associant chacun une quinzaine de professionnels de santé libéraux et hospitaliers. Ils se sont réunis quatre fois. Deux sous-groupes ont travaillé sur la coordination des soins, un sur la formation continue et le dernier sur la rémunération. Un groupe institutionnel (CHB) d'une vingtaine de personnes a suivi en parallèle l'élaboration de ce projet. Une réunion de synthèse s'est tenue fin juin 2007.

Le 11 juillet 2007, l'autorisation d'ouverture (n° 2007/256) a été délivrée par la commission exécutive de l'ARH pour 24 places en 2008-2009 puis 30 places.

L'équipe hospitalière a été constituée courant décembre 2007. La structure a ouvert le 3 janvier 2008 et accueilli les premiers patients le 10 janvier 2008.

La visite de conformité a été réalisée le 15 février 2008.

Au décours d'une première rencontre HAD-EHPAD en mai 2011, la structure s'est ouverte aux EHPAD puis aux autres établissements médico-sociaux.

Du 3 au 7 octobre 2011, s'est déroulée la première visite de certification de la structure.

Le dossier de renouvellement d'autorisation de la structure a été rédigé fin 2011 et a sollicité un élargissement de la zone d'intervention, une évolution des modalités d'organisation (nouvelles communes, création d'antennes...) ainsi qu'une augmentation progressive du nombre de places (35 en 2013, 40 en 2015).

### 3.2 Le périmètre d'activité de la structure

L'HAD du CHB prend en charge des patients adultes dans le cadre des modes de prise en charge retenus pour l'HAD et des trois types de soins définis dans la circulaire ministérielle du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile (15) :

- **les soins ponctuels** : ce sont des soins techniques et complexes destinés à des patients ayant une pathologie non stabilisée, pris en charge pour une période préalablement déterminée. Ils peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie par exemple) ;
- **les soins continus** : ils associent, pour une durée non déterminée préalablement, des soins techniques plus ou moins complexes, des soins de nursing, de maintien et d'entretien de la vie, pouvant aller jusqu'à la phase ultime. Ils concernent des patients ayant une pathologie évolutive ;
- **les soins de réadaptation au domicile** : ces soins sont destinés à des patients pris en charge pour une durée déterminée, après la phase aiguë d'une pathologie neurologique, orthopédique, cardiologique ou d'une poly pathologie.



Pour ces trois types de soins, plusieurs modes de prises en charge sont possibles (Cf. annexe 2).

La structure n'a pas pour vocation de se spécialiser dans une discipline mais à être polyvalente. L'HAD s'intègre dans les filières oncologiques, gériatriques et les réseaux de soins palliatifs dont le développement fait partie des objectifs du SROS 3. L'interface avec la prise en charge des soins palliatifs a été souhaitée forte par l'établissement conformément aux dispositions prévues dans la circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006 avec une mutualisation des moyens « structure HAD et Equipe mobile de soins palliatifs ». La structure assure également la prise en charge de patients relevant d'autres disciplines parmi lesquelles : la pneumologie, l'infectiologie, la neurologie, la gastro-entérologie, la cardiologie ...

En 2012, l'HAD du CHB a développé son offre de chimiothérapie à domicile en partenariat avec les infirmiers diplômés d'Etat Libéraux (IDEL) après rédaction de procédures, formalisation des aspects logistiques et formations des IDEL volontaires. Les chimiothérapies n'étaient auparavant réalisées que par les infirmiers (IDE) de la structure HAD.

### **3.3 Les aspects organisationnels**

Les modalités de fonctionnement de la structure sont décrites dans un règlement intérieur et dans le livret d'accueil remis au patient et ses proches.

Un bilan annuel de fonctionnement est réalisé dans le cadre de la commission de fonctionnement de l'unité. Celle-ci comprend des professionnels libéraux et hospitaliers, des représentants des structures partenaires (Clinique Convert, SSIAD) et un représentant des usagers qui se réunissent une fois par an.

#### *3.3.1 Le fonctionnement du service*

Le cadre de santé et les autres professionnels de l'équipe sont directement joignables du lundi au vendredi de 8 h à 18 h. Le praticien coordonnateur est présent jusqu'à 18h30.

L'accueil téléphonique est assuré comme suit :

- Du lundi au vendredi de 8 h à 18 h, la réception des appels est assurée par la plateforme téléphonique d'orientation,
- Tous les jours de la semaine, de 7h30 à 8 h et de 18 h à 21h, les IDE de la structure assurent la réponse aux appels,
- Toutes les nuits de la semaine, entre 21 h et 7h30, les week-ends et jours fériés, l'IDE HAD d'astreinte répond aux appels téléphoniques des patients.

Le service dispose de locaux au sein de l'établissement, au 1<sup>er</sup> étage du bâtiment principal du CHB (site de Fleyriat).

### 3.3.2 *La continuité de la prise en charge du patient*

Une organisation permettant une permanence des soins en application de la circulaire du 1<sup>er</sup> décembre 2006 est précisée dans le règlement intérieur de l'HAD et formalisée dans une procédure.

En dehors des horaires d'ouverture du secrétariat, la permanence téléphonique est assurée par l'équipe paramédicale (7h30-8h et 18h30-21h) et par l'IDE d'astreinte (21h-7h30). Cette dernière apporte une réponse téléphonique à la problématique posée ou se déplace au domicile du patient. Elle juge de la nécessité d'appeler le médecin d'astreinte de la structure. Six médecins se partagent cette astreinte. Le médecin contacté apporte une réponse téléphonique ou décide de se rendre au domicile du patient. Si nécessaire, il décide une ré-hospitalisation en urgence en appelant le Centre 15. Selon le cas, une prise en charge SAMU est proposée.

### 3.3.3 *Les effectifs hospitaliers*

L'évolution de l'effectif de la structure est détaillée dans le tableau ci-après. Sur le plan paramédical, l'équipe est restée stable, dynamique, efficiente, motivée avec néanmoins des arrêts de travail prolongés pour la première fois en 2013 (85 jours au niveau du secrétariat et 101 jours au niveau infirmier). Des difficultés de recrutement ont été notées au niveau médical avec un important turn-over de praticiens (9 arrivées et 6 départs). L'équipe médicale sera stabilisée fin 2014 par l'arrivée d'un nouveau praticien temps plein. La direction du CHB

a accompagné l'augmentation d'activité en créant 2,4 équivalents temps plein (ETP) IDE. Un renforcement du temps de cadre de santé, de secrétaire, d'assistante sociale, d'IDE, de psychologue sera nécessaire dans l'avenir conformément au dossier de renouvellement d'autorisation adressé à l'ARS en 2011. Une réflexion sur la création d'un poste de logisticien sera également à conduire.

#### Personnels hospitaliers

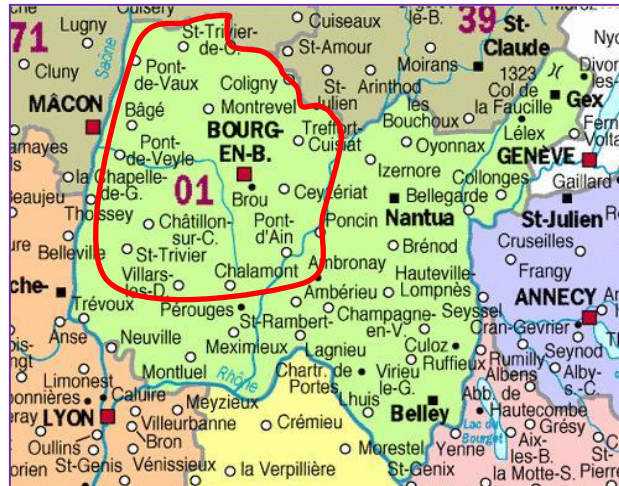
Fonction	Nombre (ETP) à l'ouverture de la structure (2008)	ETP supplémentaires à compter de 2009 (dossier autorisation)	Effectif actuel (ETP)	Effectif 2015 selon dossier de renouvellement d'autorisation (ETP)
Médecin	1		1,7	2
Cadre de santé	1		0,8	1
Secrétaire	1 (+ poste mutualisé)		2,0	2,8
Assistante sociale	0.5	0.5	0,35	1
Infirmiers	5	2	7,40	8,6
Sage-femme	0	1	0	0
Psychologue	Poste mutualisé	0.5	0,3	0,8
Ergothérapeute	Poste mutualisé		Poste mutualisé	Poste mutualisé
Préparateur Pharmacie	0.5		Poste mutualisé	Poste mutualisé
Logisticien				1
diététicienne				0,2

Source : HAD du CHB

### 3.3.4 La zone d'intervention

La zone d'intervention de l'unité représente un cercle d'un rayon de 40 km autour de Bourg-en-Bresse.

Zone d'intervention de la structure (source : HAD CHB)



L'HAD est en lien avec toutes les filières de prises en charge de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) du centre hospitalier, ainsi que les services de soins de suite et réadaptation (SSR) (Hôtel Dieu) et établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (Résidence Emile Pélicand) de l'établissement.

Une convention lie l'HAD à la clinique Convert de Bourg-en-Bresse et aux 16 EHPAD situés dans sa zone d'intervention.

Des conventions ont par ailleurs été signées avec les professionnels de santé libéraux de la zone d'intervention (120 médecins, 314 infirmières, 97 kinésithérapeutes en 2013).

Elles identifient les missions de chacun et définissent les modalités d'articulation entre chaque intervenant.

Nombre de conventions signées entre la structure HAD du CHB, professionnels libéraux et autres structures de la zone d'intervention (2009-2013)

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
IDEL	199	217	252	283	314
médecin	88	91	102	109	120
kinésithérapeute	65	72	82	88	97
orthophoniste	-	-	1	1	1
diététicienne	-	-	1	1	1
Laboratoire d'analyses médicales	-	-	1	1	1
EHPAD	-	9	16	16	17
SSIAD					1
IME					2
MAS					2

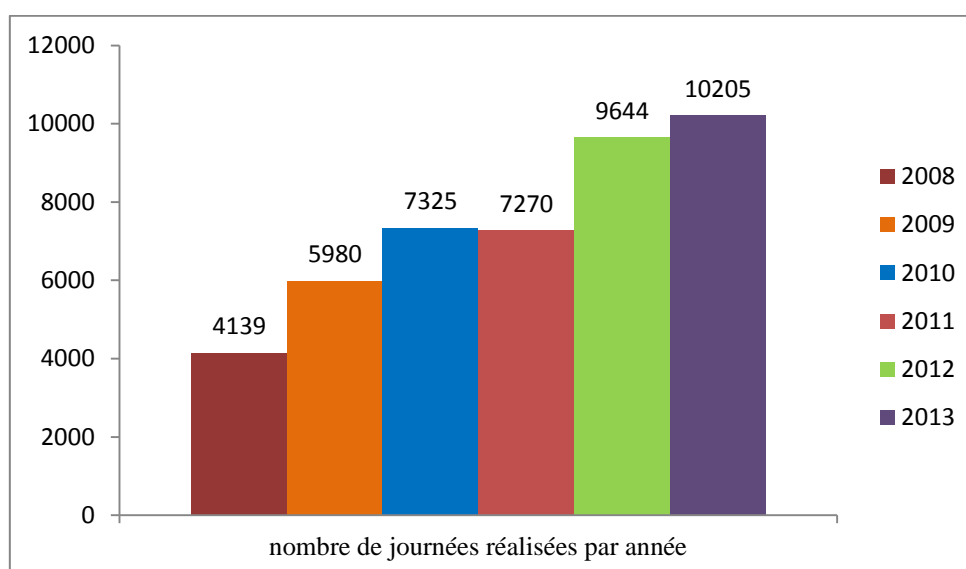
Source : HAD du CHB

### 3.4 L'activité

#### 3.4.1 Nombre de journées réalisées

L'activité de la structure croît régulièrement d'année en année comme en témoigne les graphiques ci-après.

Nombre de journées réalisées



Source : HAD du CHB

Détail de l'activité de la structure (2008 – 2013)

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Nombre de patients pris en charge	148	193	231	225	251	255
Nombre de journées réalisées	4139	5980	7325	7270	9644	10205
Nombre de journées réalisées en Etablissements Médico-Sociaux	-	-	40	103	319	259 (137 en EHPAD)
Nombre de places occupées en moyenne	11,31	16,38	20,07	19,92	26,35	27,96
Durée moyenne séjour complet	13,72	18,07	19,83	21,68	21,17	19,48

Source : HAD du CHB

Au fil des ans, la part de l'activité de la structure au sein de l'activité totale de l'établissement progresse.

Part de l'activité HAD au sein de l'activité du CHB (en journées)

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Hospitalisation complète MCO	131 759	124 825	127 564	126 773	126 293
Hospitalisation de semaine		1 652			
Chirurgie ambulatoire		1 708	2 654	3 247	3 619
Hospitalisation de jour hors chimio	607	3 390	2 997	3 409	3 896
HAD	3 952	6 067	7 015	7 362	9 306
<b>TOTAL</b>	<b>136 318</b>	<b>137642</b>	<b>140 230</b>	<b>140 791</b>	<b>139 495</b>
Part de l'HAD dans le total des journées	2,9%	4,4%	5,0%	5,2%	6,7%

Source : Statistique Annuelle des Etablissements de Santé (SAE) et données CHB

Part de l'activité HAD au sein de l'activité du CHB (en entrées)

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
Hospitalisation complète MCO	25 488	21 635	20 630	21 482	21 379
Hospitalisation de semaine		973			
Venues chirurgie ambulatoire		1 708	2 654	3 247	3 619
Venues HDJ hors chimiothérapies	607	3 390	2 997	3 409	3 896
HAD	263	326	358	344	442
<b>TOTAL</b>	<b>26 358</b>	<b>28 032</b>	<b>26 639</b>	<b>28 482</b>	<b>29 336</b>
Part de l'HAD dans le total des entrées	1,0%	1,2%	1,3%	1,2%	1,5%

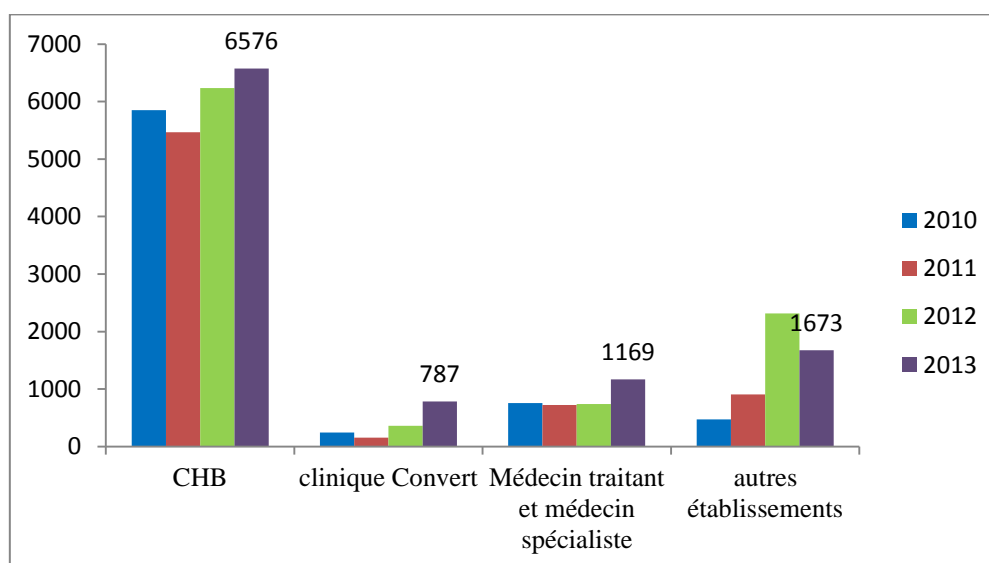
Source : SAE et données CHB

### 3.4.2 Provenance des patients

La structure accueille non seulement les patients hospitalisés au sein de l'établissement mais également ceux provenant d'autres structures et du domicile.

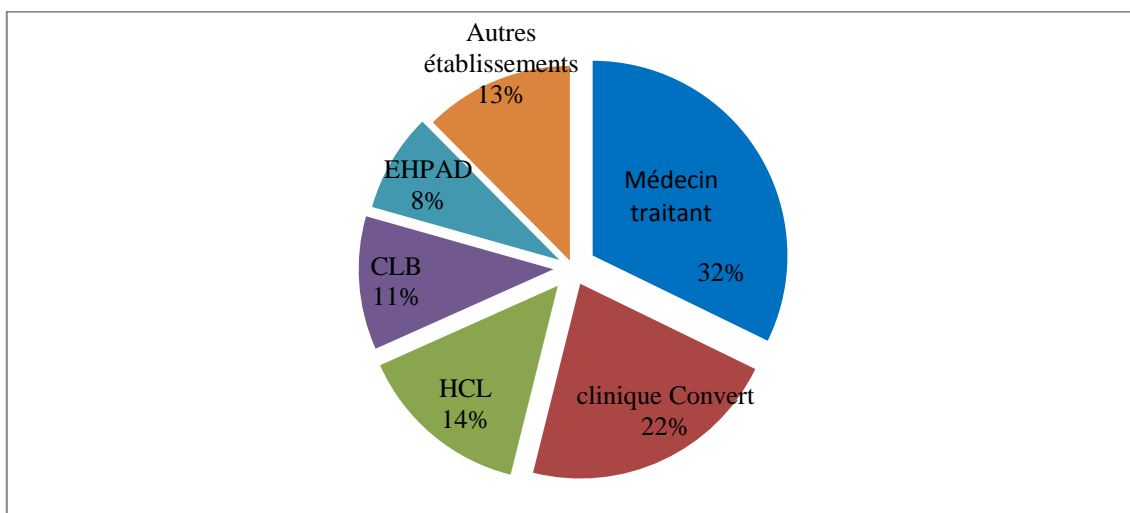
L'activité par type d'adresseur montre une baisse du ratio de patients issus du CHB (85 % en 2008, 80% en 2009 et 2010, 75% en 2011, 66,5% en 2012, 64,4% des journées réalisées en 2013) et une progression du partenariat avec les médecins traitants (11,5% en 2013) et les autres établissements, en particulier les Hospices Civils de Lyon (HCL), le Centre Léon Bérard (CLB) et les EHPAD (16,4% en 2013).

Activité en nombre de journées réalisées en fonction de l'adressage (2010 – 2013)



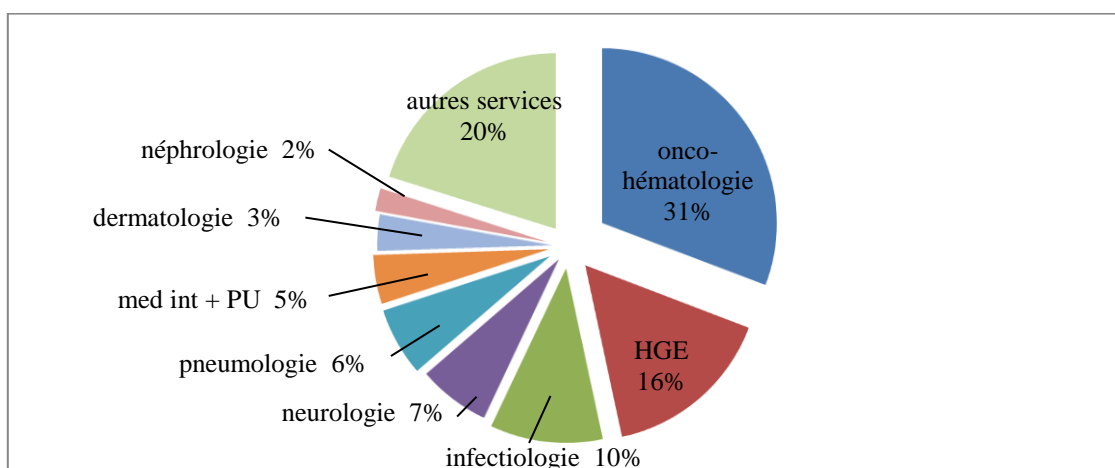
Source : HAD du CHB

Provenance des patients hors CHB (en % des 3629 journées réalisées en 2013)



Source : HAD du CHB

Provenance des patients issus du CHB par service (en % des 6576 journées réalisées en 2013)



Source : HAD du CHB

3.4.3 *Age et degré de dépendance des patients pris en charge :*

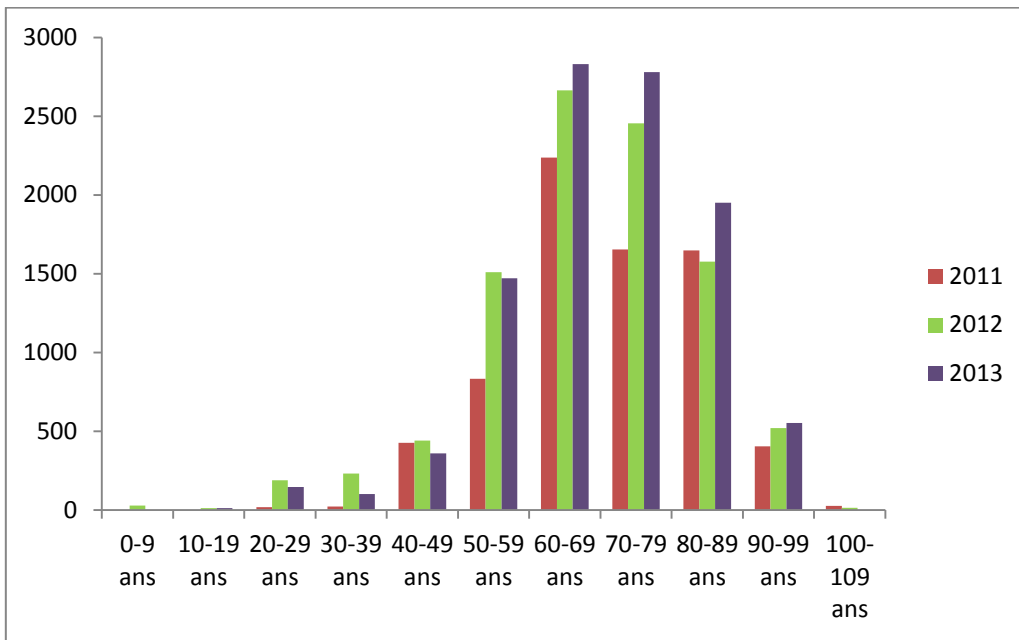
Age des patients (Année 2013)

	<b>Moyenne</b>	<b>Médiane</b>
<b>Femmes</b>	<b>66,2</b>	<b>68,0</b>
<b>Hommes</b>	<b>65,7</b>	<b>69,0</b>
<b>Total</b>	<b>66,0</b>	<b>68,0</b>

Source : HAD du CHB

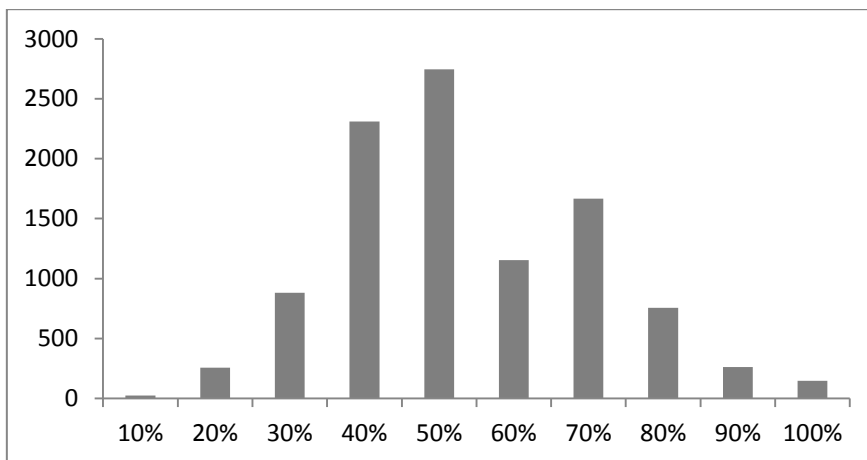


Répartition des journées réalisées en 2011, 2012 et 2013 par tranche d'âge



Source : HAD du CHB

Répartition des journées réalisées en 2013 selon l'index de Karnofsky des patients



Source : HAD du CHB

### 3.4.4 Principaux modes de prise en charge :

Année 2013

MPC principal	Nb de journées de présence	% Nb de journées	% cumulatif Nb de journées
<b>04 - soins palliatifs</b>	<b>3 565</b>	<b>34,9</b>	34,9
<b>09 - pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)</b>	<b>1 918</b>	<b>18,8</b>	53,7
<b>03 - traitement par voie veineuse : anti-infectieux ou autre</b>	<b>1 121</b>	<b>11</b>	64,7
<b>05 - chimiothérapie anticancéreuse</b>	<b>831</b>	<b>8,2</b>	72,9
<b>14 - soins de nursing lourds</b>	<b>690</b>	<b>6,7</b>	79,6
<b>13 - surveillance post chimiothérapie anticancéreuse</b>	<b>585</b>	<b>5,8</b>	85,4
<b>06 - nutrition entérale</b>	<b>533</b>	<b>5,2</b>	90,6
<b>02 - nutrition parentérale</b>	<b>425</b>	<b>4,1</b>	94,7
<b>07 - prise en charge de la douleur</b>	<b>178</b>	<b>1,8</b>	96,5
<b>11 - rééducation orthopédique</b>	<b>167</b>	<b>1,6</b>	98,1
<b>24 - surveillance d'aplasie</b>	<b>127</b>	<b>1,3</b>	99,4
<b>17 - surveillance de radiothérapie</b>	<b>40</b>	<b>0,4</b>	99,8
<b>08 - autres traitements</b>	<b>15</b>	<b>0,1</b>	99,9
<b>10 - post traitement chirurgical</b>	<b>10</b>	<b>0,1</b>	100,0
<b>Tous modes de prise en charge</b>	<b>10 205</b>	<b>100,0</b>	100,0

Source : HAD du CHB

### 3.5 La qualité et sécurité des soins

Une cartographie des situations à risque en HAD a été réalisée en 2010 et sera revue fin 2014-début 2015 :

- Inadéquation des locaux ;
- Risque de chute du fait de matériel inadapté ;
- Défaut de surveillance ;
- Risque infectieux ;
- Risque lié à l'organisation (professionnels insuffisamment formés, absentéisme important, communication, coordination insuffisante...) ;
- Non-respect de l'intimité, excès de familiarité, ...

La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.). Le livret d'accueil HAD précise différentes situations et conduites à tenir de façon à assurer la bientraitance du patient (exemple : l'hygiène).

La signature de conventions avec les EHPAD visant à éviter aux personnes âgées de quitter leur lieu de vie est aussi une formalisation d'un projet de bientraitance.

- La philosophie même de l'HAD conduit à apprécier pour chaque patient les différents risques potentiels liés à son séjour (quel domicile, quel entourage, quelle pathologie, ...) et à adapter les moyens de l'institution à CHAQUE situation. Une évaluation médicale et paramédicale ainsi qu'une visite à domicile sont réalisées par l'équipe hospitalière avant l'admission. A la suite de ce premier bilan, l'assistante sociale, la psychologue de la structure sont sollicitées si nécessaire.
- Le patient (ou les personnes habilitées à décider pour lui s'il n'est pas en mesure d'exprimer son consentement aux soins) accepte librement d'entrer en HAD. Les refus sont tracés. La désignation d'une personne de confiance ainsi que la rédaction de directives anticipées sont prévues par le règlement intérieur.
- Le patient a déjà choisi son médecin traitant (MT) au moment de l'admission. Il ne peut y avoir de séjour HAD sans accord du MT. Le patient désigne les infirmières libérales, le kinésithérapeute libéral (..) qui participeront à sa prise en charge s'il en connaît antérieurement. Qu'il s'agisse de professionnels retenus par le patient ou proposés par la structure lorsque le patient n'en connaît pas, l'HAD prend contact avec ceux-ci afin de proposer la convention de partenariat permettant la bonne articulation des intervenants.
- Les différents intervenants (hospitaliers, libéraux) sont autant de regards extérieurs portés sur l'unité et les garants d'une dynamique d'amélioration de la qualité lors de chaque temps de prise en charge. Les réunions de synthèse pluridisciplinaires hebdomadaires permettent de réévaluer régulièrement les objectifs et la qualité de la prise en charge.
- Le règlement intérieur de l'HAD prévoit le respect des droits des patients dans plusieurs articles (n° 26, 29, 30 et 31).
- Toute ré-hospitalisation en unité conventionnelle doit autant que possible se faire en évitant un passage par les services d'urgence (thème retenu comme Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) en 2010).

L'équipe HAD a participé en 2009 de manière volontaire au recueil des indicateurs de la qualité de la prise en charge en HAD (indicateurs COMPAQ : Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité). Il en a été de même en 2010, 2011 et 2013 pour le recueil des indicateurs IPAQSS (Indicateurs Pour l'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins) qui ont pour objectif d'évaluer la bonne tenue des dossiers patients afin de leur assurer une meilleure prise en charge tout au long de leurs hospitalisations. Ce sont des auto-évaluations. Suite aux résultats de 2013, de nouvelles mesures correctives ont été décidées.

Indicateurs IPAQSS recueillis (score sur 100)

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2013</b>
Score de qualité de la tenue du dossier patient	50,3	78	87	92
Délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation	38,3	97	100	96
Traçabilité de l'évaluation de la douleur avec une échelle	4,3	20	92	60
Suivi du poids	-	50	64	65
Traçabilité de l'évaluation du risque d'escarre	13	63	65	68

Source : HAD du CHB

Dans le cadre de la démarche de certification V2010, les personnels de l'équipe HAD et des partenaires libéraux volontaires ont participé à l'auto évaluation des critères du manuel de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatifs à l'HAD. La visite de certification V2010 de l'établissement s'est déroulée du 3 au 7 octobre 2011. Le rapport des experts visiteurs a certifié sans réserve la structure (11 critères classés A, 13 critères classés B) et a donné lieu à une recommandation sur l'éducation thérapeutique (critère 23a relatif à l'éducation thérapeutique des patients classé C). Une partie du personnel de la structure a été formée à l'éducation thérapeutique en 2013.

Indépendamment de cette obligation réglementaire, la structure évalue la satisfaction générée par ses prestations au travers d'un questionnaire adressé systématiquement aux patients pris en charge. Pour apprécier également le niveau de satisfaction des partenaires libéraux, une enquête spécifique a été réalisée en 2010. La synthèse de l'exploitation des questionnaires adressés aux patients ainsi que les principales conclusions et éléments du plan d'actions élaboré dans le prolongement de l'enquête conduite auprès des libéraux sont présentés dans le cadre de la partie « Discussion » (point relatif aux enquêtes locales).

## **4. MATÉRIEL ET MÉTHODE**

### **4.1 Recherches bibliographiques**

Les recherches bibliographiques ont été effectuées en utilisant les sites : Pubmed, GoogleScholar, Sudoc, CAINR ... Les mots clés rentrés dans ces bases de données étaient : « hospitalisation à domicile », « médecin généraliste/traitant », « home care services », « home care », « general physician » et « general practice ».

La recherche d'articles et de thèses traitant du sujet a débuté en février 2014. Les articles internationaux n'avaient pas pour sujet exact le ressenti des médecins généralistes. En 2009, l'HAS concluait elle aussi que « l'organisation de l'HAD par pays étant particulièrement complexe à décrire et étant peu rapportée dans la littérature exploitée, il n'a pas été possible d'en faire état de manière plus détaillée » (19).

Nous avons donc privilégié la littérature française traitant cet aspect tout en intégrant quelques articles internationaux se rapprochant au plus près du sujet étudié.

### **4.2 L'étude**

#### *4.2.1 Type d'étude*

Le type d'étude réalisée pour cette thèse est une étude épidémiologique quantitative descriptive et transversale. Elle vise à décrire à un moment donné le ressenti des médecins traitants vis-à-vis des prises en charge en HAD.

#### *4.2.2 Objectifs*

Le critère principal de jugement de cette étude était le degré de satisfaction des médecins généralistes par rapport à l'HAD du CHB. La ville de Bourg-en-Bresse a été choisie car il s'agit du futur lieu de mon exercice. Il nous semblait essentiel que ce critère principal soit évalué par le biais d'une échelle visuelle analogique (EVA). Un trait de 10 cm a donc été apposé en fin de questionnaire avec seulement les nombres 0 et 10 inscrits aux extrémités. Les médecins devaient placer une croix sur ce trait pour mettre en évidence leur note de

satisfaction sur 10. Nous avons choisi de ne pas graduer ce segment afin de ne pas influencer les réponses et qu'ainsi chaque médecin se sente libre dans cette évaluation.

L'objectif secondaire de ce travail était de mettre en avant les motivations et les freins des médecins traitants par rapport à l'HAD. Ce point-là de l'enquête a été exploré par des affirmations auxquelles les médecins donnaient ou non leur accord.

Enfin, une partie du questionnaire traitait des possibles attentes des médecins traitants par rapport à l' HAD. Ainsi, cette enquête permettait d'obtenir une première note de satisfaction globale et de faire apparaître des propositions de mesures correctives pour améliorer la collaboration avec les médecins généralistes.

### **4.3 La population**

#### *4.3.1 Population étudiée*

Pour cette étude, nous avons décidé d'interroger les médecins généralistes exerçant sur le secteur de l'HAD de Bourg-en-Bresse. Afin de créer notre liste nous nous sommes intéressés dans un premier temps à la carte géographique du secteur couvert par cette structure et avons établi une liste des communes concernées. Ensuite, les noms et coordonnées des différents médecins ont été recherchés par l'intermédiaire du site du conseil de l'Ordre National des médecins. Nous avons effectué une recherche par commune et répertorié ainsi les médecins concernés. Il n'a pas été réalisé d'échantillonnage de cette population. En effet, tous les médecins recensés ont été la cible de l'enquête.

#### *4.3.2 Critères d'inclusion et d'exclusion*

Les critères d'inclusion étaient : être médecin généraliste inscrit au conseil de l'Ordre National des médecins à la date du 1<sup>er</sup> juin 2014 et exercer, à cette date, dans le secteur géographique choisi.

Nous avons décidé d'exclure les médecins ayant des diplômes spécialisant comme gériatre ou angiologue et qui, de ce fait, n'ont plus d'activité de médecin traitant. De même, les médecins généralistes travaillant en structure hospitalière n'ont pas été recrutés.

Enfin, nous avons choisi d'inclure les 4 médecins désignés comme généralistes mais exerçant comme médecin coordonnateur d'EHPAD présents sur le secteur. En effet, ils sont confrontés depuis plusieurs années à l'hospitalisation à domicile de certains résidents. Ils sont présents régulièrement auprès de ces patients même s'ils n'ont pas officiellement le statut de médecin traitant.

La population étudiée se composait ainsi de 158 médecins généralistes.

#### **4.4 Le questionnaire**

##### *4.4.1 Sources*

Le questionnaire a été rédigé à partir de modèles trouvés dans diverses thèses ayant également comme sujet l'évaluation de l'hospitalisation à domicile par des médecins généralistes (20) (21) (22) (23) (24) (25). Les questions ont été adaptées au mode de fonctionnement de la structure d'HAD de Bourg-en-Bresse. Nous avons également ajouté des questions qui nous paraissaient pertinentes.

##### *4.4.2 Type de questions*

Nous avons choisi de poser, en majorité, des questions dites fermées afin de mieux pouvoir exploiter les réponses. De plus, il paraît certain que les questions fermées nécessitent moins de temps pour y répondre que les questions ouvertes avec rédaction d'un texte même court. La problématique du temps étant un facteur important dans l'exercice de la médecine générale, nous avons donc privilégié les questions à choix multiples en limitant les questions ouvertes espérant ainsi augmenter le taux de réponses. Concernant les réponses proposées, nous avons fait en sorte que le nombre de propositions soit pair afin d'éviter les réponses ne prenant pas position.

##### *4.4.3 Test de faisabilité et relecture*

La faisabilité du questionnaire a été testée à l'occasion d'un mémoire d'initiation à la recherche. Un échantillon, choisi de manière aléatoire, de 20 médecins, parmi les 158 concernés par l'étude, a été la cible du test. Un taux de réponse de 65 % a été obtenu et les

QCM étaient remplis à 97%. Ces taux élevés laissaient penser que le questionnaire était compréhensible. Le taux de réponse de 65% était assez encourageant pour l'enquête de thèse.

Ce test a permis de valider le format, la mise en page et la longueur du questionnaire. De même, cette étude de faisabilité nous a amenés à reformuler deux questions et à ajouter une interrogation sur la revalorisation de la visite à domicile des médecins généralistes. Ce point avait également été discuté avec M. le Professeur Colin lors d'un entretien et relevé par la Cour des Comptes en septembre 2013 (7).

Enfin, comme l'avaient demandé plusieurs médecins, nous avons créé 2 espaces d'expression libre par texte court.

Le questionnaire se composait donc de 5 parties (cf annexe 3) :

- renseignements démographiques,
- expérience HAD,
- bilan avec motivations, freins et représentations de l'HAD (QROC),
- attentes (QCM + QROC),
- note globale de satisfaction.

Une fois finalisé, le questionnaire a été relu et corrigé par M. le Dr Bouhour, directeur de la thèse, et Mme Laurent, ingénieur qualité à l'hôpital de Bourg-en-Bresse.

## 4.5 L'enquête

### 4.5.1 *Format*

Nous avons choisi de réaliser des questionnaires imprimés sur papier afin d'augmenter les chances de réponses. De plus, l'adresse des médecins étant informée sur le site du conseil de l'Ordre, nous pouvions l'utiliser directement. Ceci évitait de contacter par téléphone les médecins pour obtenir leurs coordonnées mail, garantissait l'anonymat et diminuait l'effet de mobilisation puisqu'aucun contact n'avait été établi avant l'envoi des questionnaires.



#### 4.5.2 *Envoi*

Le questionnaire a donc été envoyé par voie postale. Dans l'enveloppe, les médecins trouvaient un premier texte qui expliquait notre démarche, le questionnaire constitué de 3 pages ainsi qu'une enveloppe préaffranchie de retour.

#### 4.5.3 *Délai et relance*

Les enveloppes ont été postées samedi 28 juin 2014. Il était spécifié sur le courrier explicatif qu'une relance papier aurait lieu mi-juillet puis, si nécessaire (<30% de réponses), qu'une relance téléphonique serait réalisée début août. La date de fin de l'étude était également notée sur ce courrier : le 16 août 2014. Finalement, le taux de réponse obtenu fin juillet a permis d'éviter la relance téléphonique. L'enquête a pris fin le 16 août comme prévu après la distribution du courrier.

#### 4.5.4 *Analyse des résultats*

Les résultats ont été enregistrés dans une base de données avec le logiciel Excel. Le même logiciel a été utilisé pour les analyses et les présentations graphiques. Les analyses comparatives ont été effectuées sur le site BiostaTGV. Les comparaisons de variables qualitatives ont été réalisées grâce aux tests de khi-deux ou de Fisher lorsque l'un des effectifs était inférieur à 5. Les comparaisons de variables quantitatives (notes) ont été effectuées grâce aux tests de Wilcoxon Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis. Le test de Student n'a pu être utilisé car la distribution des notes ne répondait pas à une loi normale.

## 5. RÉSULTATS

### 5.1 Taux de réponses

#### 5.1.1 Taux de renvois

Sur les 158 questionnaires envoyés nous avons reçu 108 réponses soit 68,4 %. Parmi les réponses, nous avons trouvé 5 questionnaires non exploitables : les médecins ne les avaient pas remplis et nous informaient qu'ils n'exerçaient plus comme médecins traitants ou qu'ils n'avaient jamais eu de patients en HAD. Par ailleurs, 3 questionnaires ont été renvoyés hors délai et n'ont pas pu être comptabilisés dans nos analyses statistiques. Nous avons donc exploité 100 questionnaires soit 63,3% des envois.

#### 5.1.2 Taux de remplissage

##### - Remplissage du QCM :

Nous avons compté 48 questionnaires remplis de manière complète parmi les 100 étudiés. Le nombre de questionnaire incomplètement remplis peut paraître important mais cela ne concerne qu'une faible proportion des questions. En effet, sur les 3700 réponses attendues nous en avons obtenu 3534 soit 95,5% de remplissage.

##### - Remplissage des QROC :

La première question ouverte traitait des représentations de l'HAD, nous avons obtenu 85 réponses. La deuxième question ouverte concernait des attentes supplémentaires possibles, nous avons eu 31 réponses. Le taux de remplissage des QROC s'élève à 58%.

##### - Remplissage global :

Au total, 24 médecins ont rempli le QCM et les QROC de manière complète. Sur les 3900 réponses attendues, nous avons donc obtenu 3650 réponses soit 93,6 % de remplissage.

### 5.2 Principales caractéristiques des répondants

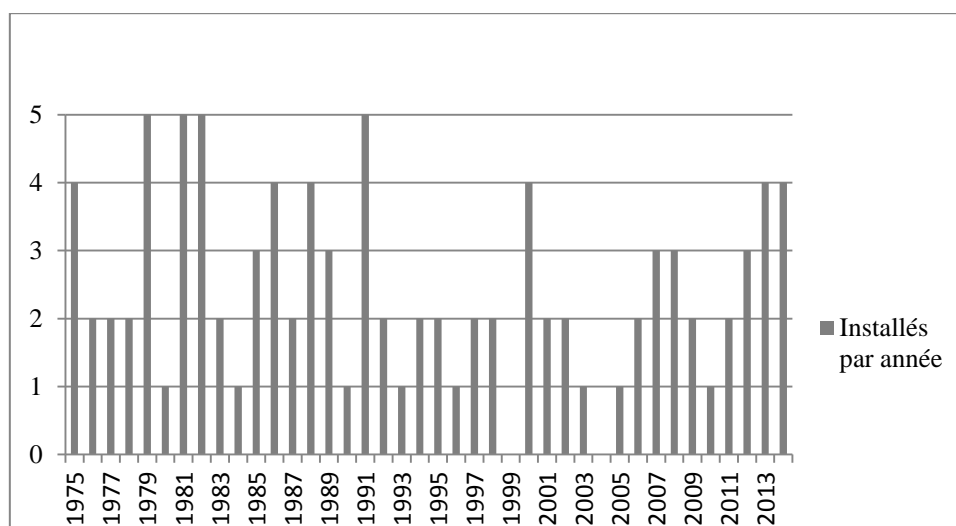
Si nous essayons de brosse à grands traits le profil type du répondant, celui-ci est un homme (70 %), âgé de 50 à 65 ans (55 %), installé au début des années 90, exerçant en

groupe (64 %), effectuant des visites à domicile (97 %), ayant une expérience de l'HAD (94 %) et utilisant comme moyen de communication préférentiel le téléphone (97 %) et le courrier (51 %).

- Répartition par sexe et par âge

	Sexe		Age			
	Hommes	Femmes	<35 ans	35-50 ans	50-65 ans	>65 ans
Pourcentage de réponses	<b>70%</b>	30%	13%	23%	<b>55%</b>	9%

- Nombre de médecins installés par année



Les années d'installation s'étendent de 1975 à 2014. La moyenne est de 1993,25 et l'année médiane est 1991. On remarque que 25 médecins sur 97 se sont installés après 2005 ce qui représente tout de même plus d'un quart de la population.

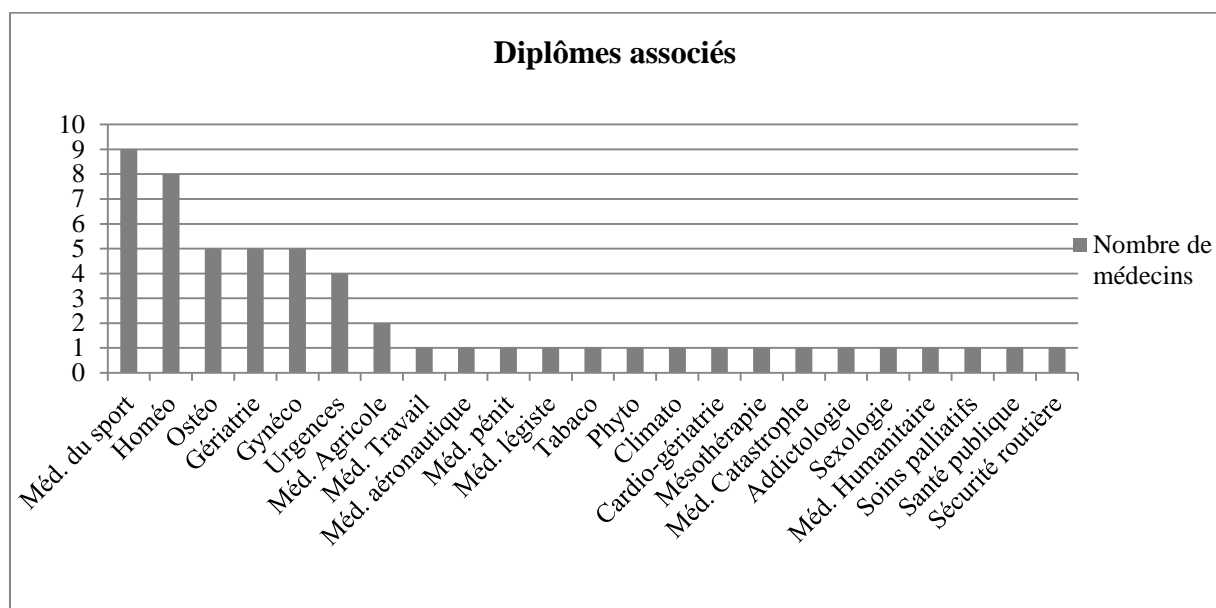
- Autres renseignements démographiques

	Mode exercice			Distance hôpital					
	En groupe	En pôle de santé	Seul	<10 km	10-20 km	>20 km			
Pourcentage de réponses	<b>64%</b>	8%	28%	31%	28%	<b>41%</b>			
	Diplômes		Syndicat		Visites à domicile				
	Oui	Non	Oui	Non	Non	Non sauf HAD	Oui NP*	Oui <5/sem	Oui >5/sem
Pourcentage de réponses	33%	<b>67%</b>	24%	<b>76%</b>	2%	1%	8%	43%	<b>46%</b>

\*non précisé

○ Diplômes associés :

Nous notons que 33 médecins sur les 100 ont déclaré avoir des diplômes supplémentaires. Au total, 54 diplômes associés sont retrouvés. La répartition est la suivante :



○ Syndicats :

Au total, 86 médecins ont répondu à cette question. Parmi les 21 médecins syndiqués, 4 sont inscrits à « MG France », 1 à « MG Form » et 1 à « Ostéos ». Les autres réponses positives n'apportaient pas d'indication sur le nom du syndicat.

- Expérience :

	Connaissance secteur géographique HAD			Connaissance demande par MT		
	Oui	Non	NSP*	Oui	Non	NSP*
Pourcentage de réponses	<b>91%</b>	6%	3%	<b>80%</b>	7%	13%

\*ne sait pas

	Expérience : nombre de patients en HAD					
	Oui non précisé	Oui <5	Oui entre 5 et 10	Oui >10	Non, pas de proposition	Non, j'ai refusé
Pourcentage de réponses	7%	<b>40%</b>	33%	14%	5%	1%

	Moyens de communication					Satisfaction communication			
	Tél.	Fax	Courrier	Mail	Dossier info.*	Tout à fait satisfait	Plutôt satisfait	Plutôt insatisfait	Tout à fait insatisfait
Pourcentage de réponses	<b>97%</b>	27%	51%	8%	4%	30%	<b>57%</b>	12%	1%

\*dossier informatique

Concernant les modes de communication, 98 médecins ont au moins donné une réponse. Nous avons donc décidé de traiter chaque moyen utilisé selon le total de réponses qu'il recevait (exemple : sur 98 répondants, 95 utilisent le téléphone = 97%).

### 5.3 Bilan

#### 5.3.1 Motivations

	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>Plutôt d'accord</b>	<b>Plutôt pas d'accord</b>	<b>Pas d'accord du tout</b>
Collaboration/partage des connaissances	30%	<b>50%</b>	17%	3%
Rupture de l'isolement du médecin traitant	<b>44%</b>	41%	14%	1%
Diversifier son activité, s'approprier soins spécialisés	23%	32%	<b>41%</b>	4%
Lien plus direct avec l'hôpital	35%	<b>50%</b>	11%	4%
Amélioration de la qualité de vie des patients et de l'entourage	<b>64%</b>	31%	5%	0%
Astreinte IDE HAD indispensable	<b>63%</b>	34%	3%	0%
Astreinte médecin HAD indispensable	<b>56%</b>	41%	3%	0%
Simplification des démarches administratives et sociales	33%	<b>42%</b>	20%	5%
Facilite l'approvisionnement des médicaments et dispositifs médicaux	<b>52%</b>	42%	5%	1%

### 5.3.2 Freins

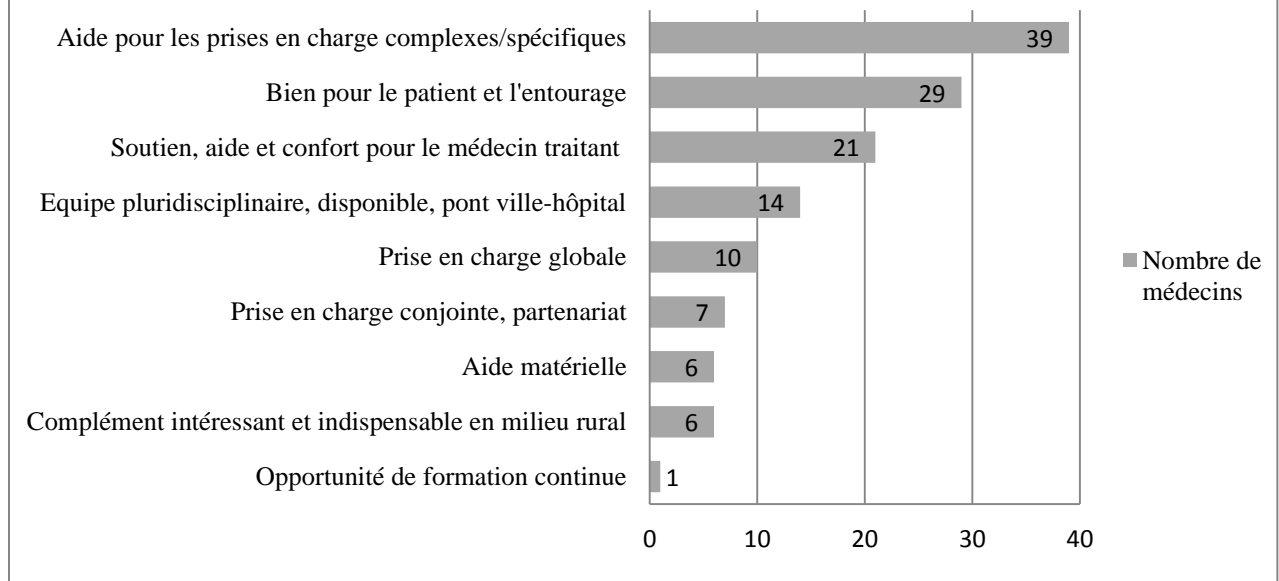
	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>Plutôt d'accord</b>	<b>Plutôt pas d'accord</b>	<b>Pas d'accord du tout</b>
Investissement en temps trop important	11%	20%	<b>52%</b>	17%
Pathologies HAD trop spécifiques pour médecine générale	5%	30%	<b>43%</b>	22%
Perte rôle décisionnel du médecin traitant	7%	30%	<b>46%</b>	17%
HAD peu utile si réseau de soins développé	3%	21%	<b>54%</b>	22%
Manque d'information sur l'HAD	20%	<b>36%</b>	33%	11%
	<b>Mal défini et cela me dérange</b>	<b>Mal défini et cela ne me gêne pas</b>	<b>Bien défini comme central</b>	
Que diriez-vous sur votre rôle lors d'une HAD ?	23%	<b>56%</b>	21%	

### 5.3.3 Représentations de l'HAD

Cette question était formulée sous la forme d'une question ouverte « Finalement, l'HAD pour vous c'est : ». Nous avons reçu 85 réponses sur les 100 possibles (cf annexe 4).

Nous avons décidé de réunir les impressions des médecins par thème afin d'avoir une meilleure visibilité des résultats et de distinguer les représentations positives et les aspects négatifs.

### Représentations positives de l'HAD



L'argument le plus mis en avant par les médecins est le fait que l'HAD les soutient dans des prises en charge complexes et parfois spécifiques. On note parmi les réponses : « pathologies lourdes/complexes », « situations difficiles », « pronostic sévère/fin de vie », « prise en charge spécifique à domicile » ... Ces termes sont très souvent associés à des mots décrivant l'aide que leur apporte l'HAD dans ces moments : « soutien », « confort », « aide », « utile » ...

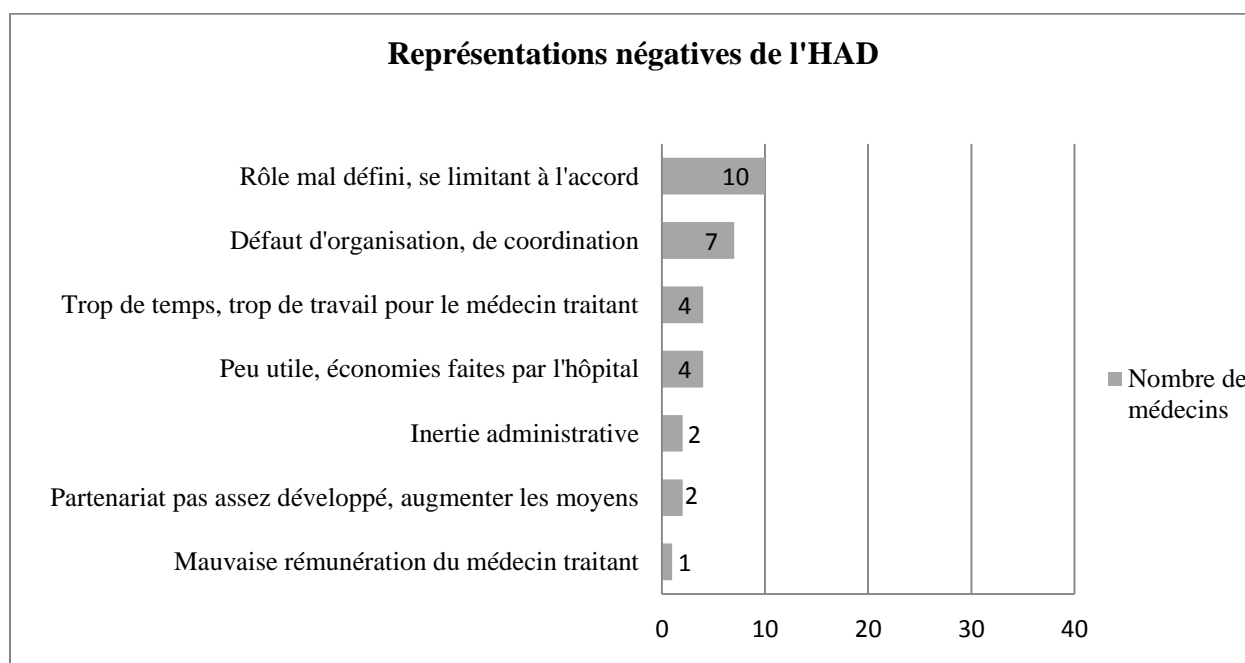
Par ailleurs, une forte partie des réponses évoque le confort du patient et de son entourage : « confort », « soutien », « accompagner », « bénéfique », « qualité de vie », « le plan psychologique »...

Le point positif suivant est celui qui décrit l'HAD comme une équipe pluridisciplinaire disponible et mettant en lien direct le monde libéral et celui de l'hôpital. Il est évoqué ici le manque de temps pour les médecins généralistes pour réaliser de telles prises en charge sans l'aide de l'HAD.

Pour 10 médecins traitants, l'HAD permet de prendre en charge le patient dans sa globalité : pathologie, entourage, histoire de vie, conditions de vie au domicile.

Ensuite, les éléments de partenariat, d'aide matérielle et de nécessité en milieu rural sont à peu près équivalents dans les réponses reçues. Le partenariat est défini par les médecins comme « un relai efficace », « une prise en charge conjointe », « une coordination/continuité des soins ».

Enfin, un seul médecin trouve que l'HAD lui permet de bénéficier d'une « formation continue ».



Nous remarquons tout de suite que les représentations négatives sont moins nombreuses que les positives.

Le premier point négatif évoqué est celui du rôle du médecin traitant. On trouve comme éléments notés : « médecin traitant hors-jeu », « se limite à l'accord », « convention hypocrite », « rôle mal défini » « perte de rôle référent »...

Vient ensuite, l'aspect de défaut d'organisation et de coordination avec « coordination mal définie », « suivi un peu décousu », « relation médecin traitant-médecin HAD absolument inexistante », « mal cadré, défaut de communication »...



Le frein suivant est celui de l'investissement en temps pour les médecins généralistes. Ils évoquent ainsi : « une surcharge de travail », « chronophage », « demande trop de disponibilité », « astreignant ».

Quelques médecins pensent que l'HAD permet seulement de faire faire des économies à l'hôpital : « permet à l'hôpital de se simplifier la prise en charge de patients à moindre coût », « l'hôpital [...] se défasse sur l'équipe HAD », « souci de rentabilité de son (l'hôpital) activité » ...

De manière plus ponctuelle, les réponses déplorent une « inertie administrative » et la même proportion réclame le « développement de partenariat avec le médecin de ville » et l'augmentation des « moyens matériels et humains pour remplir sa (l'HAD) mission ».

Enfin, un médecin évoque dans ce champ d'expression libre le fait que les prises en charge en HAD ne constituent pas une « rémunération spécifique du médecin pourtant pivot du système ».

#### 5.4 Attentes

- Principales attentes imaginées :

	<b>Souhait d'informations supplémentaires</b>						
	Oui NP	Oui plaquette	Oui FMC	Oui FMC+ plaquette	Non NP*	Non, assez info	Non, pas d'intérêt
Pourcentage de réponses	22%	21%	13%	11%	9%	23%	1%
	Total OUI = <b>67%</b>				Total NON = 33%		
	<b>Visite conjointe médecin HAD-médecin traitant</b>						
	Tout à fait d'accord		Plutôt d'accord		Plutôt pas d'accord		Pas d'accord du tout
Pourcentage de réponses	<b>43%</b>		33%		22%		2%
	<b>Fréquence des VAD</b>				<b>Médecin de la visite</b>		
	1/sem	1/2sem	1/mois	Si besoin	Médecin HAD	Alternance entre les 2	Médecin traitant
Pourcentage de réponses	<b>53%</b>	27%	9%	11%	10%	<b>82%</b>	8%

\*non précisé

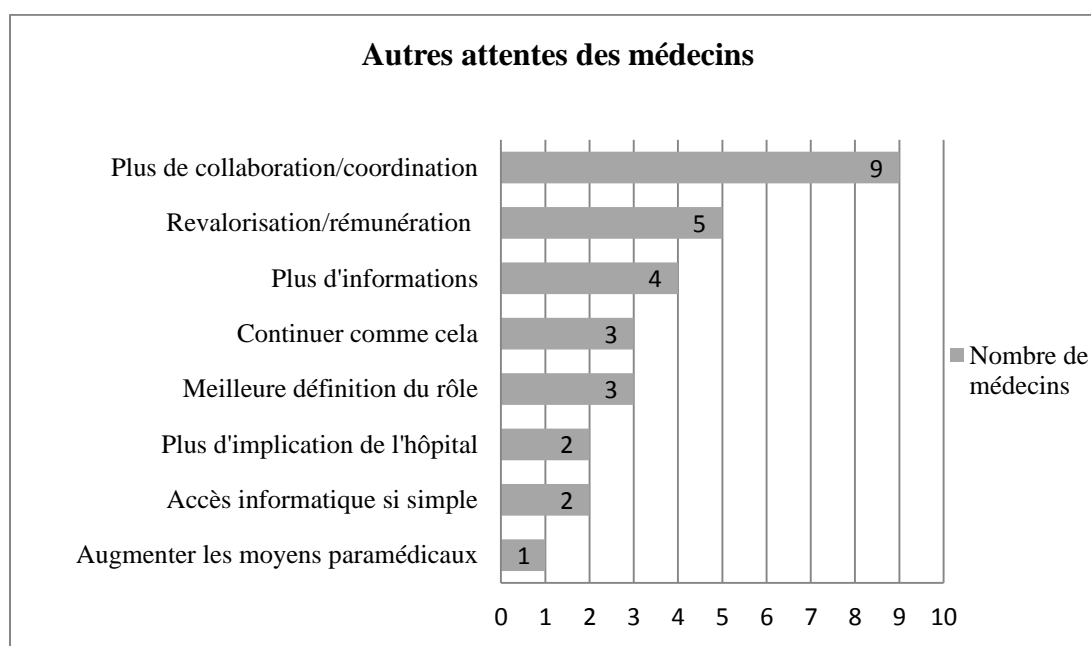
	Utilisation de l'outil informatique					
	Oui	Non, pas le temps	Non, code perdu	Non, je ne savais pas	Non, pas d'intérêt	
Pourcentage de réponses	<b>45%</b>	13%	2%	39%	1%	
	Motivations pour l'utilisation du dossier informatique					
	Pour le consulter	Pour noter observations	Pour voir les prescriptions	Pour voir les biologies	Pour prescrire	
Pourcentage de réponses	43%	73%	<b>84%</b>	77%	40%	
	Accès au dossier informatique			Revalorisation VAD		
	Tablette au domicile	Connexion au cabinet	Cabinet + tablette	Oui	Non	NSP*
Pourcentage de réponses	16%	<b>57%</b>	27%	<b>42%</b>	26%	32%

\*ne sait pas

- Autres attentes énoncées par les médecins :

Un nouvel espace de réponse libre était proposé aux médecins interrogés afin qu'ils y exposent leurs attentes supplémentaires à celles déjà traitées.

Nous avons obtenu 31 réponses (cf annexe n° 5) selon la répartition suivante :



La principale attente des médecins est d'avoir plus de collaboration avec l'HAD : « plus d'échanges », « amélioration la coordination »...

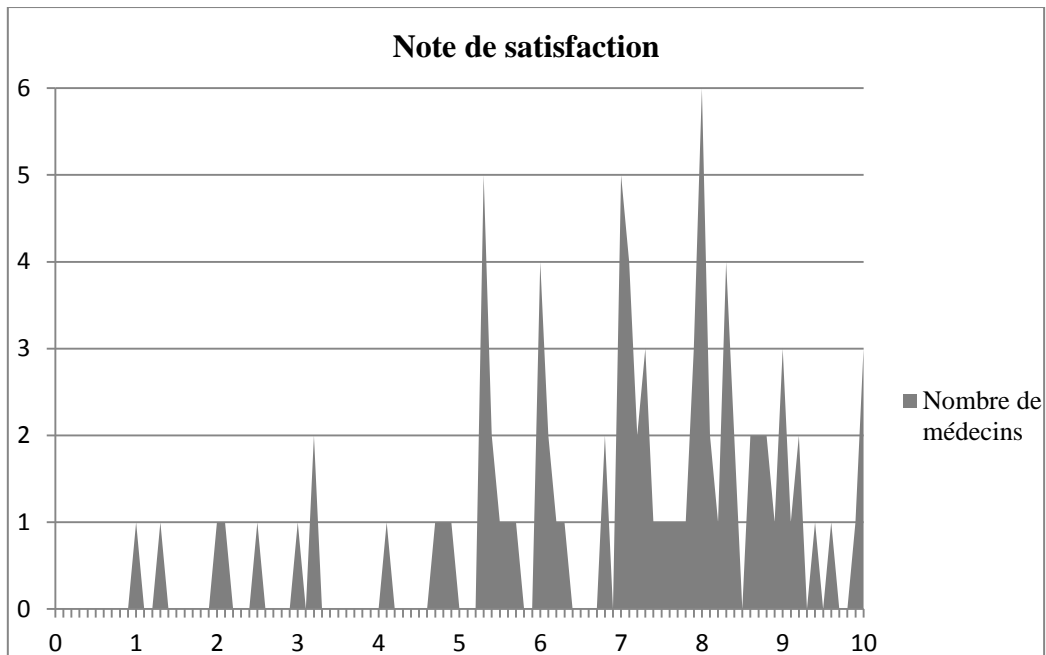
Vient ensuite la question de la rémunération du médecin traitant qui paraît « indispensable » avec une « revalorisation certaine ». Cette attente est suivie de près par le désir d'informations pour les médecins traitants : « mieux connaître », « éclairage sur l'HAD »...

De manière égale, les médecins ont déclaré, d'une part, vouloir une meilleure définition de leur rôle et, d'autre part, souhaiter poursuivre leur collaboration dans les mêmes conditions.

Les attentes suivantes sont celle d'un accès au dossier informatique si ce dernier est simple et celle d'une meilleure implication de l'hôpital dans le développement de l'HAD.

Enfin, de manière unique, un médecin voudrait que les moyens paramédicaux libéraux soient plus importants (aide-ménagère, aide-soignante, ...) afin de soulager les familles et les infirmières.

## 5.5 Note de satisfaction globale



Nous avons obtenu 88 notes. Les valeurs extrêmes sont : 1 pour la note la plus basse et 10/10 pour la plus haute. La moyenne trouvée est 6,95/10, la note médiane est 7,3/10.

Le schéma ci-dessus témoigne de la répartition des notes attribuées par les médecins interrogés. On remarque que la majorité des médecins a attribué une note supérieure à 5/10.

## 6. DISCUSSION

### 6.1 Commentaires des résultats

#### 6.1.1 *Note de satisfaction globale*

La note de satisfaction globale de **6,95/10** est supérieure à la moyenne générale de 5/10. Néanmoins, nous savons que la moyenne est une variable très sensible aux extrêmes. Nous avons pu remarquer que seulement 12 notes étaient situées en dessous de 5/10. Ensuite, 56 notes sur les 88 reçues sont supérieures à 7/10. De même, 34 notes sont supérieures à 8/10 et 12 à 9/10. Enfin, la note maximale de 10/10 a été attribuée 3 fois. La note moyenne obtenue montre donc que les médecins généralistes sont relativement satisfaits par l'HAD. La méthode de mesure par l'utilisation d'une EVA rendait la mesure simple, fiable et reproductible. Le fait que cette même méthode soit utilisée pour tous les médecins interrogés permet ainsi d'éviter un biais de mesure. Cependant, il est possible que notre note soit un peu élevée par un effet de mobilisation : les médecins ayant répondu sont peut-être ceux qui sont le plus intéressés par ce mode de prise en charge. Le taux de réponse élevé limite sûrement ce biais dans cette étude.

Globalement, on peut penser que la **satisfaction globale est plutôt bonne** mais qu'elle peut tout de même être améliorée.

#### 6.1.2 *Expérience*

Concernant la connaissance du secteur géographique de l'HAD de Bourg-en-Bresse, nous remarquons qu'une grande majorité (91%) des médecins sait que la structure intervient sur leur secteur. Seuls 6 médecins répondent de manière négative à cette question et 3 autres ne savent pas que leur situation géographique leur permet de recourir à la structure. Nous remarquons que parmi les 6 réponses négatives, 4 proviennent de médecins dont le cabinet est situé à la frontière avec la zone couverte par l'HAD de Macon. Ils expriment d'ailleurs, dans les commentaires libres, le fait qu'ils collaborent avec cette structure.

On note que la possibilité de prescrire un séjour d'HAD par le médecin traitant est moins connue que l'item précédent (80%). Ces deux questions illustrent l'importance de l'information relative à l'HAD auprès des praticiens libéraux.

Comme nous pouvons le voir rapidement, la majorité des médecins interrogés a déjà participé à des prises en charge en HAD. On peut donc penser qu'ils ont répondu au questionnaire en connaissant les grands principes qui s'y rattachent. On note néanmoins que la plus grosse proportion de réponses correspond à un faible nombre de patients suivis de manière conjointe (41% <5 patients en HAD). Concernant les médecins qui n'ont pas encore collaboré avec la structure, un seul d'entre eux avait exprimé un refus. Pour les autres médecins, l'occasion ne s'était pas présentée.

Enfin, le thème de la communication permet de mettre en avant les outils les plus utilisés et le ressenti des médecins. Le téléphone et l'échange par courrier sont les principaux modes utilisés. L'échange de mails et l'utilisation du dossier informatique paraissent encore largement sous-utilisés. Globalement, les médecins interrogés sont relativement satisfaits de leur communication avec la structure (87%).

### 6.1.3 *Motivations*

Les motivations que peuvent avoir les médecins par rapport à l'HAD étaient décrites sous forme d'affirmations dans la première partie du bilan.

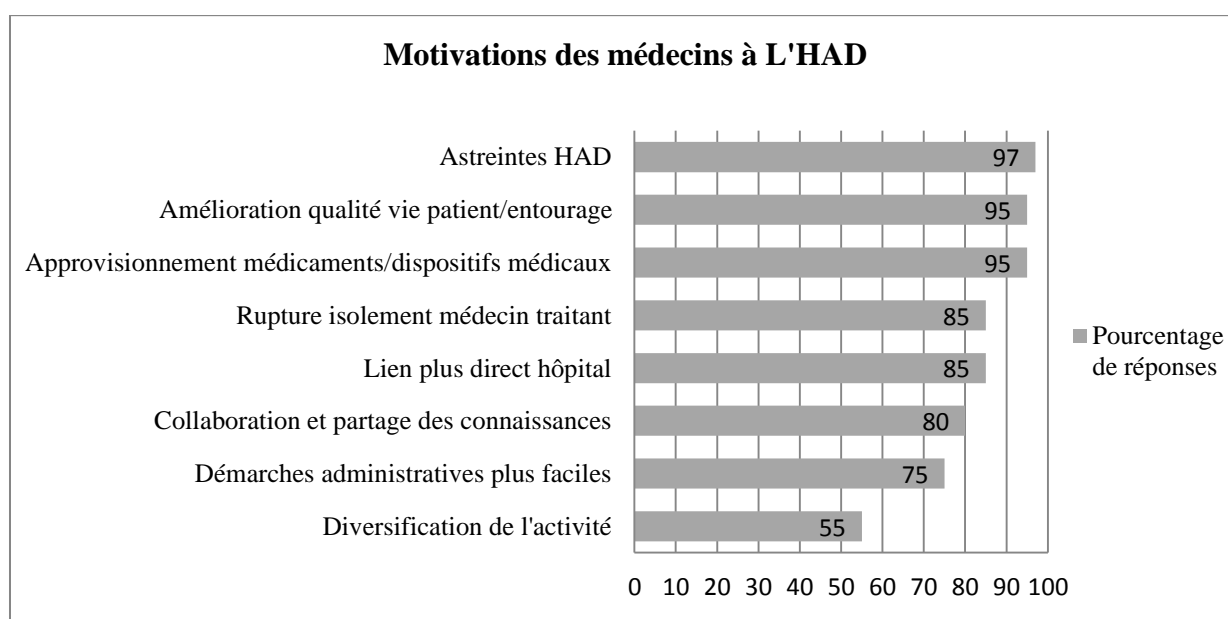
De manière globale, les 9 phrases qui traitaient de possibles motivations à l'HAD ont reçu majoritairement une approbation des médecins interrogés. En effet, sur 888 réponses concernées, seules 136 d'entre elles évoquent un désaccord avec l'affirmation notée (15%).

Les affirmations traitant des **astreintes effectuées par le personnel de l'HAD** sont celles qui reçoivent le plus d'accord (97%). L'amélioration de **la qualité de vie des patients** et de leur **entourage** ainsi que **l'approvisionnement des médicaments** facilité par l'HAD sont les motivations qui arrivent en deuxième position (95% et 94%). Les affirmations les plus confirmées ensuite sont celles qui évoquent la **rupture d'isolement** du médecin traitant et le **lien** plus direct avec l'hôpital que permet l'HAD (85%). On remarque que, pour l'aspect de **collaboration** et partage des connaissances amenés par l'HAD, 20 médecins sur 100 ne

sont pas d'accord pour en faire une motivation. Enfin, les 2 motivations les plus discutées sont : la facilité des **démarches administratives** et sociales (25% pas d'accord) et la **diversification de l'activité** (45% infirmés).

En conclusion, au maximum, pour un seul item, 44 médecins ne sont pas d'accord avec nos affirmations concernant les motivations à l'HAD, ce qui représente moins de la moitié de la population étudiée.

Nous avons donc pu remarquer que les motivations avancées ont été majoritairement confirmées par les médecins interrogés.



#### 6.1.4 Freins

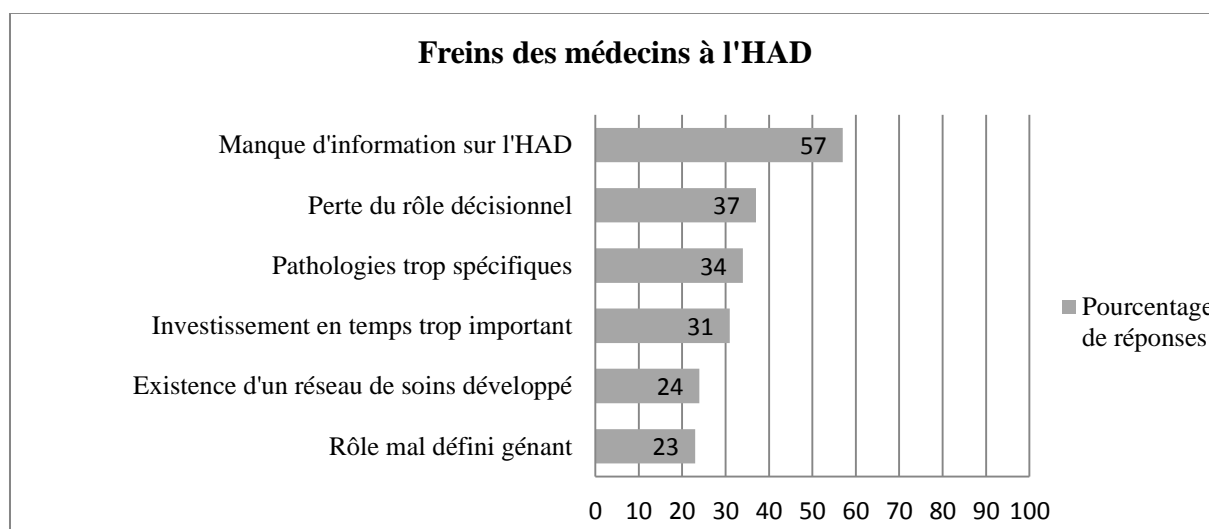
De la même manière, nous avons pu voir que les freins que nous avons imaginés ont été globalement infirmés. Nous avons obtenu 560 réponses (sur 600 possibles) concernant les 6 items ; 192 d'entre elles confirment l'existence de freins à l'HAD (34%).

Le frein le plus retrouvé est celui qui exprime le **manque d'information** du médecin traitant sur l'HAD : 56% confirment cette affirmation. Ensuite, la **perte du rôle décisionnel** lors d'une prise en charge HAD apparaît comme étant le deuxième frein le plus important : 37% des médecins sont d'accord. De même, pour 35% des médecins, l'HAD est synonyme de **pathologies trop spécialisées** par rapport à la médecine générale. **L'investissement en temps** est jugé trop important par 31% des praticiens. L'existence

préalable d'un réseau de soins bien développé ne semble pas être un obstacle important à la prescription d'HAD (24%). Enfin, même si le rôle du médecin traitant apparaît largement mal défini (79%), ceci ne dérange que dans 23% des cas.

En somme, au maximum, pour un item, 21 médecins confirment nos propositions qui concernent les freins à l'HAD.

Nous pouvons donc globalement noter que la majorité des freins à la prescription d'HAD que nous avons imaginés ne sont pas confirmés par les médecins généralistes.



Bien que les représentations négatives soient moins nombreuses que les représentations positives, la nécessité de poursuivre la réflexion sur la place du médecin traitant dans la prise en charge des patients en HAD apparaît nettement.

Dans tous les textes officiels, le médecin traitant occupe une place pivot dans la prise en charge des patients en HAD. Ainsi, est précisé dès la reconnaissance légale de l'HAD (loi hospitalière du 30 décembre 1970) : « 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 » (11).

Cette place pivot a été retenue lors de la réunion de présentation du projet de structure HAD sur le bassin de population de Bourg-en-Bresse et dans le dossier de demande d'autorisation.



Elle a été confirmée lors des travaux du groupe projet et reprise :

### **1. Dans le livret d'accueil de la structure HAD :**

#### « Rôle du médecin coordonnateur

Il est le responsable médical du service. Il organise son fonctionnement. Il veille à l'adéquation et à la permanence des prestations fournies au patient, à la bonne transmission des informations médicales et à la continuité des soins.

Il ne se substitue pas à votre médecin traitant. Il travaille en collaboration avec lui. C'est votre médecin traitant qui effectue les visites à domicile. Le médecin coordonnateur ne prescrit pas, sauf cas d'urgence.

#### Rôle du médecin traitant

Vous avez le libre choix de votre médecin traitant. Il doit cependant avoir signé une convention avec le Centre Hospitalier. Dès votre admission en HAD :

- il a la responsabilité de votre traitement,
- il a connaissance de votre dossier médical et reste en liaison avec l'hôpital par l'intermédiaire du médecin coordonnateur,
- il vient vous voir à votre domicile suivant son appréciation ».

### **2. Dans le règlement intérieur de la structure HAD :**

#### « Article 10 : Le médecin traitant

Qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD, il est le pivot de la prise en charge du patient à domicile et il est responsable de son suivi.

L'hospitalisation à domicile ne peut se réaliser qu'avec son accord, au vu du projet thérapeutique. Pour l'admission en HAD, le médecin traitant désigné par le patient est obligatoirement sollicité par le médecin coordonnateur de l'HAD. Il donne son aval à l'hospitalisation par la signature d'une lettre de mission qui le lie avec l'équipe de soins du service HAD.

Il réévalue, avec l'équipe HAD, l'état de santé du patient et adapte les prescriptions en fonction de son évolution en lien, si besoin, avec le service hospitalier où a été hospitalisé le patient.

Il décide de l'hospitalisation en milieu hospitalier traditionnel si nécessaire.

Il est responsable de la prise en charge du patient pour lequel il dispense des soins de façon périodique. Il assure le suivi médical, la surveillance des soins lors de ses visites. A cette occasion, il adapte si nécessaire le traitement et peut faire intervenir un médecin

spécialiste après recueil de l'avis du médecin coordonnateur, ou en cas d'empêchement, d'information de ce dernier. Il est responsable de son diagnostic et de ses prescriptions.

Il est le garant avec le médecin coordonnateur, du début à la fin de la prise en charge, de la qualité de l'information concernant le patient, de son état de santé et de son traitement.

La rencontre du médecin traitant et de l'équipe soignante du service d'HAD est de nature à faciliter la prise en charge et le suivi du patient. ».

### **3. Dans la convention cadre liant les médecins libéraux à la structure HAD :**

« Le médecin coordonnateur est le référent médical de la structure. Il ne se substitue pas au médecin traitant, qu'il soit généraliste, spécialiste ou hospitalier, sauf en cas d'urgence absolue requérant une assistance à personne en danger.

La loi précise que la responsabilité médicale (pour un patient hospitalisé à domicile) est laissée au médecin traitant librement choisi par le patient pour lequel il reste le prescripteur des traitements. Il assure le suivi de son malade en collaboration avec le médecin coordonnateur, le cadre de santé de l'HAD et les équipes paramédicales intervenant à domicile...

Le médecin traitant libéral : est le médecin choisi par le patient. Il reçoit les transmissions concernant le patient, par l'intermédiaire du médecin coordonnateur, est responsable des prescriptions thérapeutiques à domicile, assure la surveillance du patient au domicile, note ses observations et changements de prescription sur le dossier de soins et est en relation avec l'équipe de l'HAD.... ».

Dans une volonté de transparence entre les partenaires en présence, le Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse a créé une Commission de fonctionnement de la structure HAD (Cf. paragraphe 3.3).

Si ce rôle central dans la prise en charge a semblé bien défini initialement, certains médecins généralistes expriment dans leurs réponses une difficulté à se positionner lors d'une prise en charge en HAD. 37 % (7% tout à fait d'accord, 30 % plutôt d'accord) des médecins répondants ressentent une perte de rôle ou pouvoir décisionnel. Dans la QROC sur les représentations négatives de l'HAD, 10 médecins estiment que leur rôle est mal défini, se limitant pour certains à donner leur accord de principe pour la prise en charge en HAD. Les remarques sont parfois acerbes : « convention hypocrite », « médecin généraliste hors-jeu à

90% ». Dans les attentes des médecins, 9 médecins souhaitent une plus grande collaboration, une meilleure coordination et 3 une meilleure définition de leur rôle.

Ces difficultés de positionnement peuvent s'expliquer par une ambiguïté du rôle du médecin coordonnateur de la structure HAD et par une grande disparité de disponibilité des médecins traitants lors des prises en charge en HAD.

Les médecins coordonnateurs ont été en majorité recrutés parmi des hospitaliers ayant plus la culture du soin que celle de la coordination, d'où de possibles « erreurs de jeunesse » d'une structure ayant débuté son activité en 2008.

**L'aspect chronophage** du suivi des patients en HAD est ressenti par 31% des médecins répondant à la question sur les freins par rapport à leur investissement. Quatre médecins déclarent que ces suivis représentent trop de temps, trop de travail dans la QROC sur les représentations négatives vis-à-vis de l'HAD. A l'opposé, seuls 3 médecins disent ne pas faire de VAD dont un prêt à faire une exception pour des patients en HAD.

Ce manque de disponibilité est à mettre en parallèle avec une démographie médicale en déclin en France. Cette problématique semble plus importante encore sur la zone d'intervention de la structure (densité médicale moyenne faible, cf ci-après). Ce manque de temps peut expliquer la nécessité de prise en charge ponctuelle par le médecin coordonnateur de la structure qui devient alors prescripteur. Ce phénomène est décrit par la plupart des structures HAD et nécessitera dans l'avenir une réactualisation du rôle de médecin coordonnateur dans le dispositif réglementaire.

Au total, l'importance d'un partenariat étroit hospitaliers-libéraux, centré autour du patient et de son entourage, doit être réaffirmée. Les souhaits de chaque médecin traitant sur son positionnement lors des prise en charge HAD seront précisés dans l'avenir (Cf. perspectives).

### 6.1.5 Attentes

L'attente la plus retrouvée dans notre étude est celle de **l'alternance des visites** à domicile entre le médecin coordinateur et le médecin traitant (82%). En effet, les VAD en HAD sont généralement plus longues et plus fréquentes, les patients étant atteints de pathologies lourdes et complexes. Cet aspect apparaît dans les réponses données sur la **fréquence des visites** puisque les praticiens estiment majoritairement qu'un patient en HAD doit être vu par un médecin 1 fois par semaine (53%).

Cette attente en matière de VAD est suivie de près par la réalisation d'une **visite conjointe** en début de prise en charge pour réaliser le projet de soins et échanger les coordonnées (76%). Cette rencontre pourrait permettre de mettre en place une collaboration efficace et de faciliter la communication durant la prise en charge conjointe du patient.

A propos de **l'apport d'informations**, nous trouvons que plus de la moitié des médecins interrogés souhaitent bénéficier d'un apport supplémentaire d'informations sur la structure HAD du CHB (67%). La source d'information à privilégier paraît être la réalisation et la distribution d'une plaquette récapitulative. Il s'agit d'un outil relativement peu coûteux et simple à mettre en place par la structure.

**L'utilisation de l'outil informatique** est un item assez divisé : 45% des médecins répondent « oui » et 55% « non » à la question « utilisez ou utiliseriez-vous l'accès informatique au dossier du patient ? ». Cette répartition est à pondérer par le fait que la raison de non-utilisation de l'outil informatique était majoritairement la méconnaissance de son existence (39%). La deuxième justification annoncée est celle qui évoque le manque de temps pour le médecin de se consacrer à l'outil informatique (13%). Enfin, de manière plus ponctuelle, la perte du code de connexion ou l'absence d'intérêt étaient les dernières raisons de non-utilisation (2% et 1%). De manière globale, 91 médecins ont donné au moins une réponse à la question qui suivait et qui visait à connaître leurs motivations à l'utilisation de cet outil. On peut donc penser que la plupart d'entre eux n'utilisent pas l'outil informatique à ce jour mais seraient prêts à s'en servir.

Cet accès informatique se ferait en majorité au cabinet via une connexion internet sécurisée (57%) alors que l'utilisation d'une tablette au domicile répondrait seulement aux

souhaits de 16% des médecins. Enfin, plus d'un quart de la population étudiée serait disposée à utiliser les deux supports informatiques.

Les motivations pour l'utilisation de cet outil apparaissent dans l'ordre qui suit : 84% des répondants utiliseraient le dossier informatique pour voir les prescriptions, 77% pour voir les résultats biologiques et 73% pour noter des observations. Moins de la moitié des médecins interrogés seraient prêts à prescrire de manière informatique pour les patients en HAD (40%). De même, une proportion identique des répondants souhaitent juste pouvoir consulter le dossier informatique (43%).

#### 6.1.6 Réponses des médecins ayant attribué une note inférieure à 5/10

Nous avons choisi d'étudier de manière plus détaillée les questionnaires rendus par les médecins les plus insatisfaits (12 notes <5/10). En effet, ces médecins ont pu mettre en lumière des problèmes qui n'ont pas été relevés par les autres répondants. Dans un premier temps, nous nous sommes rendu compte qu'il n'existait pas de différence significative concernant les données démographiques et l'expérience HAD entre les médecins les plus insatisfaits et la population totale des répondants. Ainsi, nous notons quasiment la même répartition des réponses sur la question de satisfaction de la communication entre les 2 groupes. Ensuite, comme nous pouvions l'imaginer, le groupe de médecins insatisfaits confirme moins souvent les motivations proposées ( $p=2,2 \times 10^{-13}$ ) et admet plus volontiers l'existence de freins ( $p=0.002$ ). La différence la plus marquée concerne le rôle du médecin généraliste : les notes inférieures à 5/10 s'accompagnent plus souvent de la réponse « rôle mal défini et gênant » ( $p=0.0006$ ). Enfin, on ne retrouve pas de différence significative quant aux attentes que nous avons proposées et notamment au sujet de la rémunération ( $p=0.9$ ). L'analyse des textes concernant la représentation de l'HAD met en évidence que 9 des 12 médecins ont rempli cet espace. Parmi eux, 6 ont formulé des remarques classées dans les représentations négatives : « organisation mal définie, mal cadré », « défaut de communication », « peu utile car mon réseau de soins est suffisant », « convention hypocrite avec médecin traitant hors-jeu à 90% », « inertie administrative »... Les 3 autres médecins évoquent une prise en charge globale rendant service au patient dans des circonstances difficiles. Concernant leurs attentes supplémentaires, seulement 5 médecins ont fait des commentaires. Trois d'entre eux souhaitent qu'il existe plus de collaboration entre eux et la structure. Ils déplorent une absence de dialogue en dehors du contact de début de la prise en

charge et une mauvaise circulation de l'information. Deux remarques évoquent leur rôle dans ces prises en charge : « médecin traitant hors-jeu qui ne se sent plus le droit de rendre visite à son patient comme il le souhaite », « impression d'être court-circuité complètement ». Enfin, un des médecins insatisfaits revient sur une revalorisation des VAD qui « semble indispensable ». Globalement, les attentes sont les mêmes dans la population des répondants mais le fait qu'elles soient reprises par les plus insatisfaits en font des axes essentiels de réflexion sur les améliorations à apporter.

#### 6.1.7 *Analyse rapide des réponses hors délai*

Trois réponses ont été reçues après la date limite du 16 août. Nous n'avons donc pas pu les inclure dans les analyses statistiques mais avons décidé de les parcourir brièvement. Il s'agit de 3 hommes exerçant en groupe. Concernant leur expérience, ils viennent se calquer sur les réponses de la population étudiée : ils connaissent le secteur géographique et la possibilité de prescrire une hospitalisation à domicile. Ils ont déjà collaboré avec la structure et sont plutôt satisfaits de la communication. De manière globale, ils confirment les motivations énoncées. Seul l'un d'eux émet un doute sur la simplification des démarches administratives (l'une des motivations les plus discutées dans notre population). Deux d'entre eux infirment les freins en règle générale alors que le dernier est plutôt d'accord avec les obstacles cités. Deux textes courts montrent des représentations plutôt positives de l'HAD : « bien, ça se passe bien » et « permet le maintien à domicile plus aisé, plus longtemps ». Concernant les attentes, ils s'accordent tous trois pour demander plus d'informations, la réalisation d'une visite conjointe et une fréquence de visite d'1 par semaine. Alors que 2 d'entre eux souhaitent une alternance entre eux et le médecin coordinateur pour faire les VAD, le troisième préfère les réaliser seul. De même, alors que 2 médecins seraient prêts à utiliser l'outil informatique, un médecin préfère correspondre par un cahier présent au domicile du patient. Deux réponses sont positives concernant la revalorisation de la VAD, la troisième se ne prononce pas. Un commentaire d'attente supplémentaire demande d'avoir plus de retour sur « ce qui a bien fonctionné durant une prise en charge et ce qui peut être amélioré ». Enfin, nous observons 2 notes de satisfaction : 6,4/10 et 7,4/10.

## 6.2 Représentativité de notre échantillon

### 6.2.1 *Sexe*

Notre population de répondants montre un fort taux d'hommes par rapport aux femmes. En effet, on observe 70% de médecins masculins contre 30% féminins. On sait, grâce au listing établi, que la population totale étudiée est constituée de 26% de femmes et de 74% d'hommes. Il semble donc que les médecins féminins se soient senties plus concernées par cette étude et aient répondu en plus grande proportion par rapport aux hommes.

D'un point de vue départemental, les femmes représentent 40% des médecins généralistes (26). La population médicale du secteur de l'HAD du CHB est donc plus masculine et ne correspond donc pas totalement à la population des médecins de l'Ain.

A l'échelle nationale, la différence est encore plus marquée : en 2014, les femmes représentent 43% des médecins généralistes. En effet, leur part est en constante augmentation depuis quelques années (38% de femmes médecins en 2007) (26).

La région Rhône-Alpes est une région qui permet l'augmentation du taux moyen national puisque la proportion de femmes médecins est de 47%. (26).

En résumé, nos répondants, comme la population totale étudiée montre une part plus importante de médecins hommes par rapport à la démographie médicale générale (départementale, régionale et nationale).

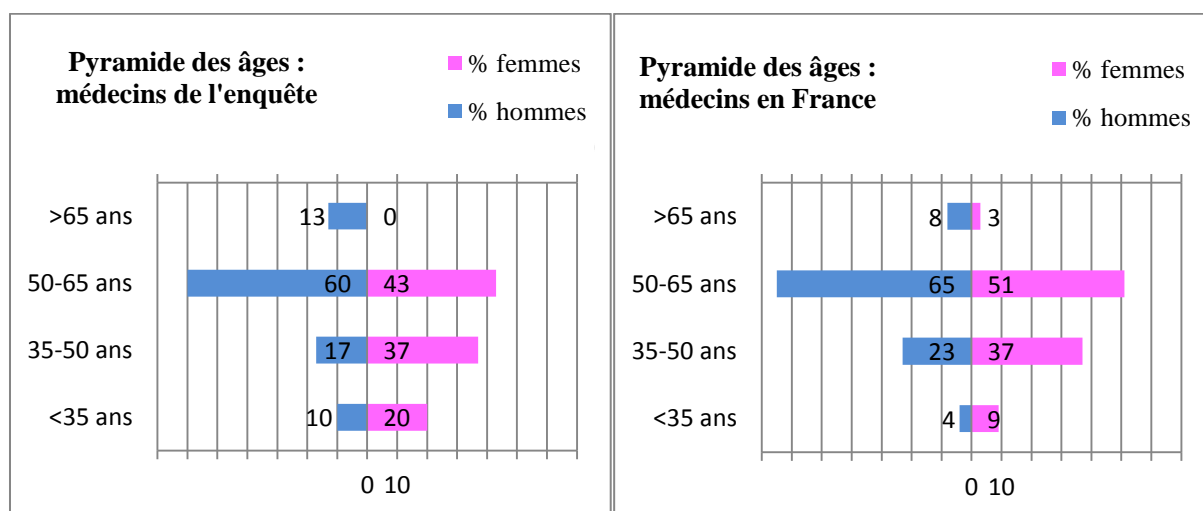
### 6.2.2 *Age*

Les médecins qui ont répondu à notre étude sont en majorité âgés de plus de 50 ans (64%). La tranche d'âge la plus représentée est celle des 50-65 ans. Etant donné la faible proportion des médecins de moins de 50 ans, nous pouvons imaginer que notre population est plus âgée que la population générale des médecins.

On sait qu'au niveau départemental, la moyenne d'âge des médecins en exercice est de 52 ans (26). La moyenne d'âge observée pour les médecins exerçant en Rhône-Alpes est 51 ans (hommes 53 ans et femmes 48 ans) (26) (27).

En France, les médecins généralistes sont âgés, en moyenne, de 52 ans (26). La moyenne d'âge des médecins français hommes est 54 ans alors que celle des femmes médecins est de 49 ans. De plus, 25,8% des médecins français sont âgés de 60 ans et plus tandis que les moins de 40 ans représentent 13,8% de l'ensemble des effectifs (26).

Pour visualiser la répartition des âges de notre effectif et celle des médecins français en général, nous avons réalisé des pyramides des âges :



Source : Atlas de la démographie médicale 2014

Globalement, la pyramide des âges de notre enquête ressemble beaucoup à celle des médecins français. Cependant, on note que la tranche des moins de 35 ans est plus que 2 fois supérieure dans notre population que celle des médecins français dans l'ensemble. De même, les moins de 50 ans représentent 42% de notre effectif contre 36.5% dans la population des médecins français.

Contrairement à ce que laissait présager notre répartition de tranches d'âge, notre effectif montre une part plus importante de médecins jeunes par rapport aux médecins français.

La part des plus de 65 ans est de 9% dans notre enquête. On sait que dans le département de l'Ain, les médecins généralistes retraités actifs représentent 6% des médecins traitants en activité (26). En France, le pourcentage concerné est identique. Âgés en moyenne de 68,7 ans, les médecins (toutes spécialités confondues) retraités actifs sont quasi



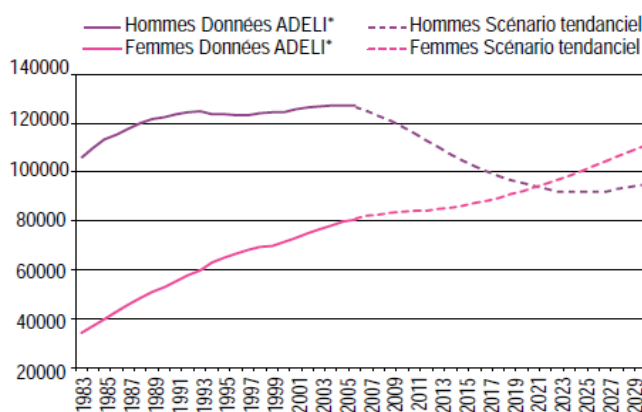
exclusivement représentés par des hommes (80%) et exercent majoritairement en secteur libéral (85,3%). 44,7% d'entre eux sont des généralistes (26).

### 6.2.3 Féminisation récente de la profession

Notre échantillon de médecin répond à la tendance nationale de féminisation de la profession. En effet, les comparaisons des sexes et d'âges mettent en avant une différence significative : les femmes sont globalement plus jeunes que les hommes ( $p=0.02$ ). Ainsi, alors que les femmes représentent environ la moitié des effectifs des tranches d'âge inférieures à 50 ans, elles ne forment plus qu'un quart de la population de 50-65 ans et sont totalement absentes de la population la plus âgée. On note donc qu'aucune femme médecin exerçant sur le secteur de l'HAD de Bourg n'a plus de 65 ans. Pour finir, en termes de tranches d'âge, les moins de 35 ans et les 35-50 ans sont 2 fois plus représentées chez les femmes que chez les hommes.

Au niveau national, 58% des nouveaux inscrits au conseil de l'Ordre en 2013 sont des femmes (28). Leur part augmente régulièrement et elles devraient même devenir majoritaires selon les projections de la DREES puisque le taux de féminisation ne cesse d'augmenter. En 2030, elles représenteront 53.8% des professionnels médicaux et les médecins généralistes seront 56.4% de femmes (29).

#### Nombre d'hommes et de femmes médecins en activité d'après le scénario tendanciel



Source : La démographie médicale à l'horizon de 2030.

#### 6.2.4 *Mode d'exercice*

Pour notre effectif, le mode d'exercice le plus représenté est celui de groupe avec 64%. De plus, si nous ajoutons les médecins exerçant en pôle de santé (et donc forcément en groupe), ce taux monte à 72% contre 28% des médecins qui exercent seul.

En 2011, la proportion de médecins pratiquant en groupe en France était de 54% (30).

Même si cette proportion augmente au fil des années, il est difficile de penser qu'en 3 ans le taux national d'exercice en groupe ait atteint le même chiffre que celui observé dans notre population.

Il semble donc que les médecins interrogés dans notre étude exercent plus en groupe que les médecins généralistes français en général.

Cet item nous amène à comparer le ressenti des médecins exerçant en groupe ou en pôle de santé à celui des médecins exerçant seuls. De manière non significative, les médecins exerçant seuls sont plus âgés ( $p=0,2$ ), situés à moins de 20 km de l'hôpital ( $p=0,3$ ) et effectuent plus de VAD ( $p=0,7$ ). Ils ont plus d'expériences de collaborations, trouvent plus de motivations ( $p=0,4$ ) et moins de freins ( $p=0,3$ ) aux prises en charge HAD. Enfin, ils sont moins demandeurs d'informations ( $p=0,6$ ), paraissent moins enclins à une revalorisation de la VAD et leur moyenne de satisfaction est de 7,5/10 (groupe = 6,8/10 ; pôle = 6.7/10 ;  $p=0,1$ ).

#### 6.2.5 *Distance entre le cabinet et l'hôpital*

La répartition des médecins répondants est presque équivalente dans les 3 groupes. On note une discrète majoration des médecins exerçant à plus de 20 km de l'hôpital (41%). Etant donné que nous connaissions les adresses des médecins, nous avons pu établir la répartition de la population totale étudiée : <10 km = 32% ; 10-20 km = 23% et >20 km = 45%. Les médecins situés entre 10 et 20 km sont donc ceux qui ont majoritairement répondu à notre enquête.

Ici, il est difficile d'établir des comparaisons à plus grande échelle. En effet, l'exercice médical est souvent divisé entre zone urbaine, semi-urbaine et rurale. Néanmoins, le département de l'Ain a la particularité d'avoir une population très rurale. Dans la zone géographique concernée par notre étude, l'agglomération de Bourg-en-Bresse apparaît comme

la seule exception à cette ruralité. Même si nous englobons les villages situés dans un rayon de 10 km pour établir une zone urbaine, le pourcentage de médecins y exerçant reste largement inférieur à celui observé dans la région Rhône-Alpes (86,5% en Rhône-Alpes(31) contre 31% dans notre étude) et en France (85%) (32).

Ce renseignement démographique nous permet de savoir si les médecins plus éloignés de l'hôpital ressentent un apport plus important d'aide et une plus grande satisfaction par rapport à l'HAD. Nous notons seulement 2 différences significatives : les médecins plus près de l'hôpital ont plus de connaissance sur l'HAD ( $p=0.03$ ) et les médecins plus éloignés ressentent moins de freins ( $p=0.006$ ). De manière globale, les jeunes médecins, installés récemment, s'éloignent de l'hôpital et exercent entre 10 et 20 km de Bourg. Les médecins éloignés ont tendance à exercer en cabinet de groupe. La note globale ainsi que la question sur l'isolement du médecin montrent des réponses qui se répartissent quasiment de façon équivalente entre les 2 groupes ( $p=0.9$ ). Enfin, même si les médecins éloignés paraissent plus enclins à une revalorisation de la VAD, cette différence n'est pas significative ( $p=0.6$ ).

#### 6.2.6 *Diplômes associés*

Nous avons souhaité connaître les diplômes associés des médecins interrogés afin de nous rendre compte de la place des formations complémentaires. Nous voulions notamment découvrir la part des diplômes de gériatrie et de soins palliatifs puisque ces médecins formés pourraient peut-être trouver moins d'avantages aux prises en charge HAD.

Nous avons observé qu'un tiers des médecins interrogés a un diplôme associé dans notre population.

En France, parmi les 90 630 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre en activité régulière, 22 985 médecins généralistes ont déclaré, à leur conseil départemental, une formation complémentaire ; soit 25,4% d'entre eux.

En Rhône-Alpes ce pourcentage monte à 30,3% (26).

Le diplôme le plus représenté dans notre population correspond à celui qui est le plus fréquent au niveau national et régional : l'exercice de la médecine du sport. En effet, cette

formation complémentaire représente 63,5% des diplômes associés en France et 43,1% en Rhône-Alpes (26).

Pour finir, les hommes représentent respectivement 61% et 66% des médecins ayant suivi une formation particulière en France et dans notre population (26).

Notre effectif présente donc une proportion plus élevée de médecins ayant des diplômes associés. Le diplôme le plus fréquent est le même qu'au niveau national : la médecine du sport, et la proportion de médecins hommes est légèrement supérieur dans notre effectif. Les diplômes de gériatrie et de soins palliatifs représentent une faible partie de notre population (<10% pour la gériatrie et <2% pour les soins palliatifs) et n'ont pas permis d'analyses statistiques comparatives.

#### 6.2.7 *Syndicalisme*

Au sein de notre population de médecins répondants, 24% des généralistes sont inscrits à un syndicat. Comparativement aux données disponibles (2008) qui estimaient que le syndicalisme médical concernait environ 20 à 25% des médecins français (33), notre effectif paraît donc représentatif.

L'objectif de cette question était d'apprécier dans quelle mesure une adhésion syndicale nationale pouvait influencer l'appréciation portée en local. Alors qu'ils admettent plus volontiers l'existence de freins, la différence concernant la note globale n'est pas significative. Elle est toutefois inférieure dans ce groupe (6,5/10 contre 7,1/10 pour les non-syndiqués ;  $p=0,2$ ). La seule différence significative observée concerne les motivations : les médecins syndiqués confirment moins souvent nos affirmations que les médecins non-syndiqués ( $p=0.0003$ ).

#### 6.2.8 *Visites A Domicile*

La grande majorité des médecins interrogés dans notre enquête effectue des visites à domicile (97%).

Dans une enquête précédente (34), la diminution progressive du nombre de VAD est mise en avant à l'échelle nationale : 20,9% des actes en 2001 contre 16,8% en 2003. Cette évolution était mise en relation avec un Accord de Bon Usage des Soins de 2002 relatif à la consultation hors cabinet visant à recentrer la visite vers des objectifs plus précis et de diminuer ainsi de 5% le nombre de VAD. La problématique du temps passé pour une visite et celle de la rémunération étaient également notées.

Du fait du nombre très réduit de médecins non visiteurs, nous avons étudié la population de médecins effectuant moins de 5 VAD/semaine et celle de ceux qui en font plus. Quelques différences significatives apparaissent : les médecins qui font plus de VAD sont des hommes ( $p=0.001$ ) et âgés de plus de 50 ans ( $p=0.04$ ). De même, ils ont une plus grande expérience de l'HAD (<5 patients/>5 patients,  $p=0.0009$ ). Sans élément significatif, nous observons que les médecins qui font plus de 5 VAD/semaine exercent plutôt seuls ( $p=0.7$ ) et à plus de 10 km de l'hôpital ( $p=0.3$ ). La répartition des motivations, des freins et des notes est quasiment équivalente entre les 2 groupes. Les médecins visiteurs sont ceux qui réclament moins d'informations supplémentaires ( $p=0.3$ ) mais semblent plus enclin à l'utilisation de l'informatique ( $p=0.4$ ). Enfin, les médecins qui réalisent plus de VAD sont plus en faveur de leur revalorisation ( $p=0.5$ ).

#### 6.2.9 Densité de médecins

Ici, il nous paraissait intéressant de comparer la densité médicale de notre secteur avec celles des différents niveaux que nous avons cités. En effet, on peut penser que la charge de travail des médecins généralistes est en lien avec cette densité. Le secteur de l'HAD du CHB correspond géographiquement à un bassin de population de 234 972 habitants. La densité y est donc de 67,2 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

Dans l'Ain, la densité moyenne est de 102,9 médecins généralistes pour 100 000 habitants (27). Celle de Rhône-Alpes est légèrement supérieure à la densité nationale car on observe 139,6 médecins pour 100 000 habitants contre 134,5 en France (26).

La patientèle moyenne (1487 patients/médecins) et donc l'activité des médecins généralistes dans le secteur que nous avons étudié sont donc plus importantes. Ceci a pu majorer le fait qu'ils ressentent une aide importante apportée par une structure comme celle de l'HAD.

## 6.3 Forces et limites

### 6.3.1 Forces

- Taux de réponse et de remplissage élevés :

Le taux de réponse de 68,4% est un taux très satisfaisant pour ce type d'enquête. En effet, on sait qu'une enquête faite par questionnaire papier obtient en général 30% de réponses (contre 15-20% par mail). On peut donc penser que les médecins généralistes se sont sentis concernés par ce questionnement et qu'ils ont facilement accepté de donner leur avis. Le taux de remplissage du questionnaire est également un élément fort de cette étude (>95%).

Ainsi, en raison du nombre élevé de réponses, les résultats sont relativement représentatifs de la population cible. De plus, l'ensemble des items était analysable puisque le pourcentage de questions sans réponse est faible parmi les questionnaires renvoyés.

Ces 2 taux ont probablement pu être atteints grâce au type de questionnaire, au nombre de questions et au format de l'enquête. L'utilisation de questions à choix multiples permet d'obtenir plus de réponses que les questions à réponses courtes car y répondre est plus rapide et plus simple. Nous avons voulu limiter le nombre de questions afin de permettre un remplissage rapide du questionnaire. Nous nous sommes donc fixés la limite arbitraire de 30 questions en plus des renseignements démographiques (finalement 28 questions posées). Enfin, le fait que l'enquête ait eu lieu sous forme papier et envois postaux avec enveloppe préaffranchie a probablement augmenté le nombre de réponses.

On note que pour des travaux de thèse sur le même sujet, les taux de réponse obtenus vont de 46% (23) à 82% (22).

- Outil de mesure :

Comme nous l'avons évoqué lors du commentaire de la note globale, l'utilisation d'une EVA rend la mesure du critère de jugement principal simple, reproductible et identique pour chaque médecin interrogé. On évite ainsi le biais de mesure.

Ici le médecin n'avait pas besoin de rendre sous forme numérique son ressenti subjectif. En effet, nous avons décidé de ne pas graduer le segment pour s'apparenter réellement à une EVA, comme celle que nous utilisons couramment dans nos pratiques pour évaluer la douleur des patients.

Un tel outil pourra donc être utilisé à nouveau lors d'une prochaine enquête de satisfaction, que celle-ci concerne des médecins, des professionnels paramédicaux ou même des patients. Ainsi, certaines comparaisons pourront être réalisées.

- Atteinte des objectifs :

Cette étude avait pour but essentiellement de recueillir le degré de satisfaction des médecins généralistes par rapport à l'HAD du CHB à un moment donné. Ce but a été atteint puisque nous avons reçu 88 notes sur les 100 retours. Une moyenne a pu être calculée, et nous avons pu réaliser un schéma montrant la répartition des notes sous forme visuelle.

De plus, nous voulions connaître la position des médecins quant à de possibles motivations ou limites à leurs prescriptions d'HAD. Le fait de proposer 4 réponses à chaque question a permis d'éviter l'absence de prise de position sur les affirmations annoncées. Nous avons donc pu mettre en avant des postulats sur l'HAD qui, comme nous le verrons plus tard, sont retrouvés dans d'autres travaux de thèses.

Enfin, la dernière partie du questionnaire devait confirmer ou non les attentes que nous avons pu imaginer de la part des médecins généralistes. Ils pouvaient pour cela valider diverses affirmations puis ils bénéficiaient d'un espace libre d'écriture pour exprimer d'autres attentes.

### 6.3.2 *Limites*

- Taille de l'échantillon :

Même si le taux de réponse est élevé, notre effectif reste faible puisqu'il concerne seulement 100 médecins. Il sera donc difficile d'extrapoler nos résultats à l'échelle nationale ou autre sur cette base. Néanmoins, on peut estimer que notre effectif permet de généraliser

nos résultats à la population cible : les médecins généralistes exerçant sur le secteur de l'HAD du CHB.

- Représentativité de l'échantillon :

Comme nous avons pu le noter dans les commentaires des résultats, notre échantillon de médecins répondants présente quelques particularités que nous ne retrouvons pas forcément dans la population cible complète ou la population nationale de médecins généralistes.

En effet, nous avons eu un taux de réponse de la part des femmes médecins supérieur à celui attendu dans la population cible. Néanmoins, elles représentaient une proportion de médecins toujours inférieure à la proportion départementale, régionale et nationale.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence significative entre les notes mises par les femmes et celles attribuées par les hommes. Néanmoins, la tendance montre que les médecins féminins sont plus satisfaites que les médecins masculins ( $p=0,3$  ; moyenne femmes=7.3/10 moyenne hommes 6.8/10). Ainsi, comme les femmes sont surreprésentées dans notre effectif par rapport à la population cible, la note globale de satisfaction a pu être discrètement majorée.

Ce biais a peut-être pu être limité par la répartition des notes selon le mode d'exercice. En effet, notre effectif montre une minorité de médecins exerçant seuls par rapport à la moyenne nationale. Or, comme nous avons pu le voir, ce sont eux qui ont attribué les meilleures notes.

Par ailleurs, nous avons pu remarquer que notre population exerçait dans des zones plus rurales que la population nationale de médecins généralistes. Par rapport à la population cible (les 158 médecins), notre effectif semble relativement représentatif quant à la répartition géographique. La répartition des notes étant presque équitable dans les différents groupes, nous pouvons penser qu'il ne s'agit pas ici d'un biais important.

Notre effectif est relativement comparable à la population nationale de médecins traitants en termes d'âge, de diplômes associés et d'adhésion à un syndicat.



Le dernier point à relever ici est la densité médicale du secteur : l'HAD du CHB s'étend sur une zone géographique qui correspond à plus de 230 000 habitants. Nous avons recruté 158 médecins généralistes exerçant dans les communes concernées, la densité médicale retrouvée est donc inférieure à la densité nationale. Les médecins que nous avons interrogés ont une patientèle moyenne de plus de 1400 patients ce qui correspond sûrement à une forte charge de travail. Cet aspect a pu intervenir dans la notation finale car il est possible que la structure HAD les soulage pour des prises en charge complexes et chronophages.

- Effet de mobilisation :

Choisir un questionnaire comme support d'étude expose au risque d'effet de mobilisation. En effet, on peut supposer que la plupart des médecins ayant répondu sont ceux qui s'intéressent au sujet de l'HAD. Néanmoins, notre taux de réponses relativement élevé permet de limiter ce biais. De plus, l'anonymat des réponses donnait le moyen de s'exprimer librement aux médecins qui avaient des critiques à faire.

- Utilisation de questions à choix multiples :

Par définition dans la mesure où notre étude est réalisée par le biais d'un questionnaire avec des questions fermées, le nombre de questions posées est limité. Nous n'avons donc pas pu être exhaustifs quant aux thèmes abordés. Ce point négatif était compensé par la possibilité aux médecins de nous faire parvenir leurs commentaires dans 2 espaces libres d'expression. Le premier espace, situé à la fin du bilan, permettait aux interrogés de décrire leurs représentations de l'HAD. Le deuxième espace était apposé en fin de questionnaire afin qu'ils puissent y rédiger leurs attentes qui n'auraient pas été déjà évoquées dans le questionnaire.

Ainsi, alors que les QCM ne permettaient pas d'explorer la satisfaction des médecins traitants de manière exhaustive, les 2 QROC donnaient la liberté d'ouvrir le champ des réflexions sur le sujet.

## 6.4 Revue de littérature

### 6.4.1 Enquêtes locales

Afin de pouvoir replacer notre résultat principal dans un contexte global, nous avons décidé de comparer notre étude avec des enquêtes de satisfaction récentes faites par la structure HAD du CHB. Nous avons donc sélectionné l'enquête de satisfaction faite auprès des partenaires libéraux de 2010 et les dernières enquêtes de satisfaction des patients (sources HAD CHB).

- Questionnaire de satisfaction des partenaires libéraux 2010 :

Une enquête a été menée sur la période du 10 juillet 2010 au 15 août 2010 afin de mesurer le niveau de satisfaction des partenaires libéraux de l'HAD. Le service HAD avait élaboré un questionnaire traitant 4 thématiques sur la base de 4 indicateurs avec 4 possibilités de réponse (de « très satisfait » à « très insatisfait ») :

- Délai de prise en charge ;
- Transmission et qualité de la transmission de l'information ;
- Prise en charge du patient (collaboration avec équipes médicale et paramédicale de l'HAD, accueil et disponibilité du secrétariat, organisation de la sortie) ;
- Informations complémentaires (délai de facturation, suivi de livraison du matériel, moyen de communication préféré, participation aux formations proposées).

18 médecins sur 88, 8 kinésithérapeutes sur 53 et 30 infirmiers sur 86 ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse global de 56 /227, soit 24,7%.

Les partenaires libéraux ayant répondu ont fait part en grande majorité de leur satisfaction globale et 94% recommanderaient cette structure HAD.

Du critère 1 à 3, plus de 85% des personnes ayant répondu étaient satisfaites ou très satisfaites. Par contre, le critère 4 montrait des taux de satisfaction légèrement inférieurs. En effet, 25% des partenaires se disaient insatisfaits par les modalités de facturation et 23% par le suivi des livraisons.

Pour le règlement des factures, le délai était jugé trop long (entre 2 et 3 mois). Pour le suivi de la livraison, les quantités n'étaient pas toujours adaptées à leurs demandes.

Suite à cette enquête et à la présentation des résultats lors d'une réunion, des mesures d'amélioration avaient été décidées sur la transmission de l'information (mise à disposition d'un dossier papier au domicile) ainsi que sur les livraisons du matériel et des médicaments (fiches de commande uniformisées transmises la veille de la livraison). Pour les délais de règlement trop longs, la structure avait réexpliqué la longue chaîne de facturation jusqu'au Trésor Public (délai incompressible de 5 semaines) et avait insisté sur l'utilisation du logiciel Athome pour adresser ses demandes de remboursement et, au minimum, sur un envoi régulier des factures.

Il apparaît clairement que notre étude de thèse a concerné plus de médecins que cette enquête faite en 2010. De même, le critère de jugement principal, la satisfaction, n'était pas évalué de la même manière : 4 propositions en 2010 et EVA dans notre étude.

Ainsi, cette enquête n'est pas en tout point comparable à notre étude, mais la satisfaction globale que nous avons obtenue semble correspondre à celle qui avait été retrouvée en 2010.

- Questionnaire de satisfaction des patients :

Un questionnaire de sortie adressé au patient et à son entourage évalue la satisfaction de la prise en charge par la structure.

En 2012 et 2013, les taux de retour étaient respectivement de 38 et 34%. L'enquête se décline en 10 items et les résultats obtenus en 2013 étaient :

- Information préalable à l'admission : très satisfait (65,8%) et satisfait (31,6%) = 97,4%
- Installation matérielle :  $62,5 + 34,7 = 97,2\%$
- Accueil au domicile :  $68,4 + 29 = 97,4\%$
- Équipe médicale :  $69,9 + 28,8 = 98,7\%$
- Personnel soignant :  $68,6 + 28,6 = 97,2\%$
- Accueil au secrétariat :  $56,5 + 39,1 = 95,6\%$
- Service social :  $56 + 42 = 98\%$

- Logistique :  $55,7 + 38 = 93,7\%$
- Intimité :  $92,8 + 7,2 = 100\%$
- Appréciation générale :  $74 + 24,7 = 98,7\%$

Les taux de satisfaction obtenus dans cette enquête sont très importants. Ils restent supérieurs à celui obtenu avec les partenaires libéraux et celui des médecins généralistes. Ceci s'accorde bien avec le ressenti de l'équipe qui perçoit toujours plus de plaintes des partenaires que des patients.

#### 6.4.2 Enquêtes nationales

##### - Les thèses :

Plusieurs thèses françaises ont eu pour sujet l'étude des relations entre les médecins généralistes et l'HAD en général. Nous avons choisi d'étudier les plus récentes et les plus proches de notre sujet pour établir notre questionnaire et nos comparaisons. Il faut noter ici que notre étude arrive en 3<sup>ème</sup> position par rapport aux nombres de sujets interrogés. En effet, hormis la thèse concernant l'HAD en Aquitaine (344 médecins) (23) et celle des Dr Crotet et Jehenne (186 médecins), les 4 autres travaux recueillaient l'avis de 22 à 40 médecins (25) (22).

##### ○ Note de satisfaction :

Parmi les thèses étudiées, deux d'entre elles demandaient aussi aux médecins traitants d'effectuer une notation en fin de questionnaire. Il s'agissait d'une note entre 0 et 10 témoignant de l'intérêt global de l'HAD pour la médecine générale.

Les Dr Crotet et Jehenne (21) trouvent une note moyenne de **7,1/10** et le Dr Negrier (22) atteint la moyenne de **8,05/10**.

Même si le critère évalué n'est pas tout à fait le même dans notre étude nous pouvons remarquer que les médecins traitants sont globalement favorables à l'HAD.

##### ○ Principales caractéristiques des répondants :

Sur le plan démographique, notre échantillon ressemble beaucoup aux populations de répondants des thèses sur le même sujet.

Pour le caractère sexuel, notre répartition (70-30%) montre un taux de femmes discrètement plus élevé que dans les autres populations même si comme nous l'avons vu il reste inférieur à la moyenne nationale. Les **proportions hommes-femmes** observées dans les autres études vont de **90-10%** (20) à **69-31%** (24).

Concernant l'âge, ce critère n'a pas toujours été demandé, il était parfois remplacé par l'année d'obtention de la thèse ou l'année d'installation. De manière globale, dans notre étude comme dans les autres, les médecins interrogés étaient **majoritairement âgés de plus de 50 ans** (23) (24). Les années d'installations moyennes (1993,25 dans notre étude) allaient de 1989,1 (21) à 1992,1 (22).

Le mode d'exercice montre une répartition plus disparate. Cela peut s'expliquer par les différences géographiques entre toutes les études. Alors que la pratique de la médecine en **groupe est majoritaire** dans notre étude (71%) comme dans celles du Dr Negrier (83%) et du Dr Augris (64%), les zones d'intervention des HAD de Grenoble et de Briançon montrent une répartition quasiment équitable entre exercice seul et exercice en groupe (20) (21) (24).

Contrairement à la comparaison avec la population nationale, les médecins généralistes de notre étude ont **moins de diplômes associés** que dans les autres études (33% versus 48% pour le Dr Negrier et 73% pour le Dr Deschamps).

Enfin, notre population semble dans la moyenne quant à la réalisation de visites à domicile. En effet, nous avons trouvé ici 97% des médecins interrogés effectuant des VAD, dans les autres études ce pourcentage allait de 92% (24) à 100% (20) (22).

- **Expérience HAD :**

Le taux de **connaissance du secteur HAD** que nous avons obtenu (91%) est proche de ceux rencontrés dans les autres thèses (90% pour le Dr Crotet et 92% pour le Dr Negrier) hormis celle effectuée sur le secteur de Briançon (77%). On peut penser que l'aspect chronologique (plus de connaissance avec le temps) est peu présent ici car la majorité des thèses sélectionnées ont été au plus tôt rédigées en 2012. D'ailleurs, la thèse étudiant l'HAD de Briançon date de 2013.

La **prescription d'HAD** possible par le médecin traitant est relativement bien connue dans notre étude (73%) comme dans celles du Dr Deschamps (85%) et du Dr Negrier (72%). Ce taux s'amenuise dans les différents travaux pour atteindre 49% dans la thèse des Dr Crotet et Dr Jehenne.

L'expérience en HAD correspond toujours à une forte proportion des médecins traitants. Dans les divers travaux, le minimum obtenu était de 90% (23) pour la proportion des médecins ayant déjà eu au moins un patient en HAD. Deux thèses ont montré que plus l'**expérience** est importante et plus les médecins sont **satisfaits** (20) (21). L'étude des Dr Crotet et Dr Jehenne fait ainsi la comparaison des motivations et des freins à l'HAD selon le nombre de patients suivis en HAD par le médecin traitant (<1/an versus >1an). Ils trouvaient globalement que les médecins ayant eu plus de patients en HAD étaient des **hommes**, exerçant dans le **milieu urbain** et effectuant beaucoup de **VAD**. Ces médecins-là avaient donc plus de connaissance sur le secteur géographique de l'HAD de Grenoble, trouvaient moins chronophages les prises en charge HAD et les pathologies concernées moins spécifiques. Dans notre étude, quelques différences significatives apparaissent entre le groupe de médecins ayant eu moins de 5 patients en HAD et celui qui en ont eu plus. Ainsi, les médecins ayant eu le plus de collaboration sont des **hommes** ( $p=0.03$ ) qui effectuent plus de 5 **VAD** par semaine ( $p=0,002$ ). Ils confirmaient de manière **moins importante l'existence de freins** à l'HAD ( $p=0.0001$ ) et demandaient **moins d'informations supplémentaires** ( $p=0.003$ ). Même si la différence n'est pas significative, on remarque dans notre étude comme dans celle faite à Grenoble que la **note de satisfaction est meilleure** chez les médecins plus expérimentés ( $p=0.10$  et  $p=0.2$ ).

- Les motivations :

Les motivations ou points positifs de l'HAD faisaient également l'objet de la majeure partie des études dont nous parlons. Nous avons établi une moyenne des pourcentages obtenus dans les divers travaux pour chaque item.

De manière globale, les motivations majeures sont la **permanence de soins** assurée par l'HAD (89% en moyenne), l'amélioration de la **qualité de vie du patient** (87%) et **l'approvisionnement des médicaments** (79%).

Ensuite, nous observons que beaucoup de médecins décrivent un **lien** plus direct avec l'**hôpital** grâce à l'HAD (77% en moyenne) ou un exercice pluridisciplinaire (76%) qui permet la rupture de l'isolement du médecin traitant (73%).

Enfin, la simplification des démarches administratives et la diversification de l'activité médicale apparaissent comme des motivations plus secondaires pour les généralistes (66 et 58%).

- Les freins :

De la même manière, nous avons pu regrouper les items qui traitent des possibles freins à la prescription d'HAD ou à la collaboration lors de ces prises en charge.

Le premier frein qui apparaît alors est l'**aspect chronophage** des prises en charge en HAD (47% en moyenne). Il est suivi par le **manque d'informations** sur l'HAD puisqu'en moyenne 36% des médecins se disent trop peu informés.

La spécificité des pathologies rencontrées dans ces prises en charge de même que l'absence de rôle clairement défini du médecin traitant (33%) sont les points négatifs suivants. En effet, la perte du rôle décisionnel apparaît comme une limite à l'HAD pour 27% des médecins et cette mauvaise définition de leur place les dérange dans 29% des cas.

Enfin, de manière moins marquée, l'existence préalable d'un réseau de soins bien développé rendrait l'HAD moins utile pour 20% des médecins traitants.

Pour conclure sur les motivations et les freins à l'HAD, on remarque que dans tous les travaux étudiés, les aspects négatifs sont toujours moins représentés que les positifs.

- Les attentes :

Concernant les attentes, seuls l'apport d'information et la revalorisation apparaissent dans les autres enquêtes.

Alors que les travaux du Dr Augris montre une demande faible d'information sur l'HAD (37%), les travaux réalisés à Grenoble et par Dr Negrier observent, comme nous, un fort désir **d'informations supplémentaires**. Le Dr Crotet et le Dr Jehenne notent ainsi que 89% des médecins généralistes souhaitent être mieux informés et pour les travaux du Dr

Negrier il s'agit de 75% des médecins. Alors que dans cette dernière enquête une plus forte proportion de médecins désire assister à une FMC ; à Grenoble, les médecins préfèrent la distribution d'une plaquette informative comme dans notre analyse.

Enfin, la question de la **rémunération** apparaît aussi dans l'enquête du Dr Augris. Néanmoins, le taux de médecins exigeant une revalorisation particulière de ces prises en charge n'est que de 19% (contre 42% dans notre étude).

- L'étude DREES février 2011 (35) :

Une enquête plus large a été menée durant l'été 2009 dans les régions de Basse-Normandie, Bretagne, Bourgogne, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Pays de la Loire. Elle a permis d'interroger **1900 médecins généralistes** sur l'HAD, dans le cadre de la cinquième vague du Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice.

Elle décrit ainsi les médecins généralistes comme très favorables à l'HAD.

Elle retrouve que les missions de l'HAD qui intéressent le plus les médecins généralistes sont la **coordination** de soins continus et complexes (92%), la prise en charge des patients **24 heures sur 24** (87%) et la **délivrance des médicaments** au patient (69%).

En moyenne, 43% des médecins généralistes considèrent qu'une partie de leur activité pourrait être réalisée dans le cadre de l'HAD. Les hommes et les médecins exerçant en groupe sont plus nombreux à partager cette opinion.

Pour 72% des médecins, l'HAD serait susceptible de prendre en charge une partie des hospitalisations classiques. Cependant, ils sont 73% à considérer que les médecins hospitaliers doivent intervenir dans la décision médicale.

Deux tiers des médecins ont déclaré avoir eu au moins un patient pris en charge en HAD. De même, 36% des médecins interrogés avaient orienté au moins une fois un patient vers les services d'HAD et ce taux monte à 55% pour les médecins ayant un service d'HAD dans leur secteur d'exercice.

Les médecins qui avaient déjà adressé un patient en HAD sont en majorité des **hommes**. De même, une différence significative est observée entre les médecins qui utilisent les recommandations de bonne pratique ou les sites de l'HAS et de l'Agence Française de



Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) : ils prescrivent plus d'HAD que ceux qui ne les utilisent pas. Enfin, le recours à l'HAD varie selon le nombre d'actes et la proportion des personnes âgées de plus de 60 ans dans la patientèle. Un médecin qui a un **volume d'activité plus important** ou qui a plus de patients âgés dans sa patientèle a tendance à **prescrire plus d'HAD**.

Le **confort du patient** est le motif le plus fréquemment cité par les généralistes pour justifier l'envoi de leur dernier patient dans un service d'HAD (95%). Les autres raisons sont : la sécurité du patient (83%), la qualité de prise en charge en HAD (82%) et la possibilité de continuer à suivre leur patient (81%). Seuls 45% des médecins interrogés ont cité l'économie de coûts pour l'assurance maladie comme motivation.

Pour le dernier patient adressé en HAD, 93% des praticiens déclarent que l'HAD a répondu à leurs attentes. Néanmoins, seulement 49% d'entre eux se disent avoir été correctement rémunérés pour les démarches qu'ils ont effectuées dans ce cadre. Parmi les médecins non satisfaits, 66% évoquent des difficultés dans la **circulation de l'information** et 43% rencontrent des problèmes relationnels avec le personnel soignant. Enfin, ils sont 41% à souligner des **contraintes administratives** trop lourdes, 27% décrivent des difficultés relationnelles avec leurs confrères et 18% déplorent un **manque d'attractivité financière**.

Parmi les médecins n'ayant pas adressé de patients à l'HAD au cours de la dernière année, 54% d'entre eux déclarent ne pas avoir de service HAD dans leur secteur géographique. Parmi ceux qui disposent d'un service HAD dans leur zone d'exercice, 21% n'ont pas orienté de patient en HAD car ils jugent les **démarches administratives trop importantes**.

Au moment de l'enquête, la majorité des médecins généralistes déclare que le forfait de coordination est la rémunération la plus adaptée pour les réunions de coordination avec déplacement ainsi que pour les tâches diverses. Pour les visites à domicile, 40% estiment que la rémunération doit être identique au tarif habituel, 38,5% souhaitent une rémunération supérieure et 21% réclament un forfait global.

Notre étude retrouve donc quelques-uns des aspects dégagés par cette étude de taille importante notamment ceux qui évoquent les motivations et les freins des médecins traitants vis-à-vis de l'HAD. La rémunération était déjà remise en question en 2009 mais aucune modification n'a eu lieu depuis.

### 6.4.3 *Enquêtes internationales*

Comme nous l'avons dit précédemment, très peu d'enquêtes internationales traitent du sujet que nous avons choisi. Le système de soins français a ses particularités et le fonctionnement des HAD, peu uniforme en France, l'est encore moins au niveau international.

Néanmoins, nous avons sélectionné quelques articles et résumés qui font apparaître certaines problématiques que nous avons étudiées.

Un article **australien** (36) a été rédigé afin d'établir des propositions concernant les prises en charge palliatives à domicile. Cette étude a été réalisée dans un contexte de population vieillissante, comme dans tous les pays développés, qui provoque une augmentation de demandes de prises en charge palliatives à domicile. Lors de la réalisation de l'enquête, en **2003**, 90% des soins reçus par les patients durant la dernière année de vie sont réalisés au domicile grâce au médecin traitant et aux équipes infirmières. Cette enquête vise à comprendre les freins exprimés par les médecins généralistes par rapport aux prises en charge palliatives et à proposer des mesures pour faire face à l'augmentation des demandes. Les médecins généralistes perçoivent parfois des difficultés par rapport à la fin de vie et se sentent notamment impuissants face à certains symptômes difficiles à gérer au domicile. Ils ressentent le besoin d'acquérir des **compétences spécifiques** ou, au moins, de recevoir quelques conseils pour suivre des patients en soins palliatifs. De même, ils décrivent **l'aspect chronophage** de ce type de prise en charge et déplorent **l'absence de rémunération spéciale**. Enfin, ils ont parfois beaucoup de mal à faire hospitaliser leurs patients en fin de vie. En décrivant leurs relations avec les équipes de soins palliatifs existantes, les médecins évoquent un inconfort dans le fait de **ne pas connaître leur rôle exact**. Les auteurs proposent donc **d'améliorer la communication** entre médecins généralistes et équipes de soins palliatifs. Ils préconisent également 3 propositions pour faire face à l'augmentation des demandes de prise en charge à domicile : des généralistes formés aux soins palliatifs, prêts à faire des visites à domicile et à garantir une permanence des soins (hors horaires de journées), une équipe de soins palliatifs à domicile qui travaille en **collaboration** avec ces généralistes et enfin l'accès facilité à un établissement hospitalier en cas de crise aiguë ou pour des séjours de répit.

Une étude **allemande** de **2010** (37) se rapproche de l'article australien et de notre enquête en étudiant le ressenti des pédiatres de ville lors des prises en charge palliatives à domicile. La différence essentielle est l'absence de service d'hospitalisation à domicile pour les patients adolescents ou enfants, les prises en charge sont donc réalisées intégralement par

les praticiens de ville. Les pédiatres décrivent comme difficultés : l'absence de réseaux de soins organisés et de service d'hospitalisation à domicile, **l'aspect chronophage** des prises en charge, le **manque d'expériences et de connaissances**, la part de responsabilités engagées et **l'absence de rémunération adéquate...** Alors que les femmes expriment des situations inconfortables sur le plan émotionnel et l'importance des responsabilités, les **hommes sont plus gênés** par la **rémunération** non adaptée dans ces cas particuliers. Nous retrouvons ce dernier aspect dans notre étude mais de manière non significative ( $p=0.49$ ). De même, les pédiatres **plus expérimentés** dans ce genre de prise en charge émettent **moins de barrières** que les moins expérimentés. Ici aussi, notre étude va dans le même sens puisque les médecins ayant eu plus de 5 patients en HAD ressentent moins de freins à cette forme d'hospitalisation. Enfin, l'étude allemande recense les motivations des pédiatres pour prendre en charge de tels patients. Ils relèvent : **l'avis de spécialistes** locaux en soins palliatifs pédiatriques, la réalisation de réunion d'équipe, **l'astreinte téléphonique** 24h/24 du service de pédiatrie palliative, la **formation** aux soins palliatifs et aux aptitudes de communication avec les patients et l'entourage. Enfin, les pédiatres étaient interrogés sur le **rôle** qu'ils souhaitent avoir lors d'une prise en charge palliative à domicile : presque la moitié d'entre eux veulent être le **coordinateur central** des soins.

L'étude PalliPA réalisée en **Allemagne** en **2012** (38) vise à mettre en place un programme d'aide et de soutien aux familles des patients en soins palliatifs. L'hospitalisation à domicile n'y est pas évoquée de manière explicite mais cet article reprend le fait que la **qualité de vie des patients** et de l'entourage augmente **avec la diminution d'hospitalisation** (OMS). De même il rappelle que la demande de décès à domicile est croissante en Europe et que, de ce fait, **l'entourage des patients** est de plus en plus sollicité. En effet, 70% des patients en soins palliatifs souhaitent décéder chez eux mais, en réalité, ils sont souvent admis à l'hôpital dans les derniers jours car l'entourage ne se sent pas capable de gérer les dernières heures de vie à domicile. Cette étude ne correspond donc pas exactement au sujet que nous avons choisi de traiter mais soulève une problématique qui est à prendre en compte dans l'exercice des soins à domicile : l'entourage.

De manière plus anecdotique, nous avons étudié un article (39) et deux résumés (40) (41) **américains** réalisés dans les **années 90** qui décrivent les **caractéristiques des médecins** de ville qui effectuent des suivis de patients **à domicile**. Ces études ont été réalisées dans le cadre d'une diminution globale du nombre de visites faites par les médecins. L'article étudie la population médicale d'Hawaï en 1998 (39). Il met en évidence le fait que les médecins **plus**

**âgés** et **exerçant** dans des **zones rurales** (îles voisines) réalisent **plus de VAD**. De même, les médecins dits « de famille » consultent plus à domicile que les médecins spécialistes. Les deux résumés d'études américaines datent de 1991 (40) et 1992 (41). On retrouve le facteur de l'**âge** et l'**exercice rural** comme des facteurs prédictifs de visites à domicile. Il y est ajouté que les médecins **exerçant seul ou en petit groupe** sont ceux qui réalisent le plus de VAD. Pour comparer avec notre étude, nous avons noté, dans notre effectif, que les **médecins âgés** de plus de 50 ans réalisent **plus de VAD** que les médecins plus jeunes (<5VAD/semaine versus >5VAD/semaine  $p=0.045$ ). De même, sans qu'il n'existe de différence significative, les médecins installés **à moins de 10 km** de l'hôpital semblent faire **moins de VAD** que ceux qui s'éloignent de ce rayon ( $p=0.36$ ). Dans notre enquête, les praticiens exerçant **seuls** paraissent effectuer **plus de suivi à domicile** que ceux exerçant en groupe ( $p=0.72$ ). Enfin, les études évoquent toutes les deux l'aspect d'insatisfaction quant à la **rémunération** de ces visites et la **vision positive** des médecins par rapport aux **organismes de soins à domicile**.

## 6.5 Problématiques actuelles

### 6.5.1 Démographie, population vieillissante

Un point rapide sur la démographie de la population générale et médicale en France nous a semblé intéressant à présenter compte tenu de son impact potentiel sur l'activité des structures HAD.

Depuis plusieurs décennies, la population française croît de manière régulière. Elle est ainsi passée de 42 millions dans les années 50 à quasiment 62 millions lors du dernier recensement en 2007 (42). D'après l'INSEE, si les tendances démographiques observées jusqu'ici se prolongent, la France métropolitaine comptera 68.5 millions d'habitants en 2030 et 73.6 millions en 2060 (43). Lorsque l'on sait qu'un français se rend chez son médecin traitant environ 4 fois par an (44), on mesure l'accroissement prévisible des demandes de soins.

L'augmentation globale de la population se conjugue avec son vieillissement. Alors que les plus de 60 ans représentaient 15% de la population dans les années 50, ils forment 20% de la population en 1995 et quasiment un quart de nos jours (42).

Au nombre de 15 millions aujourd'hui, les plus de 60 ans seront 20 millions en 2030 et près de 24 millions en 2060. Les plus de 75 ans (5,7 millions en 2012) seront 12 millions en 2060 et le nombre des plus de 85 ans va quasiment quadrupler, passant de 1,4 million à 4,8 millions en 2050 (45).

En regard de cette augmentation démographique, la population médicale ne connaît pas la même évolution.

En 2014, la France compte 90 630 généralistes. La variation sur les 7 dernières années montre une diminution de 6.6%. La région Rhône-Alpes et le département de l'Ain subissent la même évolution (respectivement -2% et -1.6%) (46). Selon les projections de la DREES, il y aura 98 000 médecins généralistes en 2019 et 105 000 en 2030. Ce dernier chiffre se rapproche de celui observé en 2006 (104 000), mais le nombre d'habitants en 2030 ne sera pas le même qu'en 2006 ... (29).

La densité médicale diminue donc progressivement. Elle devrait être durablement inférieure à son niveau actuel et dans ses meilleures projections, la DREES évoque un retour à la situation actuelle après 2040 (29).

Compte tenu du choix fait par l'HAD du CHB de travailler en partenariat étroit avec les médecins libéraux, la question peut être posée de l'impact de cette évolution défavorable de la densité médicale.

Bien qu'il soit hasardeux de répondre de façon définitive sur ce point, plusieurs éléments sont toutefois à considérer :

- Les actions conduites par le niveau national pour enrayer cette baisse de la démographie médicale ;
- Les évolutions technologiques et organisationnelles permettant de redonner du temps aux médecins (télémédecine, dossiers informatisés, coopérations interprofessionnelles, ...)
- La volonté des autorités de santé de poursuivre voire d'amplifier la place de l'HAD et dans ce cadre le lancement de réflexions nationales sur certains aspects réglementaires permettant notamment de revoir le rôle du médecin coordonnateur ;

- Les travaux menés à l'échelle de la structure pour améliorer le partenariat en recentrant chacun sur les missions pour lesquelles il présente la plus grande valeur ajoutée.

Ces différentes mesures permettent de penser que malgré les constats dressés en matière de densité médicale, l'HAD pourra être un des acteurs de la réponse à la demande croissante de la population d'être soignée à domicile, à l'impact du vieillissement démographique et à l'augmentation des pathologies chroniques (7).

### 6.5.2 *Contraintes économiques*

A l'heure où les dépenses de santé représentent 186,7 milliards d'euros, dont 86,7 milliards pour les soins hospitaliers (47), il nous semblait indispensable d'apporter un éclairage sur l'aspect économique de l'HAD.

Dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale publié en septembre 2013, la cour des comptes a consacré un chapitre à l'HAD et notamment à son intérêt financier (7).

Depuis 2005, les structures d'HAD sont financées par la tarification à l'activité (T2A) (cf. partie 2). La mise en place du PMSI-HAD et de la T2A-HAD s'est faite sur la base de l'étude de coût réalisée en 2003 par le Centre de Recherche Et Documentation en Economie de la Santé (CREDES).

Ce mode de rémunération a eu dans un premier temps un effet incitatif et a expliqué, en partie, le développement de l'activité constaté les années suivantes. Si les tarifs HAD n'ont pas connu les évolutions à la baisse qui ont pu être opérées dans d'autres secteurs, ils n'ont toutefois évolué que de manière très modérée entre 2006 et 2014 (48) et les marges ont, elles, eu tendance à s'éroder au fil des années.

En 2009, une première étude nationale des coûts (ENC) a été réalisée. A partir d'un échantillon de structures, cette étude a pour objectif de constituer une base nationale de données médico-économiques permettant à la fois de développer des outils d'aide à la décision dans le dispositif de financement de l'HAD et de produire des référentiels nationaux

de coûts. Ces derniers, couvrant les secteurs public et privé, ont pour vocation d'améliorer la connaissance des coûts de l'ensemble des établissements participant à l'HAD, en leur permettant de comparer leurs coûts de production aux coûts moyens issus de l'échantillon.

Les résultats de l'ENC ont mis en lumière des tarifs largement déconnectés de la qualité, de la lourdeur et des coûts des prises en charge (49).

La révision du modèle tarifaire de l'hospitalisation à domicile apparaît ainsi comme une nécessité, conditionnée par la réalisation de nouvelles évaluations médico-économiques. A cette fin, une nouvelle étude nationale des coûts a été initiée avec un premier recueil d'informations à compter de janvier 2013. Les résultats seront normalement publiés dans un rapport de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) début 2015 (50).

La question de l'efficacité de la prise en charge en HAD par rapport à l'hospitalisation conventionnelle a été posée très tôt dans le cadre de l'objectif global de restauration de l'équilibre des comptes de l'Assurance Maladie.

Dans son étude du coût de la prise en charge en HAD réalisée en 2003, le CREDES concluait à un coût moindre en HAD qu'en hospitalisation complète en court séjour (140 à 145 euros en HAD contre 450 euros en hôpital de jour et 300 à 750 euros en hospitalisation conventionnelle avec hébergement). L'économie pouvait donc aller jusqu'à 80% par rapport à certaines prises en charge en établissements.

En ce qui concerne les activités de soins de suite et de réadaptation, une étude du CREDES, publiée en 2008, a comparé la prise en charge en HAD et SSR, pour des patients ayant le même profil médical. Elle conclut, malgré des problèmes méthodologiques, à des coûts de fonctionnement moyens systématiquement plus faibles en HAD. Cette différence est particulièrement marquée chez les personnes âgées dépendantes (coût de 169 euros en HAD contre 262 euros en SSR pour une activité de même type, soit 40% de différentiel).

Ces travaux, reposant sur des données recueillies avant la mise en place de la T2A, sont convergents pour souligner le potentiel d'économie que représente le développement de l'hospitalisation à domicile.

Toutefois, le périmètre d'étude reste intra-hospitalier et mériterait sans doute de prendre en compte la multiplication des intervenants et des modes de prises en charge au domicile (SSIAD, prestataires extérieurs, équipes mobiles) pour une articulation voire une intervention conjointe optimisée et une dépense la plus efficace possible pour la collectivité.

### 6.5.3 *Evolution du positionnement et développement de l'HAD (3)*

Comme nous l'avons expliqué auparavant, notre étude a été réalisée dans le but d'évaluer le ressenti des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD afin de pouvoir répondre à leurs attentes et augmenter ainsi leurs prescriptions d'HAD. Cette augmentation de prescriptions s'inscrit non seulement dans l'objectif de la structure du CHB mais répond également à la demande récente de la DGOS. Il nous semblait donc essentiel de présenter les grandes lignes de cette requête.

La DGOS a établi une circulaire afin de positionner l'HAD à sa juste valeur dans la gradation des soins, de mieux structurer son offre et d'améliorer son accessibilité et sa professionnalisation. Elle attend ainsi un développement significatif de l'hospitalisation à domicile d'ici 2018. Pour cela, elle définit 4 axes de travail :

- Conforter la structure de l'offre d'HAD :

Cela passe par l'étude de la viabilité des établissements d'HAD. Selon les territoires, une restructuration significative de l'offre pourra se révéler nécessaire quand les objectifs fixés ne seront pas atteints dans les conditions de qualité et de sécurité requises. L'objectif d'activité minimale de 9000 journées par an fixé en 2006 semble inadéquat et la nouvelle circulaire le remplace par un nombre de patients par jour entre **30 et 35 pour 100 000 habitants**. Ainsi, ce seuil sera adapté à chaque territoire et tiendra compte des éventuelles contraintes locales. La DGOS recommande en même temps **l'ouverture d'antennes** plutôt que de nouvelles structures pour pallier d'éventuels défauts de couverture territoriale et demande aux structures de collaborer avec des filières d'aval pour anticiper les sorties (SSIAD, libéraux...).

- Améliorer l'accessibilité à l'HAD :

L'option d'HAD, quand elle est possible, doit être plus souvent présentée au patient. Des objectifs de prescriptions d'admissions en HAD devront être inclus dans la contractualisation avec les établissements hospitaliers. La confiance des prescripteurs pourra être confortée par le développement de la télémédecine afin de consolider la continuité des



soins par la télésurveillance ou le suivi médical spécialisé par téléconsultation. L'HAD doit garder une **compétence généraliste** et peut constituer une réponse adaptée aux épisodes de déstabilisation d'une pathologie chronique déjà connue et traitée. Enfin, pour diffuser la connaissance de l'HAD au sein du corps médical, il convient de favoriser la **proposition de stage pour les internes** au sein de ces établissements de santé.

- Renforcer la pertinence du recours à l'HAD :

Un objectif relatif à l'amélioration de la pertinence des transferts et admissions en HAD devra être inscrit au CPOM de l'ensemble des établissements de santé. Le renforcement de la pertinence du recours à l'HAD s'appuiera sur les référentiels existants ou dont la publication est prévue à moyen terme par la Haute Autorité de Santé.

- Affermir les compétences nécessaires aux interventions de l'HAD :

Les établissements HAD doivent répondre aux conditions de fonctionnement requises pour tous les établissements de santé notamment en garantissant la **continuité des soins**. Le médecin traitant garde sa place de référent de la prise en charge. Néanmoins, s'il n'est pas en mesure d'assurer la continuité des soins, le **médecin coordinateur peut être amené à prescrire**. Enfin, la **coordination** avec le **médecin traitant** doit faire l'objet d'une attention particulière et il est recommandé de **formaliser** ce cadre d'**intervention conjointe**.

## 6.6 Perspectives locales

Plusieurs suites sont envisagées pour répondre aux attentes des médecins généralistes interrogés en prenant en compte également les demandes des tutelles :

### 6.6.1 *Rendu des résultats de l'enquête*

Différents articles seront écrits et proposés au Journal du Conseil de l'Ordre des médecins de l'Ain (l'accord de principe de Monsieur le Président a été obtenu pour une parution début 2015) (cf. annexe 6), au journal du CHB et au journal de la communauté hospitalière de territoire. Nous envisageons également, sous l'égide du Conseil de l'Ordre des médecins de l'Ain, d'organiser une soirée débat avec les médecins de la zone d'intervention de la structure HAD en janvier 2015.

### 6.6.2 *Une nouvelle convention cadre et lettre de mission*

La nouvelle convention cadre précisera le rôle que souhaite prendre le médecin généraliste lors des prises en charge en HAD.

La lettre de mission (cf. annexe 7), prévue par la convention et adressée à chaque nouvelle prise en charge, précisera pour le médecin traitant :

- la fréquence de visites à domicile qu'il souhaite effectuer,
- leur réalisation en alternance ou non avec le médecin coordonnateur de la structure (pour mémoire 82% des sondés étaient favorables à des visites en alternance),
- la possible prescription par le médecin coordonnateur dans le cadre de la continuité des soins prévue par la circulaire de décembre 2013,
- son souhait d'être informé 24h/24 en cas de ré-hospitalisation ou de décès,
- son mode de communication privilégié.

### 6.6.3 *Une visite de coordination initiale*

Précisant le rôle de chacun des intervenants, elle sera systématiquement proposée, 76% des médecins ayant répondu favorablement. Cette visite de coordination se déroulera soit au domicile du patient, soit au cabinet du médecin généraliste selon la préférence de ce dernier.

### 6.6.4 *Des informations sur l'HAD sont attendues par 67% des médecins répondants*

- La plaquette semble un support facile à réaliser et peu coûteux.
- Nous envisageons de créer une lettre trimestrielle informatique adressée à tous les partenaires de la structure HAD du CHB dont le 1<sup>er</sup> numéro pourrait reprendre les résultats de l'enquête (cf. annexe 8).
- Des soirées de Formations Médicales Continues seront réalisées à la demande.
- La participation des unions régionales des professionnels de santé à des actions de communication sur l'HAD est sollicitée dans la circulaire du 4 décembre 2013 relative au développement de l'HAD :

« L'association du médecin traitant à la prise en charge en HAD est un vecteur d'appropriation de cette activité particulière par le prescripteur libéral. Si le développement des prescriptions par le médecin hospitalier contribue de facto à familiariser le médecin traitant avec le fonctionnement et la pertinence de l'HAD, l'implication des unions régionales de professionnels de santé dans la réflexion et

le développement de l'HAD, ainsi que leur participation à des actions de communication pour la faire connaître, est impérative dès le démarrage des travaux ».

#### 6.6.5 *Le changement de logiciel informatique fin 2014*

Nous espérons que les médecins partenaires s'approprieront ce nouvel outil, ce qui permettra ainsi de répondre à la demande de certains. Une connexion sécurisée à partir du cabinet sera possible. La structure envisage également d'informatiser progressivement les domiciles en laissant sur place une tablette.

#### 6.6.6 *Une revalorisation financière des visites*

Une revalorisation par le CHB de la visite de coordination initiale et d'éventuelles visites de concertation ultérieures sera discutée avec la direction du CHB. Dans l'enquête, 42 % des répondants souhaitaient une revalorisation, 32% ne se prononçaient pas. Cette revalorisation potentielle de la visite de coordination initiale serait un message fort adressé aux partenaires libéraux.

#### 6.6.7 *Un poste d'interne en médecine générale*

Une demande d'agrément de stage en troisième cycle des études médicales de Médecine Générale sera à nouveau formulée pour le service d'Hospitalisation A Domicile du centre hospitalier Bourg-en-Bresse. Comme le stipule la circulaire relative au développement de l'HAD, ce stage permettrait aux internes de découvrir l'activité HAD, activité polyvalente, faisant le lien entre le monde libéral et le monde hospitalier. De même, ils pourraient alors faire connaissance avec un réseau de professionnels extrahospitaliers (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) et hospitaliers, ainsi que partager l'expérience des nombreux médecins rencontrés, quels que soient leur mode d'exercice.

Les autorités de tutelle offriraient ainsi un terrain de stage privilégié pour découvrir une zone géographique et les médecins qui y exercent, pouvant ainsi favoriser d'éventuelles installations futures.

Nom, prénom du candidat : FEYEUX Amélie

## **7. CONCLUSION**

L'hospitalisation à domicile, mode de prise en charge frontière entre hôpital et médecine de ville, existe, en France, depuis 1957 mais s'est surtout développée depuis les années 2000. Au vu des perspectives démographiques, sociales et économiques, sa place dans l'offre de soins se doit d'augmenter, comme le souhaitent les tutelles.

A Bourg-en-Bresse, le centre hospitalier a ouvert, en janvier 2008, une structure d'HAD polyvalente, intervenant sur un rayon de 40 km autour de l'agglomération. L'activité augmente régulièrement : 4139 journées réalisées en 2008, 7325 en 2010 et 10205 en 2013.

Les prises en charge en HAD imposent une collaboration étroite entre structure HAD d'une part, et partenaires libéraux (médecin traitant, IDEL, kinésithérapeutes..) d'autre part. Qu'il soit ou non prescripteur de l'HAD, le médecin traitant est le pivot de la prise en charge du patient à domicile et reste responsable du suivi. L'HAD ne peut se réaliser qu'avec son accord, il donne son aval à cette prise en charge par la signature d'une lettre de mission qui le lie avec l'équipe de soins du service HAD.

L'HAD du CHB est une structure jeune (7 ans d'existence) et de petite taille (28 places occupées en moyenne en 2013, 34 depuis le début de l'année 2014). Elle n'en est pas moins dynamique et souhaite poursuivre son développement pour se rapprocher des objectifs fixés par la circulaire n° DGOS/R4/398 relative au positionnement et au développement de l'HAD (30-35 places pour 100 000 habitants).

Alors que la prescription d'une HAD par le médecin traitant est possible depuis 1992, ce mode de prise en charge semble encore mal connu et peu utilisé par les médecins généralistes de la zone d'intervention de la structure de Bourg en Bresse. A partir du logiciel Athome utilisé par la structure, il s'avère qu'en 2013, seulement 22 séjours émanent de la ville, soit 4,33% des 507 séjours, contre 32% des séjours recensés par la FNEHAD au niveau national.

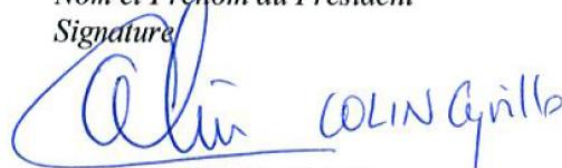
Cette structure s'interroge donc sur ses pratiques. Ainsi, en accord avec le responsable médical de l'HAD et le service qualité du CHB, nous avons interrogé les médecins généralistes du secteur afin d'évaluer leur degré de satisfaction, leurs motivations et leurs freins à l'utilisation de l'HAD. Cette étude a été réalisée dans le but d'optimiser et d'améliorer le recours à l'HAD par les médecins traitants en tenant compte de leurs attentes.

Le taux élevé de réponses laisse penser que les médecins généralistes sont bel et bien intéressés par l'HAD. Ils la perçoivent comme une aide humaine et matérielle dans leur pratique et un atout pour les patients souffrant de pathologies lourdes et nécessitant une prise en charge globale. Néanmoins, ils souhaitent avoir plus d'informations sur la structure et mettre en place une collaboration plus importante notamment par une visite conjointe de coordination ou par l'utilisation du dossier informatisé du patient. De plus, ils veulent avoir un rôle mieux défini dans le suivi du patient et que leur implication soit reconnue au travers d'une revalorisation pour ce type de prises en charge.

Ces résultats seront présentés aux médecins généralistes intéressés lors d'une soirée débat début 2015 et feront l'objet d'un article dans le journal du Conseil de l'Ordre des médecins de l'Ain. Des mesures correctrices seront proposées : distribution de plaquettes informatives, nouvelle convention précisant les souhaits du médecin généraliste quant à son implication dans la prise en charge de son patient, rédaction trimestrielle d'une lettre d'information, visite conjointe au début de la prise en charge, nouvelle demande d'agrément de la structure HAD pour accueillir des internes en médecine générale, utilisation de la télémédecine, réflexion sur la rémunération ... La revalorisation de la consultation initiale de coordination, financée par la structure HAD, fera l'objet d'une négociation avec la direction du CHB. Un engagement financier des tutelles favorisant l'implication des médecins généralistes en HAD permettrait peut-être le développement de ce mode de prise en charge.

Une nouvelle enquête de satisfaction, réalisée dans quelques années, pourrait évaluer l'impact de ces mesures.

Le Président de la thèse,  
*Nom et Prénom du Président*  
*Signature*



Vu et permis d'imprimer  
Lyon, le **03 NOV. 2014**

VU :

Le Doyen de la Faculté de Médecine  
Lyon Est



Professeur Jérôme ETIENNE



VU :

Pour Le Président de l'Université  
Le Président du Comité  
Coordination des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

## 8. BIBLIOGRAPHIE

1. Afrite A, Com-Ruelle L, Or Z, Renaud T. L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation. IRDES, Questions d'économie de la santé. février 2007;(n°119) : 2
2. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Lois et décrets ; 21 juillet 2009 : 2009-879 : article 4
3. Circulaire N°DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD). Lois et décrets ; 4 décembre 2013 : 2013-398
4. Patte R. Quel recours à l'Hospitalisation à Domicile (HAD) ? Selon quels protocoles préparer la sortie vers l'HAD ? Quels prescripteurs de l'HAD ? [Internet]. [cité 24 sept 2014] p. 1. Disponible sur: <http://www.unafam.info/87/img/patte.pdf>
5. ATIH. Rapport sur l'activité d'hospitalisation à domicile en 2011 [Internet]. 2013 juin [cité 12 oct 2014] p. 15. Disponible sur: [http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1432/Rapport\\_d\\_activit%C3%A9\\_A9\\_HAD\\_2011\\_ATIH.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1432/Rapport_d_activit%C3%A9_A9_HAD_2011_ATIH.pdf)
6. FNEHAD. L'Hospitalisation à domicile en 2013. Assemblée Générale 2014 Pays d'Artois
7. Cour des Comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale 2013, l'hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 26 oct 2014]. Disponible sur: [http://www.fnehad.fr/images/stories/Rapports\\_nationaux/rapport\\_securite\\_sociale\\_2013\\_hospitalisation\\_domicile\\_PUBLIE.pdf](http://www.fnehad.fr/images/stories/Rapports_nationaux/rapport_securite_sociale_2013_hospitalisation_domicile_PUBLIE.pdf)
8. Leyreloup M. L'hospitalisation à domicile [Internet]. [cité 19 oct 2014]. Disponible sur: [http://www.serpsy.org/psy\\_levons\\_voile/hopital/had.html](http://www.serpsy.org/psy_levons_voile/hopital/had.html)
9. Hubert E. L'hospitalisation à domicile : l'hôpital de demain. La Jaune et la Rouge, revue mensuelle de l'association des anciens élèves et diplômés de l'école polytechnique [Internet]. mars 2008 [cité 19 oct 2014];(n°633). Disponible sur: <http://www.lajauneetlarouge.com/article/lhospitalisation-domicile-lhopital-de-demain#.VGCLysk423p>
10. Sentilhes-Monkam A. Rétrospective de l'hospitalisation à domicile. Revue française des affaires sociales. 1 sept 2005;3(3):163-164.
11. Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. Lois et décrets ; 31 décembre 1970 : 70-1318
12. FNEHAD. Tout savoir sur l'Hospitalisation à Domicile. Histoire. [Internet]. [cité 21 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.fnehad.fr/lhad/histoire-had.html>
13. Circulaire du 12 mars 1986 relative à l'hospitalisation à domicile dans les établissements hospitaliers publics [Internet]. [cité 21 oct 2014]. Disponible sur: [http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/id\\_fiche/7523](http://basedaj.aphp.fr/daj/public/index/display/id_fiche/7523)

14. Code de la santé publique - Article D712-35. Code de la santé publique.
15. Circulaire N°DH/EO2/2000/295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile. [Internet]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_295\\_300500.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_295_300500.pdf)
16. Bulletin Officiel n°2004-8. Circulaire DHOS/O n°2004-44 du février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile. [Internet]. [cité 21 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-08/a0080584.htm>
17. Circulaire N°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile. [Internet]. Disponible sur: [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire\\_506\\_011206.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_506_011206.pdf)
18. Décret n° 2012-1031 du 6 septembre 2012 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements d'hospitalisation à domicile intervenant dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. Lois et décrets ; 6 septembre 2012 : 2012-1031
19. HAS. Le recours à l'hôpital en Europe [Internet]. 2009 mars [cité 15 oct 2014]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/synthese\\_recours\\_a\\_l\\_hopital.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-04/synthese_recours_a_l_hopital.pdf)
20. Musquar I. Intérêts et insuffisances de l'HAD selon le ressenti du médecin généraliste: expérience de l'HAD de Crest [Thèse d'exercice : médecine]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2008.
21. Crotet R, Jehenne B. Attentes des médecins généralistes vis-à-vis de l'hospitalisation à domicile: étude descriptive et comparative auprès de deux groupes de médecins généralistes du secteur de l'HAD de Grenoble [Thèse d'exercice : médecine]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2011.
22. Négrier P. L'hospitalisation à domicile du centre hospitalier d'Orthez: bilan à trois ans et perspectives [Thèse d'exercice : médecine]. [France]: Université de Bordeaux II; 2012.
23. Augris G. Relations entre l'hospitalisation à domicile et les médecins généralistes: avantages, limites et perspectives d'amélioration [Thèse d'exercice : médecine]. [France]: Université de Bordeaux II; 2012.
24. Deschamps E. Place de l'hospitalisation à domicile en France et en région PACA dans les Hautes-Alpes: enquête auprès des médecins généralistes du territoire de l'antenne briançonnaise sur les freins et motivations à leur implication [Thèse d'exercice : médecine]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2013.
25. Percin ND. Collaboration entre la ville et l'hôpital: expérience de l'unité d'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Montauban [Thèse d'exercice : médecine]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2013.
26. Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2014. [Internet]. [cité 5 oct 2014] p. 34, 48, 49, 119, 121, 145, 149 et 194. Disponible sur: [http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas\\_2014.pdf](http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf)

27. Le Breton-Lerouillois G. La démographie médicale en région Rhône-Alpes. Situation en 2013. Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins. 2013 : 17 et 29
28. Ordre National des Médecins. Malgré la stabilité des effectifs de médecins, l'offre de soins de proximité appelle vigilance. [Internet]. [cité 5 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1472>
29. DREES. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées. Dossiers solidarité et santé. 2009;(n°12) : 1-48
30. Observatoire régional de la santé, union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux. L'exercice en cabinet de groupe des médecins généralistes des Pays de la Loire. Panel en médecine générale. févr 2013 ;(n°4) : 1
31. Evrard C. Démographie de la médecine générale en Rhône-Alpes pour un schéma de démographie médicale. Union régionale des médecins libéraux de Rhône-Alpes. juin 2004 :20
32. Edo S. Etude comparative des conditions de vie et d'exercice des femmes médecins généralistes en milieu urbain, semi-urbain et rural en Isère [Thèse d'exercice : médecine]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2010 : 17
33. La représentativité des syndicats médicaux [Internet]. Carnets de santé. 2008 [cité 19 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.carnetsdesante.fr/+La-representativite-des-syndicats+>
34. Union régionale des médecins libéraux d'Ile de France. La visite à domicile chez les médecins franciliens. [Internet]. 2005 [cité 19 oct 2014] p. 10. Disponible sur: [http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude\\_060206.pdf](http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_060206.pdf)
35. DREES. Education thérapeutique des patients et hospitalisation à domicile. Opinions et pratiques des médecins généralistes libéraux dans cinq régions françaises. févr 2011;(N°753): 5-8
36. Yuen KJ, Behrndt MM, Jacklyn C, Mitchell GK. Palliative care at home: general practitioners working with palliative care teams. *Med J Aust.* 15 sept 2003;179(6 Suppl):S38-40.
37. Jünger S, Vedder AE, Milde S, Fischbach T, Zernikow B, Radbruch L. Paediatric palliative home care by general paediatricians: a multimethod study on perceived barriers and incentives. *BMC Palliat Care.* 2010;9:11.
38. Hermann K, Boelter R, Engeser P, Szecsenyi J, Campbell SM, Peters-Klimm F. PalliPA: How can general practices support caregivers of patients at their end of life in a home-care setting? A study protocol. *BMC Res Notes.* 2012;5:233.
39. Bell C, Somogyi-Zalud E, Masaki K, Fortaleza-Dawson T, Withy K, Blanchette PL. Describing Hawai'i's nursing home physicians: the results of a survey. *Hawaii Med J.* mai 2008;67(5):126-130.
40. Keenan JM, Bland CJ, Webster L, Myers S. The home care practice and attitudes of Minnesota family physicians. *J Am Geriatr Soc.* nov 1991;39(11):abstract.



41. Keenan JM, Boling PE, Schwartzberg JG, Olson L, Schneiderman M, McCaffrey DJ, et al. A national survey of the home visiting practice and attitudes of family physicians and internists. *Arch Intern Med.* oct 1992;152(10):abstract.
42. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Evolution de la population. [Internet]. [cité 9 oct 2014]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop\\_age3.htm](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bilan-demo&page=donnees-detaillees/bilan-demo/pop_age3.htm)
43. INSEE, Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060. Un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. [Internet]. [cité 9 oct 2014]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=ip1320](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=ip1320)
44. TNS Sofres. Les Français abusent-ils des consultations ? [Internet]. Mondial Assistance. 2012 [cité 9 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.mondial-assistance.fr/entreprise/presse/communiqués-de-presse/les-français-et-leurs-medecins-les-français-abusent-t-ils-des-consultations.aspx>
45. L'adaptation de la société au vieillissement [Internet]. Gouvernement.fr. [cité 25 oct 2014]. Disponible sur: <http://www.gouvernement.fr/action/l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement>
46. Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins. Démographie médicale. [Internet]. 2014 [cité 9 oct 2014]. Disponible sur: <http://demographie.medecin.fr/demographie>
47. INSEE. Dépense courante de santé en 2013 [Internet]. [cité 12 oct 2014]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATTEF06305](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06305)
48. FNEHAD. Campagne tarifaire 2014 : l'hospitalisation à domicile échappe à la dégressive mais pas à une nouvelle stagnation des tarifs. [Internet]. 2014 [cité 19 oct 2014]. Disponible sur: [www.fnehad.fr/images/stories/CP/CP\\_FNEHAD\\_Campagne\\_tarifaire\\_2014\\_VDef.pdf](http://www.fnehad.fr/images/stories/CP/CP_FNEHAD_Campagne_tarifaire_2014_VDef.pdf)
49. Durand N, Lannelongue C, Legrand P, Marsala V. Hospitalisation à domicile. IGAS. Nov 2010 : 1-7.
50. ATIH. Note de début de campagne. ENC HAD relative aux données 2013. [Internet]. [cité 21 oct 2014] p. 3. Disponible sur: [http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1550/note\\_de\\_lancement\\_de\\_la\\_campagne\\_enc\\_had\\_campagne\\_2013\\_0.pdf](http://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/1550/note_de_lancement_de_la_campagne_enc_had_campagne_2013_0.pdf)

## 9. ANNEXES

### 9.1 **Indice de Karnofsky**

L'indice de Karnofsky est un indice validé et utilisé en cancérologie notamment pour évaluer l'état général et la dépendance du patient. Il représente principalement une capacité/incapacité à la mobilité, à la réalisation des activités domestiques, de travail ou physiques. La variable privilégiée est l'aptitude physique. Il ne prend pas en compte explicitement les aspects subjectifs, ni la douleur, ni l'anxiété ou l'angoisse.

**100 %** : Normal, aucune plainte, aucun signe ou symptôme de maladie.

**90 %** : Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne, symptômes ou signes mineurs de la maladie.

**80 %** : Capable de réaliser les activités normales de la vie quotidienne avec effort, quelques symptômes ou signes mineurs.

**70 %** : Capable de se prendre en charge, incapable de mener une activité normale ou de travailler.

**60 %** : Nécessite une aide occasionnelle, mais peut prendre en charge la plupart de ses soins personnels.

**50 %** : Nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents.

**40 %** : Handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers.

**30 %** : Sévèrement handicapé, l'hospitalisation est indiquée, bien que la mort ne soit pas imminente.

**20 %** : Hospitalisation nécessaire, très malade, nécessite un traitement de soutien actif.

**10 %** : Moribond, processus fatal progressant rapidement.

## 9.2 Modes de prise en charge HAD

Assistance respiratoire	Associé à un autre mode de prise en charge
Nutrition parentérale	Associé à un autre mode de prise en charge
Traitement intraveineux	Sauf chimiothérapie anti-cancéreuse et nutrition parentérale (voir modes de prise en charge spécifiques)
Soins palliatifs	
Chimiothérapie anti-cancéreuse	
Nutrition entérale	Associé à un autre mode de prise en charge
Prise en charge de la douleur	Mode de prise en charge principal si utilisation pompe PCA ou autre injecteur programmable. Dans les autres cas : mode de prise en charge associé
Autres traitements (prise en charge nécessitant un suivi médico-soignant spécifique pour des traitements exceptionnels ou peu fréquents)	
Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	
Post traitement chirurgical (surveillance de sutures, pansements et / ou de cicatrice après chirurgie)	
Rééducation orthopédique	Associé à un autre mode de prise en charge
Rééducation neurologique	Associé à un autre mode de prise en charge
Surveillance post-chimiothérapie	
Soins de nursing lourds (prise en charge quotidienne au total supérieure à 2 h, à raison d'au moins 2 passages par jour chez des malades très dépendants (Indice de Karnofsky (IK) $\leq$ 50 %)	Associé à un autre mode de prise en charge
Education du patient/entourage (pathologie cardiaque, diabète, asthme,...)	
Radiothérapie	Associé à un autre mode de prise en charge
Transfusion sanguine	
Surveillance de grossesse à risque	
Post partum physiologique	
Post partum pathologique	
Prise en charge d'un nouveau-né (non associable aux 2 précédents modes de prise en charge)	
Surveillance d'aplasie	
Prise en charge psychologique ou sociale	En complément d'un autre mode de prise en charge

### 9.3 Questionnaire envoyé aux médecins généralistes :

Monsieur, Madame,

Vous avez été choisi(e) parmi une liste de **médecins généralistes** exerçant dans l'**Ain** pour répondre à un **questionnaire de thèse**.

Cette thèse a pour but d'évaluer le **ressenti des médecins généralistes** dans les prises en charge de patients en **Hospitalisation à Domicile (HAD)**. Actuellement, la majorité des prescriptions d'HAD sont faites par les médecins hospitaliers et très peu de patients sont adressés en HAD par leur médecin traitant. Il convient donc d'évaluer la satisfaction des médecins traitants et de comprendre leurs possibles réticences par rapport à ce type de prise en charge. Ensuite, des mesures correctives pourront peut-être permettre d'améliorer la collaboration entre HAD et médecins généralistes, puis de faciliter leurs prescriptions d'HAD.

Mon travail se concentre plus particulièrement sur **l'HAD de Bourg-en-Bresse** (Fleyriat) étant donné qu'il s'agit de la ville de ma future installation. En accord avec le docteur **BOUHOUR**, qui est le **directeur** de cette **thèse**, nous avons décidé de recueillir **vos avis** pour ensuite proposer des améliorations au sein de la structure HAD.

La durée de lecture du **questionnaire** est estimée à **moins de 5 minutes**. Une fois complétées, vous pouvez renvoyer ces feuilles grâce à **l'enveloppe affranchie**. Une première **relance papier** aura lieu **mi-juillet**. Puis, si nécessaire, une **relance téléphonique** sera réalisée **début août**. La fin de l'enquête est prévue le 16 août. Si vous souhaitez éviter les relances, vous pouvez inscrire votre nom sur l'une des pages.

Je vous remercie d'avance des quelques instants pris sur votre précieux temps pour participer à mon étude. Si vous souhaitez connaître les résultats de l'enquête, veuillez me contacter par mail.

Cordialement.

**Amélie FEYEU**

Interne Médecine Générale 6<sup>ème</sup> semestre.

## VOS RENSEIGNEMENTS

Sexe : H  F

Age : <35ANS  35-50ANS  50-65ANS  >65ANS

Année d'installation : \_\_\_\_\_ Mode d'exercice : en groupe  en pôle de santé  seul

Code postal cabinet : \_\_\_\_\_ Distance de l'hôpital Fleyriat : <10km  entre 10 et 20km  >20km

Diplômes associés :

Syndicat : OUI  ..... NON

Effectuez-vous des Visites A Domicile (VAD) ?

OUI  : <5/semaine  >5/semaine

NON  : mais j'accepte de faire une exception pour mes patients en HAD

## VOTRE EXPERIENCE HAD :

**-L'Hospitalisation A Domicile de Bourg-en-Bresse intervient-elle sur votre secteur géographique ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**-Un médecin généraliste peut-il demander une prise en charge HAD pour l'un de ses patients ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**-Avez-vous déjà pris en charge un patient en HAD ?**

OUI  <5 patients

NON  On ne me l'a pas encore proposé

Entre 5 et 10 patients

J'ai refusé

>10 patients

Je ne connaissais pas l'existence de l'HAD

**-Par quels moyens communiquez-vous avec l'HAD ? (plusieurs réponses possibles)**

Par téléphone  par fax  par courrier  par mail  par le dossier informatisé

**-Etes-vous satisfait de la communication avec la structure HAD ?**

Très satisfait  plutôt satisfait  plutôt insatisfait  très insatisfait

## VOS IMPRESSIONS

« Vos motivations pour l'HAD »

**-L'HAD permet un travail en collaboration et un partage des connaissances (exercice pluridisciplinaire).**

Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

**-L'HAD permet de rompre l'isolement du médecin traitant dans des prises en charges souvent lourdes et de lui apporter de l'aide.**

Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

**-L'HAD permet de diversifier son activité et de s'approprier des soins un peu spécialisés (PCA, morphiniques, midazolam, VAC, pansements complexes ...).**

Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

**-L'HAD permet un lien plus direct avec l'hôpital (avis, réhospitalisation ...).**

Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

**-L'HAD permet une amélioration de la qualité de vie des patients et de leur entourage.**

Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

**-La permanence de soins 24h/24 par astreinte assurée par la structure HAD est indispensable.**

- IDE HAD : Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

- médecin HAD : Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

**-La prise en charge HAD simplifie les démarches administratives et sociales pour le médecin traitant.**

Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

**-L'HAD permet de faciliter l'approvisionnement des médicaments et dispositifs médicaux pour le patient.**

Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

« Vos freins à l'HAD »

**-L'investissement en temps est trop important pour le médecin traitant concernant un patient en HAD.**

Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

**-Les pathologies prises en charge en HAD sont trop spécifiques par rapport à la médecine générale.**

Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

**-L'HAD vous fait perdre votre rôle décisionnel dans la prise en charge.**

Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

**-Que diriez-vous sur votre rôle dans cette prise en charge ?**

Mal défini et cela vous dérange  mal défini mais cela ne vous gêne pas  bien défini et central

**-L'HAD est peu utile quand le réseau de soins du médecin traitant est déjà bien développé.**

Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

**-Le médecin traitant n'est pas assez informé sur le fonctionnement et les modalités de prescription d'HAD.**

Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

**- En somme, pour vous, l'HAD c'est ? (texte libre)**

**VOS ATTENTES :**

**-Souhaitez-vous avoir plus d'informations sur l'HAD ?**

OUI  : par une plaquette récapitulative (coordonnées et modalités)

par présentation lors de FMC  autre :

NON  : je suis assez informé  cela ne m'intéresse pas

**-Une visite conjointe (médecin HAD et médecin traitant) proche du début de la prise en charge serait utile afin d'établir le projet de soins, d'échanger les coordonnées, de définir les fréquences de visites.** Tout à fait d'accord  plutôt d'accord  plutôt pas d'accord  pas d'accord du tout

**-D'après vous, en dehors d'un épisode aigu, un patient en HAD nécessite au minimum la visite d'un médecin :** 1fois/semaine  1fois/2semaines  1fois/mois  seulement si besoin

**-Par qui aimeriez-vous que ces visites soient effectuées ?**

Le médecin coordinateur seulement  Médecin coordinateur et médecin traitant en alternance

Le médecin traitant uniquement  autre :

**-Utilisez ou utiliseriez-vous l'accès informatique au dossier du patient ?**

OUI  NON  je n'ai pas le temps

j'ai perdu mon code

je ne savais pas que cet accès existe

cela ne m'intéresse pas

**-Comment souhaitez-vous utiliser l'accès au dossier informatique ? (plusieurs réponses possibles)**

au domicile via tablette numérique

au cabinet par accès internet sécurisé

**-Pour quoi l'utiliserez-vous ? (plusieurs réponses possibles)**

pour le consulter seulement

pour noter vos observations

pour voir les prescriptions

pour voir les résultats biologiques

pour prescrire

autre :

**-Pensez-vous qu'une revalorisation financière de la VAD faciliterait l'implication des médecins généralistes dans les prises en charge HAD ?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**- Quelles sont vos autres attentes ? (texte libre)**

**-Pour finir, quelle note de satisfaction globale donneriez-vous à l'HAD de Bourg-en-Bresse ? (placer une croix)**

0

10



#### 9.4 Réponses obtenues sur les représentations de l'HAD :

**Finalemment, pour vous l'HAD c'est :** (texte retranscrit tel que rédigé par les médecins)

- « Une excellente solution pour les malades graves (cancéreux entre autres) »
- « Un plus lorsque le malade et ses pathologies, une équipe pluridisciplinaire et disponible »
- « Un avantage pour le patient »
- « Un problème de disponibilités dans des pathologies lourdes à supporter pour les familles »
- « Prise en charge quand certaines thérapeutiques spécifiques doivent être mises en place (nutrition parentérale, traitement disponible en pharmacie hospitalière, antibiothérapie en perfusion) »
- « Une prise en charge spécifique que je ne pourrais pas assurer par manque de temps et de compétence. Une aide salutaire dans mon activité »
- « Pour moi et pour le moment me semble-t-il l'HAD est un moyen pour l'hôpital d'externaliser son offre de soins dans de souci de rentabilisation de son activité. Reste tout un champ de mise en réseau et de développement de partenariat avec le médecin de ville à développer »
- « Une prise en charge spécialisée à domicile. Mon intervention a souvent été limitée à l'accord de prise en charge »
- « Structure indispensable et les indications posées sont parfaitement légitimes. Cependant, le MT est le plus souvent informé après coup de la décision et mis devant le fait accompli parfois même informé en premier lieu par l'entourage »
- « Très utile »
- « Une aide dans l'accompagnement de patients lourds ou présentant une ou des pathologies complexes »
- « Une aide précieuse à la prise en charge des patients porteurs de pathologie grave nécessitant une présence médicale constante et des soins complexes »
- « Je ne peux pas prendre en charge les patients en HAD car cela demande trop de disponibilité. Je suis satisfait que mes patients puissent bénéficier de l'HAD (... mais encore une fois ce sont des patients qui « m'échappent » faute de temps) »
- « Relais efficace à domicile de pathologies lourdes dont je ne peux assurer le suivi »
- « Une prise en charge conjointe entre l'hôpital et le médecin traitant »
- « Permet une prise en charge globale du patient »
- « Un travail de partenariat »
- « Intéressant pour le médecin traitant si permanence 24h/24 maintenue »
- « Coordination des soins. Facilitation des démarches »
- « Bien pour le patient »
- « Le patient en HAD souhaite le plus souvent que son médecin traitant qui le connaît bien continue à le suivre mais notre rôle dans ce cas est plus un rôle d'accompagnement... »
- « Une aide importante pour le malade et sa famille »
- « Quand c'est grave mais que je peux quand même me rendre utile et donner mon avis. Etre avec les patients et leur famille « à l'hôpital »
- « « Un service utile pour accompagner certains patients confrontés à la fois à des soins lourds et à un pronostic sévère en leur évitant de décéder en milieu hospitalier. L'HAD serait particulièrement efficace si elle avait d'avantage de moyens matériels et humains pour remplir sa mission et pour communiquer de façon plus fluide »
- « Une structure intéressante pour permettre aux patients de rester à domicile avec des soins lourds mais avec maintien de contact avec les soignants habituels »
- « Aide précieuse et utile + bonne collaboration »
- « Un recours très utile pour les patients complexes et les familles fragiles, un soutien très intéressant »



« Une excellente modalité de prise en charge à faire connaître, à développer. Une opportunité pour la formation continue du médecin généraliste éloigné du CH. Une bonne option pour le patient qui reste dans son environnement »

« Plutôt une bonne chose »

« Recours pour les fins de vie. Prise en charge globale »

« Sur le territoire de Bourg-en-Bresse une organisation mal définie, mal cadré et un défaut de communication en temps et en heure »

« Flou »

« C'est une aide pour maintenir à domicile des patients nécessitant des soins spécifiques ou pour un accompagnement de fin de vie. C'est un confort pour le patient et sa famille, avec la sécurité de l'hôpital par l'astreinte 24h/24. Je suis très satisfaite de l'HAD. »

« Une prise en charge des patients à domicile par une équipe hospitalière. Un pont entre ville et hôpital. »

« Indispensable dans de nombreuses situations »

« Un service qui a apporté un plus dans la prise en charge du patient et qui soulage le médecin notamment par rapport à la permanence 24h/24 qui était jusqu'à présent assuré par le MT »

« Une aide possible pour les patients et les médecins traitants mais encore un peu obscure... »

« Outil supplémentaire de maintien à domicile avec lien facile avec le milieu hospitalier. Lutter contre l'isolement du MG dans les situations complexes »

« Permet prise en charge globale du patient »

« Plutôt positif pour la prise en charge des patients mais pas toujours facile de se positionner en tant que médecin traitant. Très bons rapports avec le personnel de l'HAD »

« Quel confort pour : le malade, le médecin !! »

« Bon recours pour les fins de vie, prise en charge globale »

« Prise en charge globale »

« Une surcharge de travail pour le médecin traitant. Un moyen très astucieux pour faire des économies au détriment du médecin traitant. »

« Prise en charge globale du patient »

« Bien perfectible mais chronophage donc les échanges se font « en live » (et parfois en death...) ce qui n'est pas plus mal »

« La continuité et les coordinations des soins pour améliorer le confort de patient pouvant être suivi à domicile »

« Prise en charge globale »

« Un système au service du patient pour aider au maintien à domicile dans des circonstances difficiles »

« Peu utile car mon réseau de soins est suffisant, relation médecin traitant-médecin HAD absolument inexistante. Prise en charge par l'HAD pour des pathologies plutôt bénignes qui auraient parfaitement pu être prises en charge par les professionnels de secteur.»

« Pour de lourdes prises en charge HAD absolument nécessaire (fins de vie par cancers, certaines maladies d'évolution lente) mais cela exige (dans les 5 ou 6 cas que j'ai eus) d'être disponible pour le malade pris en charge jour et nuit. Il s'agissait d'anciens malades voulant mourir chez eux sans hôpital ou autre structure donc je n'ai qu'une très faible expérience »

« Un bon complément pour la prise en charge des patients à pathologie lourde à domicile »

« Beaucoup de questions ! Une convention hypocrite faisant la part belle à un médecin traitant en réalité hors-jeu à 90%. Une évaluation impossible puisqu'il n'est pas tenu compte de ce qui existait avant l'existence de l'HAD »

« Prise en charge globale. Aide par l'aspect matériel (livraisons ...) »

« Bien »

« Très bien pour le patient et c'est le principal »

« Attention fonctionnement avec HAD du centre hospitalier de Macon. Pas d'occasion de travailler avec HAD de Bourg »

« L'impression de n'être considéré qu'après 20h00 ou le week-end quand les médecins de l'HAD ne sont pas disponibles. L'impression de devoir agir au plus vite quand l'HAD réagit trop lentement. Une inertie administrative qui commence à se profiler ! »

« Intéressant en oncologie. Complexe de par les responsables de coordination qui sont un frein à une intervention directe du médecin traitant »

« Permet de nous soulager mais non de nous remplacer »

« Utile mais peut-être astreignant pour le MG »

« Intéressant mais nous ne sommes pas assez impliqués et on ne vous explique pas assez votre rôle, vos possibilités de prescriptions ou non »

« Intéressant dans les cas lourds »

« Très utile surtout dans certaines situations complexes. Comme son nom l'indique le patient est à domicile mais une hospitalisation aigue peut être possible et simple dans une structure connue »

« Hospitalisation avec les moyens hospitaliers (hors médecin de ville) à domicile bénéfique pour le patient dans son cadre de vie habituel »

« Un soutien à une prise en charge difficile pour le médecin généraliste et les soignants mais aussi pour le patient et sa famille »

« Recours pour la fin de vie. Aide matérielle. Prise en charge globale »

« Une bonne réponse à de gros problèmes très lourds pour médecin seul ... Une alternative à l'hospitalisation. Un gros stress pour le médecin et du temps pour s'en remettre entre 2 patients ! »

« Du confort pour le patient et la famille. Une sécurité pour le patient et le médecin généraliste. Un suivi un peu décousu pour nous, certaine décision nous échappe mais c'est peut être mieux ! Indispensable en milieu rural »

« Un très bon service hospitalier qui nous est d'une grande aide dans des situations difficiles à gérer tout seul dans nos campagnes. A condition que ce service d'HAD soit fiable, sérieux et fasse preuve de professionnalisme et d'une grande bienveillance vis-à-vis du patient et sa famille, ce qui est tout à fait le cas de l'HAD du Dr BOUHOUB mais ne semble pas l'être dans certaines HAD dont j'ai pu avoir besoin, plus tournées sur le côté lucratif du service »

« Un complément indispensable dans la prise en charge à domicile des pathologies lourdes... »

« HAD aide à améliorer la qualité de vie des patients et entourage. Notre rôle est mal défini mais dépend du médecin HAD et de l'infirmier HAD. »

« Une aide indispensable pour prendre le relai du médecin généraliste dans la prise en charge des patients complexes »

« Une hospitalisation très confortable et humaine qui met le patient au centre du système de soins »

« Un moyen de continuer de suivre nos patients atteints de pathologies graves à leur domicile. Les contacts avec l'hôpital sont satisfaisants. Les démarches administratives, comme toujours en France, sont plutôt compliquées »

« Permet à l'hôpital de se simplifier la prise en charge de patients à moindre coût. Pas de rémunération spécifique du médecin pourtant pivot du système, le lien est essentiellement avec le service HAD mais pas forcément avec l'hôpital ou la clinique qui se défait sur l'équipe HAD et médecin traitant »

« Une aide pour la prise en charge, permet de garder nos patients à domicile. Pour moi : un bénéfice pour la poursuite des soins »

« Dispositif très utile lors soins lourds avec matériel hospitalier ou surveillance 24h/24 nécessaire. Coordination mal définie selon les cas avec perte de rôle référent parfois déboussolant »

« Une possibilité de retour à domicile pour les patients ayant des pathologies lourdes. En tant que médecin traitant notre place n'est pas très claire et pas évidente »

« Une aide technique et humaine pour gérer des situations difficiles et complexes. Utiles aux soignants, à l'entourage et aux patients »

« prise en charge globale »

« Pas encore bien connu dans mon secteur (prises en charge par SSIAD et IDE bien rodées) une mesure proposée par téléphone alors que tout est déjà +/- convenu. Obscur après mise en place. »

« La possibilité pour un patient stabilisé sur le plan médical mais nécessitant des soins et traitements conséquents, de bénéficier d'une « logistique hospitalière » tout en regagnant son domicile, ce qui est favorable sur le plan psychologique notamment »

« Une aide indispensable pour des situations médicales complexes et pour améliorer la qualité de vie des patients »

« Une aide non négligeable »

## 9.5 Réponses obtenues sur les attentes supplémentaires

### **Quelles sont vos autres attentes ?** (texte retranscrit tel que rédigé par les médecins)

« Une revalorisation semble indispensable »

« La communication par téléphone et par courrier me convient tout à fait »

« La rémunération du MT dans le cadre de l' HAD me paraît être un symptôme, non pas essentiel, mais révélateur du manque de réflexion dans le développement du partenariat Hôpital-Médecine de proximité »

« Meilleure implication autant au moins meilleure information du MT dans la PEC HAD »

« Il faudrait que je connaisse mieux le service HAD dans sa totalité et que j'accepte de changer mes habitudes (exercice de plus de 40 ans !) »

« Mieux connaître l'HAD : méthode, objectifs et ce que l'on attend de moi »

« De continuer à collaborer »

« Plus d'échanges sur la prise en charge, avec réelle importance d'une visite conjointe avec le médecin HAD +/- les autres intervenants »

« Un éclairage sur l'HAD : indications, modalités pratiques de sollicitation et d'organisation »

« Je suis comblé »

« Respecter la médecine générale avec une revalorisation financière et surtout une meilleure considération du temps passé auprès des patients »

« Prévoir une VL comme pour les visites pour Alzheimer »

« Améliorer ++ la coordination médecin traitant-service HAD. Impression d'être court-circuité complètement pour le service HAD »

« Non opposé à l'HAD, il serait important de nous indiquer son rôle exact, qui semble très flou d'après ce que l'on entend dans divers réunions »

« Pas trop pour moi ! Je suis retraité avec « activité modérée » !!! »

« Le MT est hors-jeu et ne se sent plus le droit de rendre visite à son patient comme il le souhaite. Le MT doit aller à la pêche aux infos, l'accès au dossier internet est chronophage.»

« Améliorer une coordination qui n'est que théorique. Pb de dialogue et de circulation de l'information ce qui est inquiétant. Différence d'appréciation de la réalité du terrain (le personnel de l'HAD reste encore très théorique et pas assez pratique) »

« Sectorisation revue car nous dépendons du CH de Macon »  
« Utilisation de l'accès informatique si facile d'accès »  
« Meilleure cohésion entre hospitaliers, généralistes, infirmiers ... je n'ai travaillé qu'avec Macon ou Lyon »  
« Les visites d'HAD sont chronophages : attentes du patient, de la famille, discussion avec les intervenants. De plus, elles sont forcément plus nombreuses, plus fréquentes. Nous y passons du temps. Nous sommes là pour ça mais c'est compliqué ... Malheureusement je n'ai pas eu affaire à l'HAD de Bourg »  
« Maintien du système actuel »  
« Aberration des HAD mise en place avec des structures de soins comme soins et santé Lyon qu'utilise Léon Bérard. Les médecins ne se déplacent « jamais » en raison des distances !! »  
« Accès informatique si c'est simple. Revalorisation certaine compte tenu du temps passé au chevet du patient et de l'implication »  
« Dégager du temps libre pour nous est important surtout en zone rurale car demande médicale importante. Prendre plusieurs HAD en même temps sera difficile »  
« Il y a peu de collaboration sinon le 1<sup>er</sup> contact téléphonique au départ de la prise en charge »  
« Une amélioration et une simplification des échanges médecin traitant-hôpital »  
« Eviter 1 redondance de saisie : interfaçage avec 1 partie du dossier du patient... Impliquer un peu plus les services hospitaliers dans la nécessité d'une HAD : éviter les retours non programmés (1 vendredi) »  
« Que l'HAD se fasse connaître pour que les patients soient informés et y pensent lors des moments difficiles »  
« Mieux définir le rôle de chacun en début de PEC bien que HAD Bourg-en-Bresse est claire dessus (pas Ambérieu et CLB) »  
« Plus de moyens de type aide-soignant, aide-ménagère disponibles en médecine « de ville » car souvent les familles sont débordées par les tâches ménagères et également dans mon secteur les toilettes sont mal assurées (surcharge de travail pour les infirmiers libéraux) »

## 9.6 Projet d'article à paraître dans le journal du conseil de l'Ordre

### Enquête de satisfaction des médecins traitants sur la structure d'hospitalisation à domicile du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse

#### Principaux résultats

Le développement de l'hospitalisation à domicile figure depuis plusieurs années au nombre des priorités des pouvoirs publics en matière d'offre de soins. Au-delà de l'objectif économique, la volonté de répondre aux attentes des patients souhaitant de plus en plus bénéficier à la fois de la qualité et sécurité des soins hospitaliers mais aussi du confort de leur domicile est affirmée.

C'est dans ce contexte que la structure d'hospitalisation à domicile (HAD) du Centre Hospitalier (CH) de Bourg-en-Bresse a ouvert ses portes début 2008. Depuis la conception du projet, courant 2007, l'équipe hospitalière a fait le choix d'un partenariat étroit avec les professionnels de santé libéraux, au premier titre desquels les médecins traitants qui sont nécessairement partie prenante à la prise en charge, et ce, qu'ils l'aient ou non prescrite.

Dans une démarche d'amélioration de la qualité des prestations servies aux usagers et des relations établies avec les professionnels de santé libéraux, la structure a conduit différentes démarches d'évaluation en répondant aux exigences réglementaires de certification par la Haute Autorité de Santé (HAS) mais également en procédant à l'exploitation régulière des questionnaires remis aux patients à l'issue de leur séjour hospitalier et en évaluant la satisfaction des professionnels de santé libéraux. Une première enquête réalisée courant 2010 avait ainsi conclu à une satisfaction des répondants tout en identifiant plusieurs axes d'amélioration. Différentes mesures correctives avaient été mises en œuvre dans le prolongement.

En 2014, une enquête de plus grande ampleur a été conduite dans le cadre d'une thèse de fin d'étude de médecine. Les développements ci-après en présentent les principaux résultats et les suites que l'équipe hospitalière se propose de donner à ce travail.

#### Présentation générale de l'enquête

Les objectifs poursuivis par cette étude étaient au nombre de trois : connaître l'appréciation portée par les médecins traitants sur l'HAD du CH par l'attribution d'une note, appréhender les freins ressentis mais également leurs motivations pour participer à des prises en charge en HAD et enfin préciser leurs attentes à l'égard de la structure.

L'enquête a été réalisée au moyen d'un questionnaire adressé fin juin à 158 médecins généralistes exerçant dans la zone d'intervention de la structure avec une date de retour fixée à mi-août. 100 questionnaires, correspondant à 63,3% des envois, ont pu être exploités. Toute l'équipe hospitalière s'associe à la rédactrice de la thèse pour remercier les médecins qui ont bien voulu participer à cette étude.

A grands traits, le profil du répondant se dessine ainsi : il s'agit d'un homme (70 %), âgé de 50 à 65 ans (55 %), installé au début des années 90, exerçant en groupe (64 %), effectuant des visites à domicile (97 %), ayant une expérience de l'HAD (94 %) et utilisant comme moyen de communication préférentiel le téléphone (97 %) et le courrier (51 %).

## Différentes remarques négatives

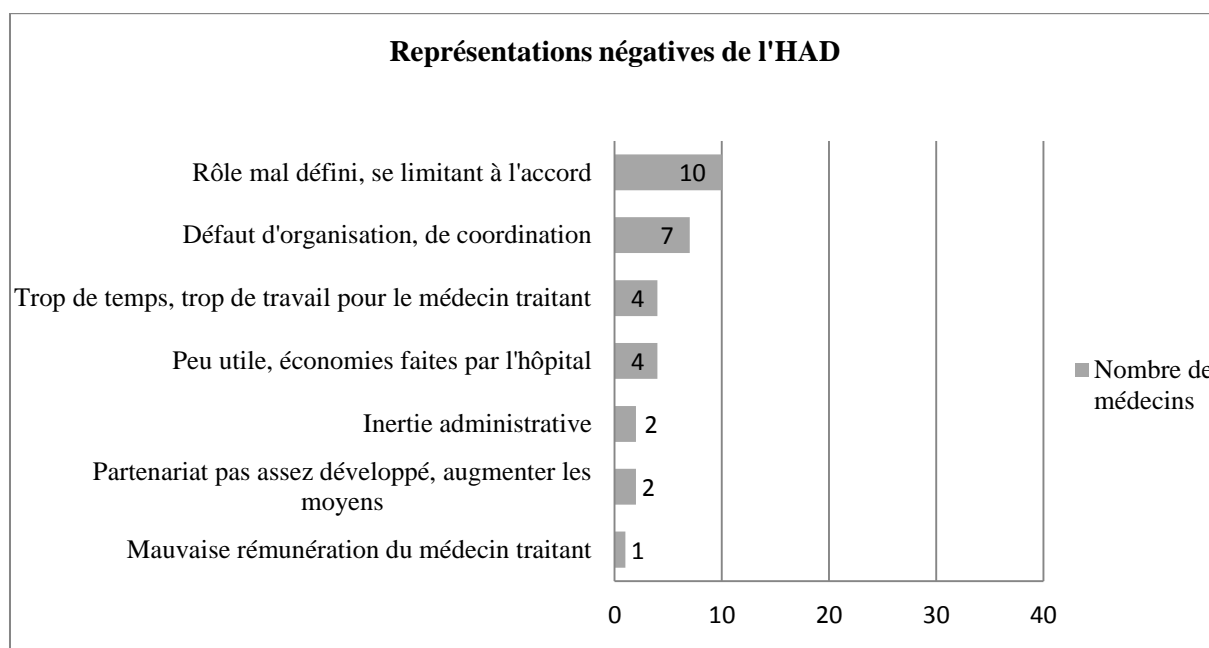
Différentes remarques négatives ont été formulées de divers ordres.

Le premier point négatif souligné est celui du rôle du médecin traitant, certaines réponses évoquant un « médecin traitant hors-jeu », dont le rôle est « mal défini », « se limite à l'accord », s'inscrit dans une « convention hypocrite », ...

L'organisation et la coordination sont également pointées négativement en raison d'un problème de définition de la coordination, de son caractère jugé « un peu décousu », la « relation médecin traitant-médecin HAD » allant jusqu'à être qualifiée d'inexistante.

L'investissement en temps requis de la part des médecins généralistes est également un frein identifié au partenariat avec l'HAD, certains répondants évoquant « une surcharge de travail », un caractère « chronophage », « astreignant », une demande de disponibilité trop importante.

Quelques médecins estiment enfin que l'HAD permet uniquement à l'hôpital de réaliser des économies. De manière plus ponctuelle, certains déplorent une « inertie administrative », d'autres souhaitent le « développement de partenariat avec le médecin de ville » et l'augmentation des « moyens matériels et humains pour remplir sa (l'HAD) mission ». Enfin, un médecin regrette que les prises en charge en HAD ne constituent pas une « rémunération spécifique du médecin pourtant pivot du système ».



## Une note globale positive

En regard, les remarques positives sont majoritaires. La moyenne des 88 notes attribuées s'établit ainsi à 6,95 sur 10, les valeurs extrêmes étant de 1 et 10, la note médiane correspondant à 7,3 sur 10.

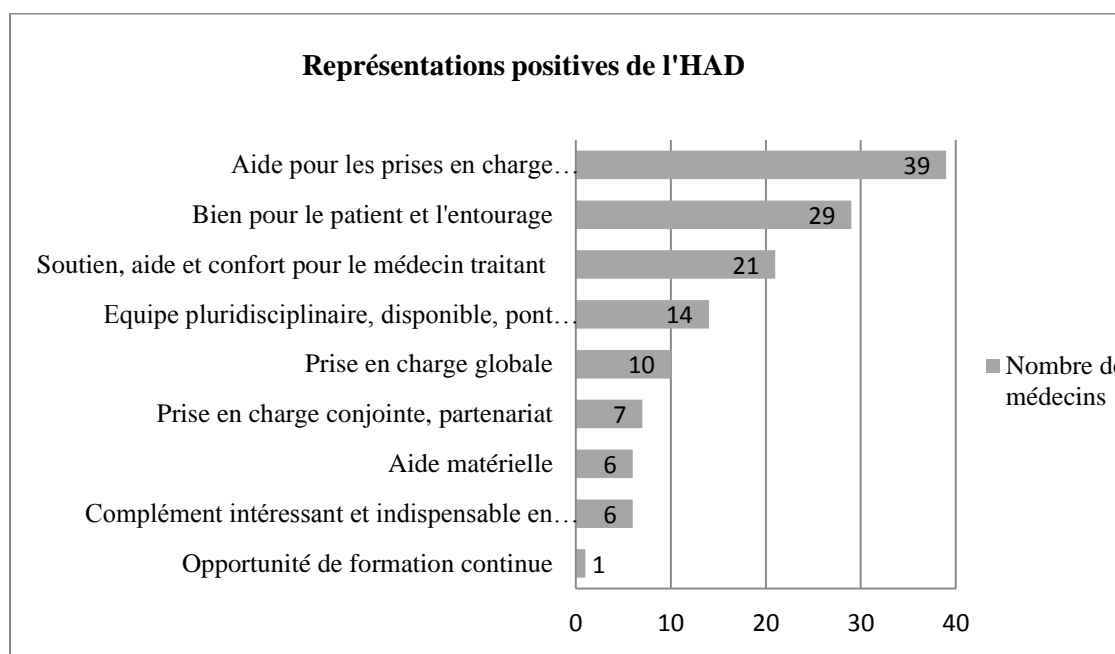
L'argument favorable le plus largement mis en avant par les médecins traitants répondants est le soutien apporté par la structure lors de prises en charge complexes et parfois spécifiques.

Une forte partie des réponses évoque également le confort, la qualité de vie offerte au patient mais également l'atout de ce mode de prise en charge pour l'entourage.

Le troisième argument en faveur de l'HAD décrit celle-ci comme une équipe pluridisciplinaire disponible et mettant en lien direct le monde libéral et celui de l'hôpital.

Parmi les autres éléments de réponse, sont évoqués la prise en charge du patient dans sa globalité (pathologie, entourage, histoire de vie, conditions de vie au domicile), le partenariat, l'aide matérielle et une certaine nécessité en milieu rural. Pour un médecin, l'HAD permet de bénéficier d'une « formation continue ».

Une fois ces constats posés, il était intéressant d'analyser les attentes des médecins traitants pour essayer, dans toute la mesure du possible, d'y apporter une réponse.



## Les attentes

La principale attente des médecins traitants est une collaboration accrue avec l'HAD. Vient ensuite l'évolution de la rémunération qui paraît « indispensable » avec une « revalorisation certaine ». Cette attente est suivie de près par un souhait d'information plus importante avec la volonté de « mieux connaître », de bénéficier d'un « éclairage sur l'HAD ». De manière égale, les médecins déclarent souhaiter une meilleure définition de leur rôle et poursuivre leur collaboration dans les mêmes conditions.

Les attentes suivantes sont celle d'un accès au dossier informatique si ce dernier est simple et celle d'une meilleure implication de l'hôpital dans le développement de l'HAD.

Enfin, de manière unique, un médecin souhaite que les moyens paramédicaux libéraux soient plus importants (aide-ménagère, aide-soignante, ...) afin de soulager les familles et les infirmières.

## Les perspectives d'évolution

Différentes suites sont envisagées par la structure HAD afin de répondre aux attentes exprimées. Certaines pourront être mises en œuvre dans des délais rapprochés, d'autres nécessiteront d'être travaillées au niveau de l'établissement (rémunération et création d'un poste d'interne).

Parmi les évolutions susceptibles d'intervenir rapidement, la première sera **la rédaction d'une nouvelle convention cadre** qui précisera le rôle que souhaite prendre le médecin généraliste lors des prises en charge en HAD. La lettre de mission adressée à chaque nouvelle prise en charge détaillera ainsi pour le médecin traitant :

- la fréquence de visites à domicile qu'il souhaite effectuer,
- leur réalisation en alternance ou non avec le médecin coordonnateur de la structure (pour mémoire 82% des sondés étaient favorables à des visites en alternance),
- la possible prescription par le médecin coordonnateur dans le cadre de la continuité des soins prévue par la circulaire de décembre 2013,
- son souhait d'être informé 24h/24 en cas de ré-hospitalisation ou de décès,
- son mode de communication privilégié.

**Une visite de coordination initiale** sera par ailleurs  **systématiquement proposée** dans la perspective de préciser le rôle de chacun des intervenants (76 % des médecins ayant répondu la sollicitant). Cette visite de coordination se déroulera soit au domicile du patient, soit au cabinet du médecin généraliste selon la préférence de ce dernier.

**L'information des médecins traitants sur l'HAD** sera également **accrue** (en réponse à l'attente de 67 % des répondants). Plusieurs moyens sont envisagés :

- l'élaboration d'une plaquette d'information,
- la rédaction d'une lettre trimestrielle informatique adressée à tous les partenaires de la structure HAD du CHB
- la réalisation de soirées de Formations Médicales Continues à la demande.
- la participation des unions régionales des professionnels de santé à des actions de communication sur l'HAD (Cf. circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au développement de l'HAD).

**Le changement de logiciel informatique fin 2014** répondra, nous l'espérons, à la demande d'un certain nombre de répondants. Une connexion sécurisée à partir du cabinet sera possible. La structure envisage également d'informatiser progressivement les domiciles en laissant sur place une tablette.

La lettre d'information trimestrielle à paraître précisera le calendrier de mise en œuvre de ces différentes actions qui permettront, nous l'espérons, de poursuivre notre partenariat au service du patient dans des conditions optimales.



## 9.7 Evolution de la lettre de mission

**CH de BOURG-EN-BRESSE**  
900, Route de Paris  
CS 90401  
[had@ch-bourg01.fr](mailto:had@ch-bourg01.fr)  
01012 BOURG-EN-BRESSE Cedex  
Tél. : 04.74.45.45.00

### ACCORD DU MEDECIN DE VILLE

Je, Soussigné(e), Docteur

Donne mon accord pour suivre XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX, à sa demande, dans le cadre de l'Hospitalisation à Domicile, sous ma responsabilité médicale.

A l'occasion de cette prise en charge<sup>1</sup>,

Je souhaite que soit organisée une visite de coordination initiale afin de préciser le rôle de chacun des intervenants	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<i>Si oui,</i>		
- <i>Organisation de cette visite au domicile du patient</i>	<input type="checkbox"/>	
- <i>Organisation de cette visite à mon cabinet</i>	<input type="checkbox"/>	
A l'occasion de cette prise en charge, mes visites au domicile du patient auront lieu (préciser la fréquence des visites à domicile ci-contre)	.....	
Je souhaite que ces visites soient réalisées en alternance avec le médecin coordonnateur HAD	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
En dehors de l'astreinte, en cas de nécessité, le médecin coordonnateur assurera la prescription <sup>2</sup>	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Je souhaite être informé(e) 24h/24 en cas de ré-hospitalisation ou de décès du patient hospitalisé à domicile	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
Je souhaite que soit privilégié le mode de communication suivant durant cette hospitalisation à domicile :	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
- <i>Téléphone</i>	<input type="checkbox"/>	
- <i>Messagerie électronique</i>	<input type="checkbox"/>	

Date :

Signature et cachet du Médecin

### DOCUMENT A RETOURNER A

<sup>1</sup> Rayer la mention inutile dans le tableau ci-après.

<sup>2</sup> Cette proposition s'inscrit dans le cadre de la circulaire n° DGOS/R4/2013/398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) qui prévoit : « .... que la fonction de médecin coordonnateur en HAD est un des éléments de cette continuité. Dès lors, lorsque le médecin traitant, dont la place de référent de la prise en charge est réaffirmée, n'est pas en mesure d'assurer la continuité des soins dans les conditions et délais requis par l'évolution de la situation du patient, le médecin coordonnateur peut être amené à prescrire. La coordination avec le médecin traitant doit, dans de tels cas, faire l'objet d'une attention particulière, et il est recommandé de formaliser, le cas échéant, ce cadre d'intervention conjointe. Une réflexion sur ce sujet se poursuit au sein du comité de pilotage pour l'HAD de la DGOS ».

, le

**CH de BOURG-EN-BRESSE**

900, Route de Paris

CS 90401

[had@ch-bourg01.fr](mailto:had@ch-bourg01.fr)

01012 BOURG-EN-BRESSE Cedex

Tél. : 04.74.45.45.00

DESTINATAIRE :

**POUR INFORMATION**

**PATIENT CONCERNE :**

Nom – Prénom :

Adresse :

Num. Sécu. :

M. (Mme)                      est admis(e) en hospitalisation à domicile, en date du  
Durant le séjour, la structure d'HAD effectuera le règlement de vos factures suivant les modalités  
prévues dans la *convention d'Hospitalisation à Domicile*.

Nous restons à votre disposition pour tout renseignement que vous souhaiteriez.

Avec nos remerciements.

## 9.8 Projet de lettre d'information à destination des professionnels de santé libéraux



**HAD**  
info



# Lettre d'information à destination des Professionnels de Santé Libéraux

NUMERO 1 - Date  
Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse

### **EDITORIAL :**

**Depuis Janvier 2008, date d'ouverture de l'unité d'Hospitalisation à Domicile (HAD) du Centre Hospitalier de Bourg-en-Bresse, le fonctionnement de la structure repose, avant tout, sur un partenariat étroit entre l'équipe hospitalière et les professionnels de santé libéraux.**

**Dans une volonté d'améliorer la qualité de notre réponse à vos attentes en termes d'information et de faciliter ainsi nos échanges, nous vous proposons, à partir de ce mois, une lettre d'information trimestrielle HAD qui abordera les réalisations, les projets et tout autre sujet d'actualité de l'unité.**

**Ce premier numéro est consacré aux résultats d'une enquête réalisée dans le cadre d'une thèse de Médecine soutenue fin novembre 2014. Ces éléments nous permettront d'ajuster nos modalités de fonctionnement et nos outils pour conforter notre partenariat avec les médecins traitants.**

**Nous vous souhaitons une bonne réception de ce 1<sup>er</sup> numéro d'HAD info joint au présent message !**

**L'équipe hospitalière HAD**

### **Présentation générale de l'enquête**

L'enquête a été réalisée au moyen d'un questionnaire adressé fin juin à 158 médecins généralistes exerçant dans la zone d'intervention de la structure. 100 questionnaires, correspondant à 63,3 % des envois, ont pu être exploités.

A grands traits, le profil du répondant se dessine ainsi : il s'agit d'un homme (70 %), âgé de 50 à 65 ans (55 %), installé au début des années 90, exerçant en groupe (64 %), effectuant des visites à domicile (97 %), ayant une expérience de l'HAD (94 %) et utilisant comme moyen de communication préférentiel le téléphone (97 %) et le courrier (51 %).

### **Différentes remarques négatives**

Différentes remarques négatives ont été formulées de divers ordres.

Le premier point négatif souligné est celui du rôle du médecin traitant, certaines réponses évoquant un « médecin traitant hors-jeu », dont le rôle est « mal défini », « se limite à l'accord », s'inscrit dans une « convention hypocrite », ...

L'organisation et la coordination sont également pointées négativement en raison d'un problème de définition de la coordination, de son caractère jugé « un peu décousu », la « relation médecin traitant-médecin HAD » allant jusqu'à être qualifiée d'inexistante.

L'investissement en temps requis de la part des médecins généralistes est également un frein identifié au partenariat avec l'HAD, certains répondants évoquant « une surcharge de travail », un caractère « chronophage », « astreignant », une demande de disponibilité trop importante. Quelques médecins estiment également que l'HAD permet uniquement à l'hôpital de réaliser des économies.

### **Une note globale positive**

En regard, les remarques positives sont majoritaires. La moyenne des 88 notes attribuées s'établit ainsi à **6,95 sur 10**, les valeurs extrêmes étant de 1 et 10, la note médiane correspondant à 7,3 sur 10.

L'argument favorable le plus largement mis en avant par les médecins traitants répondants est le soutien apporté par la structure lors de prises en charge complexes et parfois spécifiques.

Une forte partie des réponses évoque également le confort, la qualité de vie offerte au patient mais également l'atout de ce mode de prise en charge pour l'entourage.

Le troisième argument en faveur de l'HAD décrit celle-ci comme une équipe pluridisciplinaire disponible et mettant en lien direct le monde libéral et celui de l'hôpital.

Parmi les autres éléments de réponse, sont évoqués la prise en charge du patient dans sa globalité (pathologie, entourage, histoire de vie, conditions de vie au domicile), le partenariat, l'aide matérielle et une certaine nécessité en milieu rural. Pour un médecin, l'HAD permet de bénéficier d'une « formation continue ».

### **Les attentes**

La principale attente des médecins traitants est une collaboration accrue avec l'HAD. Vient ensuite l'évolution de la rémunération qui paraît « indispensable » avec une « revalorisation certaine ». Cette attente est suivie de près par un souhait d'information plus importante avec la volonté de « mieux connaître », de bénéficier d'un « éclairage sur l'HAD ». De manière égale, les médecins déclarent souhaiter une meilleure définition de leur rôle et poursuivre leur collaboration dans les mêmes conditions.

Les attentes suivantes sont celle d'un accès au dossier informatique si ce dernier est simple et celle d'une meilleure implication de l'hôpital dans le développement de l'HAD.

Enfin, de manière unique, un médecin souhaite que les moyens paramédicaux libéraux soient plus importants (aide-ménagère, aide-soignante, ...) afin de soulager les familles et les infirmières.

### **Les perspectives d'évolution**

Parmi les évolutions susceptibles d'intervenir rapidement, la première sera la rédaction d'**une nouvelle convention cadre** qui précisera le rôle que souhaite prendre le médecin généraliste lors des prises en charge en HAD.

La **lettre de mission** adressée à chaque nouvelle prise en charge détaillera ainsi pour le médecin généraliste :

- la fréquence des visites effectuées,
- leur réalisation en alternance ou non avec le médecin coordonnateur de la structure (82% des répondants étaient favorables à des visites en alternance),
- son accord ou non pour que le médecin coordonnateur assure des prescriptions dans le cadre de la continuité des soins prévue par la circulaire de décembre 2013,
- son souhait d'être informé 24h/24 en cas de ré-hospitalisation ou de décès,
- son mode de communication privilégié.

**Une visite de coordination initiale sera par ailleurs systématiquement proposée** dans la perspective de préciser le rôle de chacun des intervenants (souhait de 76 % des répondants). Elle se déroulera au domicile du patient, ou au cabinet du médecin généraliste selon la préférence de ce dernier.

**L'information des médecins traitants sur l'HAD sera également accrue** (attente de 67 % des répondants). Plusieurs moyens sont envisagés :

- l'élaboration d'une plaquette d'information,
- la rédaction d'une lettre trimestrielle informatique adressée à tous les partenaires de la structure HAD du CHB,
- la réalisation de soirées de Formations Médicales Continues à la demande,
- la participation des unions régionales des professionnels de santé à des actions de communication sur l'HAD.

**Le changement de logiciel informatique fin 2014** réponde, nous l'espérons, à la demande d'un certain nombre de répondants. Une connexion sécurisée à partir du cabinet sera possible. La structure envisage également **d'informatiser progressivement les domiciles en laissant sur place une tablette.**

**FEYEUX Amélie : MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET HOSPITALISATION A DOMICILE** : enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes vis-à-vis de l'HAD du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse.

Nbr f. 123

Th. Méd : Lyon 2014 n°

---

**Résumé :**

L'hospitalisation à domicile (HAD) associe équipe hospitalière et professionnels de santé libéraux. La volonté des pouvoirs publics conjuguée au souhait des patients de bénéficier de cette prise en charge a permis une augmentation d'activité au fil des ans. Pour autant, les médecins généralistes prescrivent encore peu de séjours HAD. L'enquête conduite auprès de ces praticiens visait à recueillir leur niveau de satisfaction.

Les 158 médecins généralistes exerçant sur le secteur de la structure HAD du centre hospitalier de Bourg-en-Bresse ont été destinataires d'un questionnaire. Les points abordés concernaient les renseignements démographiques, l'expérience avec la structure, les motivations et les freins à ces prises en charge, les attentes et l'attribution d'une note globale de satisfaction.

108 questionnaires ont été renvoyés (68,4%) et 100 ont pu être exploités. La note moyenne de 6,95/10 témoigne d'une satisfaction globale plutôt bonne. 85% des motivations supposées ont été confirmées : les médecins apprécient la permanence de soin assurée par la structure, l'amélioration de la qualité de vie du patient et l'approvisionnement des médicaments. Les freins n'ont été validés que dans 34% des cas. Ils consistent essentiellement en un manque d'information sur l'HAD, une définition perfectible du rôle du médecin traitant lors de prises en charge qui paraissent complexes.

Notre population n'était pas totalement représentative de la population médicale française mais a permis de retrouver les tendances déjà décrites auparavant dans la littérature française et internationale. Des perspectives d'amélioration ont été identifiées localement dans le prolongement de l'étude.

---

**MOTS CLES**

Médecins généralistes ; hospitalisation à domicile ; satisfaction ; Bourg-en-Bresse

---

**JURY :**

Président : Monsieur le Professeur COLIN Cyrille

Membres : Madame le Professeur TRILLET LENOIR Véronique

Monsieur le Professeur SEVE Pascal

Monsieur le Docteur BOUHOIR Damien

---

**DATE DE SOUTENANCE :**

26 novembre 2014

---

**Adresse de l'auteur :**

ameliefeyeux@gmail.com