



Comment optimiser l’outil HAD dans les Vosges centrales ? Ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge d’un patient en hospitalisation à domicile. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisée auprès des médecins de la région d’Epinal

Sabrina Leuvrey-Michel

► **To cite this version:**

Sabrina Leuvrey-Michel. Comment optimiser l’outil HAD dans les Vosges centrales ? Ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge d’un patient en hospitalisation à domicile. Etude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisée auprès des médecins de la région d’Epinal. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01733583

HAL Id: hal-01733583

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733583>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

2014

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale par

Sabrina LEUVREY-MICHEL

Le 7 février 2014

COMMENT OPTIMISER L'OUTIL HAD DANS LES VOSGES CENTRALES ? RESSENTI DES MEDECINS GENERALISTES LORS DE LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN HOSPITALISATION A DOMICILE

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisée auprès des médecins de la région
d'Epinal.

Examineurs de la thèse :

Professeur GERARD Alain

Président

Professeur ESCHWEGE Pascal

Professeur VIEUX Rachel

Docteur SIEGRIST Sophie (**directrice**)

}

Juges

Vice-Doyen « Formation permanente » :
Vice-Doyen « Finances » :
Vice-Doyen « Vie étudiante » :

Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Marc BRAUN
M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs :

- 1er Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2ème Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3ème Cycle : « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Marc DEBOUVERIE
« <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
« Gestion DU – DIU »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
- Plan campus :	Professeur Bruno LEHEUP
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Laurent BRESLER
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Relations Internationales :	Professeur Jacques HUBERT
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Christophe NEMOS
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Docteur Stéphane ZUILY
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL
Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT
Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE
Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ
Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET
Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (Médecine et santé au travail)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT

Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2ème sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2ème sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3^{ème} sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique))*

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : *(Génétique)*

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : *(Rhumatologie)*

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)*

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*

Docteur Stéphane ZUILY

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*

Docteure Laure JOLY

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)*

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE

Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)

Remerciements

À NOTRE PRÉSIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Alain GERARD,

Chef de service et Professeur de Réanimation médicale

Je vous suis profondément reconnaissante d'avoir accepté de présider ce jury.

Pour votre accueil et vos conseils bienveillants, je vous prie de trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma gratitude.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE
Monsieur le Professeur ESCHWEGE Pascal
Professeur d'Urologie

J'ai été très sensible au fait que vous ayez accepté de participer à mon jury de thèse.
Vous me faites l'honneur de juger mon travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE
Madame le Docteur VIEUX Rachel
Professeur de Néonatalogie

Vous avez accepté de juger mon travail.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

À NOTRE MAÎTRE, JUGE ET DIRECTRICE DE THÈSE
Madame le Docteur Sophie SIEGRIST
Médecin généraliste
Maître de conférences associée

Vous avez accepté de diriger ce travail.
Je vous remercie pour votre enthousiasme et votre soutien dans les moments délicats de cette thèse.
Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Aux quatorze médecins qui ont participé à cette étude :

Je vous remercie de m'avoir accueillie. Nos échanges ont été enrichissants pour moi, au-delà de la seule perspective de ce travail.

Aux personnes qui ont facilité mon travail de thèse :

- Mme le Docteur Elisabeth Hubert, présidente de la FNEHAD et d'HAD France, ancien ministre de la Santé et des Affaires sociales.

Votre dynamisme, votre expérience, et votre pragmatisme m'ont donné l'envie d'avancer dans ce projet lors de son initiation.

- Monsieur le Docteur Jean-Claude Masson, ex-médecin coordonnateur de l'HAD d'Epinal, je vous remercie d'avoir orienté le début de ce projet.

- Monsieur le Docteur Bernard Opoczynski, médecin coordonnateur de l'HAD de Châlons-en-Champagne, merci pour votre accueil enthousiaste et le partage de vos connaissances.

- Monsieur le Docteur Amar Naoun, médecin coordonnateur de l'HAD d'Epinal, je vous remercie vivement de votre disponibilité pour me recevoir, et répondre à mes questions.

- Les équipes des HAD d'Epinal et de Chalons en Champagne, qui m'ont accueillie et ont partagé avec moi leurs connaissances et leurs points de vue sur l'HAD,

- Madame le Docteur Laure Com-Ruelle et Mme Safon Marie-Odile, de l'IRDES, merci de votre disponibilité.

Aux personnes qui m'ont permis de devenir le jeune médecin que je suis :

- Drs Pierrick et Betty Dietsch, Dr Marlène Siebler, Dr Nicole Audry , Dr Anne Clémence, Dr Nathalie Vicherat, Dr Dany Jupin qui ont largement contribué à ma formation professionnelle, mais aussi à mon développement personnel. Merci de votre patience, de votre gentillesse et de votre confiance.

- Dr Lionel Petitjean et Dr Edouard Helou, j'espère que nous travaillerons longtemps ensemble.

Aux « petites mains » qui m'ont aidée à retranscrire mes entretiens :

- A Aurélie, ma sœur, première à s'engager dans ce chantier, sans hésitation. Merci du temps passé à taper ces textes, merci pour ta persévérance quand j'avais envie d'une pause...après 15 minutes de travail !!! Merci pour ces moments de complicité. J'espère que je serai aussi disponible que toi quand tu auras besoin de moi.

- A Claire, drôle de façon d'apprendre à se connaître ! Ta proposition de m'aider m'a beaucoup touchée.

- A Maman, Papa, Mary, Gérard, Dany, merci de m'avoir apporté votre aide

A mon fils, ce n'était pas simple pour toi de comprendre mon indisponibilité... Tu as fait preuve de beaucoup de patience. On va se rattraper, on va jouer « toute la semaine » !

A mon mari, merci de m'avoir soutenue dans les moments difficiles de mes études.

Serment

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

Table des matières

Serment.....	12
Liste des abréviations.....	16
Introduction	18
I. Historique	19
II. Fonctionnement de l'hospitalisation à domicile.....	20
A. Généralités	20
B. Les intervenants de l'HAD.....	21
1) Les salariés.....	21
2) Les partenaires	24
C. Financement de l'HAD.....	24
D. Justification de l'HAD	25
1) Le souhait des patients d'être pris en charge à domicile.....	25
2) Des soins hospitaliers à moindre coût.....	25
3) Les besoins en HAD	28
E. Evaluations de l'HAD.....	29
F. Intervention en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS).....	30
III. Etat des lieux de l'HAD	33
A. En France.....	33
1) Principaux chiffres	33
2) Les principaux modes de prises en charge (MPP)	34
3) Trajectoire des patients	34
4) Répartition de l'offre.....	35
5) HAD en établissement sociaux et médico-sociaux.....	35
B. L'HAD en Lorraine	36
C. L'HAD d'Epinal	37
IV. Populations lorraine et vosgienne.....	40
A. Population générale.....	40
B. Emploi et revenus	41
C. Mortalité	42
D. Environnement	42
V. Offre de soins	43
A. Offre hospitalière générale.....	43
1) En Lorraine.....	43
2) Dans les Vosges	44

B. Soins palliatifs	46
1) Offre en Lorraine et dans les Vosges	46
2) Le réseau Autrement.....	47
C. Structures prenant en charge des personnes âgées	48
D. Accès aux soins de premier recours.....	48
E. Démographie médicale	49
1) Densité médicale	49
2) Particularités des médecins exerçant actuellement	51
3) Caractéristiques des jeunes médecins.....	52
VI. Télémédecine	54
A. L'essor de la télémédecine.....	54
B. Etat des lieux en France.....	54
1) Définition	54
2) Les grandes étapes législatives de la télémédecine.....	55
3) Définitions des différents actes de télémédecine.....	56
4) Activité.....	57
5) Fonctionnement en Lorraine	57
VII. Matériel et méthode	59
A. L'entretien semi dirigé.....	59
B. Recrutement des médecins enquêtés	60
C. Retranscription des données	61
VIII. Analyse.....	62
A. La profession de médecin généraliste dans les Vosges centrales	62
1) L'exercice médical vosgien	62
2) La gratification du métier de généraliste	70
B. Le vécu du partenariat avec l'HAD	72
1) Connaissance du fonctionnement de l'hospitalisation à domicile.....	72
2) L'expérience en HAD	73
3) La vision de l'HAD	73
4) Les facilités offertes par l'HAD.....	75
5) Freins à l'utilisation de l'HAD.....	78
6) Eléments facilitateurs de prescription d'HAD par les médecins généralistes.....	88
7) Eléments controversés	92
8) L'équipe coordinatrice	96
C. Télémédecine.....	100
1) Connaissance de la télémédecine.....	100

2) Freins à ce mode de communication	100
3) Facilités offertes par la télémedecine	103
4) La motivation à la télémedecine en HAD n'est pas homogène	104
VIII. Discussion	105
A. Réalisation de l'enquête.....	105
1) Recrutement des médecins.....	105
2) Lieu de l'entretien	105
3) Difficultés rencontrées lors de la préparation des entretiens	105
4) Difficultés lors des entretiens	106
B. Biais de réponse.....	107
C. Résultats de l'enquête.....	109
1) La Médecine générale dans les Vosges centrales	109
2) HAD et médecins généralistes des Vosges centrales	109
a. Utilisation de l'HAD	109
b. Freins à la prescription d'HAD	110
c. Facteurs favorisant l'utilisation de l'HAD	116
3) Télémedecine	118
a. Connaissance de la télémedecine.....	118
b. Facilités offertes	118
c. Freins à l'utilisation de la télémedecine.....	118
d. Avenir de la télémedecine	119
4) Impact de l'enquête sur les médecins interrogés	119
D. Propositions pour améliorer la collaboration des médecins généralistes avec l'HAD.....	120
Conclusion.....	122
Bibliographie	123
Annexes.....	130
Retranscriptions des entretiens.....	146

Liste des abréviations

ARS : agence régionale de santé

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

AVC : accident vasculaire cérébral

CAF : caisse d'allocations familiales

CCAM : classification commune des actes médicaux

CHU : centre hospitalo-universitaire

CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

CNIL : commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOM : conseil national de l'ordre des médecins

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CREDES : centre de recherche et de documentation en économie de la santé

DGCS : direction générale de la cohésion sociale

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

DPC : développement professionnel continu

DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DU : diplôme universitaire

EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

ESMS : établissements sociaux et médico-sociaux

EMSP : équipe mobile de soins palliatifs

FNEHAD : fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

GHT : groupe homogène de tarif

HAD : hospitalisation à domicile

HAS : haute autorité de santé

HPST : hôpital patient santé territoire

IDEL : infirmière diplômée d'état libérale

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

IRDES: institut de recherche et documentation en économie de la santé

LISP : lits identifiés en soins palliatifs

MDPH : maison départementale des personnes handicapées

MPA : motif de prise en charge associé

MPP : motif de prise en charge principal

ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

PPS : protocole personnalisé de soins

PSRS : plan stratégique régional de santé

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

SSR : soins de suite et de réadaptation

SROS : schéma régional d'organisation des soins

STIC : sciences et technologies de l'information et de la communication

T2A : tarification à l'activité

TSP : territoire de santé et de proximité

URPS : union régionale des professionnels de santé

USLD : unité de soins de longue durée

VAC : vacuum assisted closure

Introduction

Les exigences actuelles en matière d'hospitalisation conduisent à envisager des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle. Les patients souhaitent obtenir des soins techniques dans le cadre d'une prise en charge globale, à proximité de leurs proches, en conservant une qualité de vie aussi bonne que possible.

Par ailleurs, le nombre de personnes âgées augmente, faisant s'accroître la demande soins par le biais des maladies chroniques. Parallèlement, le déficit de l'Assurance Maladie estimé à 13,3 milliards d'euros en 2012(1) impose des restrictions budgétaires.

L'hospitalisation à domicile (HAD) trouve sa place dans ce contexte. Elle permet de prendre en charge, dans leur lieu de vie habituel, des patients présentant des pathologies évolutives et/ou instables, nécessitant une coordination de soins, particulièrement techniques et fréquents, ainsi qu'une permanence médicale 24h/24 (2). En plus de cette possibilité d'accéder à la demande des patients qui souhaitent ne pas quitter leur domicile, l'HAD permet d'assurer des soins de niveau hospitalier, à coûts optimisés.

Il n'y a pas d'HAD sans médecin traitant : c'est une condition incontournable pour avoir une prise en charge de la tarification HAD. Il est sollicité soit pour accepter de prendre en charge le patient, soit pour prescrire l'HAD, mais cette pratique reste minoritaire. En effet, le PMSI HAD (3) rapporte, pour 2012 , environ 29% des patients originaires du « domicile » (comprend le domicile naturel et les établissements sociaux et médico-sociaux ESMS) en France (29,41%), en Lorraine (28,53%), dans les Vosges (29,26%), mais seulement 13% pour l'HAD d'Epinal. Si tous les séjours ayant pour origine le domicile ne sont pas prescrits par un généraliste, il apparaît que l'entrée sans hospitalisation préalable est tout de même moins fréquente dans les Vosges.

Nous avons donc souhaité, par notre travail de thèse, rechercher si ce territoire présentait des particularités expliquant ce fait. Il s'agit d'une zone dans laquelle nous avons réalisé une partie de notre stage chez le praticien et notre SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée), soit un an de stage, et qui est proche de notre futur lieu d'exercice. La faible proportion de prescription depuis le domicile permettra de trouver davantage de médecins généralistes non prescripteurs, que nous pourrions interroger.

Plusieurs thèses ont recherché le point de vue des médecins vis-à-vis de l'HAD (4)(5)(6)(7)(8). Notre travail de thèse permettra d'affiner les freins à l'utilisation de ce mode de prise en charge par les médecins généralistes.

Il est intéressant de noter que l'HAD d'Epinal est aussi la seule structure privée à but lucratif de la région et peut-être cela modifie-t-il aussi les modalités de prises en charge ; nous adapterons notre analyse à cette particularité.

I. Historique

L'hospitalisation à domicile se développe progressivement en France depuis deux siècles et demi. Après les premiers soins à domicile évoqués par le duc de La Rochefoucauld Liancourt en 1791, et leur première réalisation aux Etats-Unis en 1945 par le Pr Bluestone, il faut attendre 1951 et le Pr Siguier de l'hôpital Tenon à Paris pour voir la naissance de l'hospitalisation à domicile, en réponse à une sur-affluence de patients à l'Hôpital.

Puis l'HAD conquiert lentement le territoire français, avec des accélérations lors de mesures comme la signature de la première convention avec l'Assurance Maladie en 1961. Puis deux lois portant réforme hospitalière assoient l'HAD : la première, du 31 décembre 1970 lui donne un cadre légal ; la deuxième, du 31 juillet 1991, reconnaît l'HAD comme une alternative à l'hospitalisation traditionnelle : elle l'intègre aux schémas régionaux d'organisations des soins (SROS) et prévoit une permanence des soins.

Depuis la circulaire de mars 1986, l'HAD ne fait plus forcément suite à une hospitalisation traditionnelle, mais peut découler d'une consultation externe. Il faut attendre 1992 pour que le médecin généraliste puisse prescrire une HAD.

Les années 2000 voient la structuration des structures d'HAD, avec plusieurs circulaires et ordonnances (mai 2000, septembre 2003, février 2004, décembre 2006, septembre 2007) qui fixent le mode de fonctionnement des HAD, y compris au sein des établissements hébergeant des personnes âgées, médicalisés ou non (9), ainsi que dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement depuis septembre 2012((10)(11)).

La loi « Hôpital Patient Santé Territoire de juillet 2009 » reconnaît l'existence légale de l'HAD comme mode d'hospitalisation à part entière et l'intègre dans la formation initiale médicale en prévoyant des stages d'internat dans les établissements d'HAD.

Plus récemment, dans l'esprit de la recommandation de l'HAS de juin 2013 concernant les réhospitalisations évitables des personnes âgées, le Conseil National de l'Urgence Hospitalière (CNUH) lance une réflexion quant à l'accès direct à l'HAD soit depuis le domicile, soit après un passage aux urgences, asseyant l'HAD à sa position d'alternative à l'hospitalisation traditionnelle. La circulaire ministérielle du 4 décembre 2013 situe l'HAD pour les années à venir, plus fréquemment en suite d'hospitalisation conventionnelle, mais aussi en premier recours, avec des objectifs chiffrés de doublement des séjours (12).

II. Fonctionnement de l'hospitalisation à domicile

A. Généralités

« L'hospitalisation à domicile concerne des malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés en établissement de santé [avec hébergement]. L'HAD a pour objectif d'améliorer le confort du patient dans de bonnes conditions de soins. Elle permet d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation en services de soins aigus ou de soins de suite et de réadaptation, lorsque la prise en charge à domicile est possible »(13).

Elle inclut le passage à domicile de personnels médicaux et paramédicaux, dont les actions sont coordonnées dans un projet thérapeutique. Elle associe également les prises en charge psychologique et sociale du patient, quel que soit son âge, et de ses aidants.

Pour bénéficier d'une HAD, le patient doit nécessiter une permanence médicale 24h/24 et l'une des trois catégories de soins suivantes :

- **des soins ponctuels**, techniques et complexes, mais qui peuvent être fréquemment réitérés (chimiothérapie, par exemple)
- **des soins continus**, sans échéance prévue, qui associent soins techniques et nursing
- **une réadaptation au domicile**, après un accident neurologique, orthopédique, cardiaque ou en rapport avec une polyopathie.(13)

Les soins dispensés sont plus complexes et fréquents que ceux habituellement réalisés à domicile et nécessitent d'être coordonnés par l'équipe d'HAD. Par conséquent, ne relèvent pas de l'HAD les patients dont : - les soins ne nécessitent pas de coordination et peuvent être assurés par des professionnels libéraux ou des SSIAD

- l'état de santé requiert une prise en charge en hospitalisation conventionnelle en raison de la permanence et de la spécificité de leurs soins.

L'admission en HAD nécessite une prescription médicale - hospitalière ou libérale -, l'accord du patient ou de sa personne de confiance, ainsi qu'une validation de son éligibilité par l'établissement d'HAD.

Dès le début de l'hospitalisation, un protocole personnalisé de soins (PPS) identifie l'objectif de l'intervention de l'HAD, en concertation entre le médecin traitant et le médecin coordonnateur. Le PPS précise l'organisation des soins, y compris en cas d'urgence. A ce titre, le SAMU est averti de l'entrée et de la sortie des patients en HAD, et reçoit pour chacun un résumé de son projet de soins.

Le PPS comporte par ailleurs l'identification de la personne de confiance et le consentement éclairé du patient à son hospitalisation.

La permanence médicale doit être assurée 24h/24, 7 jours/7. Le socle minimum de son organisation prévoit une astreinte téléphonique par un infirmier, souvent en première ligne, et par un médecin coordonnateur, ainsi qu'une convention avec le SAMU(14). Une réflexion est en cours au sein du comité de pilotage pour l'HAD de la DGOS, au sujet des conditions de cette permanence. La circulaire du 4 décembre 2013 insiste en effet sur la « garantie de la continuité des soins », et la « capacité interventionnelle soignante jour et nuit », au-delà du contexte d'urgence vitale.

Au sein d'HAD France, les différents médecins coordonnateurs des établissements d'HAD France assurent une astreinte téléphonique à tour de rôle, pendant une semaine, pour l'ensemble des antennes.

B. Les intervenants de l'HAD

1) Les salariés

L'établissement d'HAD est doté de salariés en quantité et en temps variable selon le nombre de malades accueillis :

- **Le responsable de l'établissement** est un professionnel de santé assurant le bon fonctionnement de la structure : interface entre cette structure et les autres acteurs (hôpital, professionnels libéraux, partenaires locaux..), il assure aussi la gestion de l'équipe salariée et organise la cohésion des partenariats avec les libéraux. Il valide l'admission des patients.
- **Le médecin coordonnateur** a un rôle double :
 - Il est le référent de la qualité médicale des soins, par sa participation à l'admission des patients, à l'élaboration du PPS et à la permanence des soins.
 - Il a aussi un rôle plus administratif par sa participation au projet médical d'établissement, au contrat d'objectif et de moyens, à la mise en place de procédures d'échanges d'information entre les membres de l'équipe et du rapport annuel d'activité.
- **Les infirmières coordinatrices** assurent l'accueil téléphonique des patients pris en charge, la coordination des soins prescrits et la logistique de l'HAD; elles participent à l'évaluation des patients avant l'admission et pendant l'hospitalisation ; elles représentent le lien privilégié entre l'HAD et les familles, au niveau humain.
- **L'assistante sociale** évalue la capacité de l'entourage à assumer matériellement et socialement l'HAD et propose les moyens de pallier les difficultés rencontrées. Elle peut ainsi aider les patients et leurs familles à mettre en place:
 - o Un congé de solidarité familiale :

Créé en 2008, il permet à un aidant naturel salarié de s'absenter pour assister un proche souffrant d'une pathologie mettant en jeu le pronostic vital et lui garantit de conserver son poste.

Il n'est pas rémunéré, mais le demandeur peut bénéficier d'une allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie.

Sa durée maximale est de 3 mois, renouvelable une fois.

Il peut être pris en une fois, ou fractionnable ; si l'employeur est d'accord, il peut même être organisé en temps partiel.

Le congé peut débuter sans délai, alors que 15 jours sont habituellement requis, en cas d'urgence, notifiée par certificat médical.

L'employeur ne peut pas s'opposer à ce congé.
 - o Un congé de soutien familial :

Il permet à un salarié justifiant d'au moins 2 ans d'ancienneté de bénéficier d'un congé de 3 mois, successifs ou non, pour s'occuper d'un proche dépendant (âgé ou handicapé). Il est renouvelable dans la limite d'un an sur l'ensemble de la carrière professionnelle.

Ce congé est non rémunéré, mais le salarié conserve ses droits à la retraite et aux prestations en nature de l'assurance maladie, comme le remboursement de médicaments.

Le délai de 2 mois habituellement requis pour l'étude de la demande peut être ramené à 15 jours en cas d'urgence.

o Un congé de présence parentale :

Il permet une absence aux parents d'enfants de moins de 20 ans atteints d'une maladie grave, d'un handicap ou de séquelles particulièrement graves d'un accident, et nécessitant une présence soutenue et des soins contraignants.

Peuvent en bénéficier :

- les personnes exerçant ou non une activité professionnelle,
- les personnes en recherche d'emploi
- les stagiaires en formation rémunérée
- les agents de la fonction publique d'état, territoriale ou hospitalière.

Un capital de 310 jours de congés est octroyé pour 3 ans, renouvelable en cas de rechute.

Ce congé n'est pas rémunéré, mais ouvre droit à l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) versée par la CAF, ainsi qu'à un complément forfaitaire pour frais, sous conditions de ressources. Les droits à l'ancienneté, et à l'Assurance maladie sont maintenus, ainsi que les droits à la retraite à hauteur de 50%.

Un délai de 15 jours entre les formalités avec l'employeur et le début du congé est nécessaire.

L'employeur ne peut pas refuser ce congé.

o L'affiliation gratuite d'un aidant familial à l'Assurance Vieillesse :

Elle permet de valoriser l'aide à un proche malade par la validation de trimestres en vue de la retraite, sans verser de cotisation à une caisse de retraite.

o L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) :

Elle est destinée à couvrir en partie les dépenses de toute nature concourant à l'autonomie des personnes âgées ayant besoin d'aides pour accomplir des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière (rémunération d'une aide à domicile ou d'un accueillant familial, dépenses de transport, d'aides techniques, d'adaptation du logement, etc.)

Pour en bénéficier, le demandeur dépendant (groupe GIR 1 à 4) doit être âgé de plus de 60 ans, et vivre :

- à son propre domicile
- chez un accueillant familial,
- dans un établissement dont la capacité d'accueil est inférieure à 25 places,
- ou dans un foyer logement pour personnes valides.(15)

o La prestation compensatrice du handicap (PCH)

Elle permet à toute personne handicapée âgée d'au maximum 75 ans, dont le handicap est survenu avant 60ans, d'obtenir :

- des aides humaines,
- des aides techniques,
- des aides liées à l'aménagement du logement et du véhicule de la personne handicapée, de même qu'à d'éventuels surcoûts dus à son transport,
- des aides spécifiques ou exceptionnelles,
- des aides animalières.

Elle est attribuée par le Conseil Général, selon les besoins de compensation évalués par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Les mineurs handicapés peuvent bénéficier de la PCH en complément de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

o Une aide du fond national d'action sanitaire et sociale de soins palliatifs

Ce dispositif est accessible aux personnes en phase terminale de leur maladie, prises en charge en HAD, par une équipe mobile de soins palliatifs ou d'un réseau spécialisé en soins palliatifs.

Cette aide financière participe à la rémunération de gardes malades à domicile et à la prise en charge de fournitures et médicaments non remboursables. (10 à 15% des factures restent à la charge de l'assuré, selon les ressources).

Cette prestation est soumise à des conditions

- De ressources
- D'affiliation à la CPAM (qui finance cette aide)
- De conventionnement des aides à domicile qui interviennent en tant que garde-malade.

o La prestation de retour à domicile après hospitalisation (PRDH)

Elle prend partiellement en charge le coût des services aidant au retour à domicile après une hospitalisation, comme une aide-ménagère, un portage de repas, des aides techniques.

Les bénéficiaires de cette subvention sont les retraités pour lesquels la récupération de l'autonomie est possible.

La PRDH est soumise à condition de ressources, et est octroyée pour 3 mois maximum, mais renouvelable en cas de nouvelle hospitalisation.

Un plan d'action personnalisé est établi, et réévalué une fois par semaine.

o D'autres aides peuvent être attribuées par les caisses de retraite, pour les personnes classées en GIR 5 et 6.

L'assistante sociale veille aussi à **l'accès aux droits** de chacun : elle peut aider les patients à bénéficier de l'aide personnalisée au logement (APL), de la couverture maladie universelle (CMU) voire à monter un dossier de surendettement.

- **Le psychologue** accompagne le patient et son entourage, pour éviter l'épuisement des aidants et les aide dans le processus de deuil si besoin. Il apporte aussi un soutien psychologique à l'équipe confrontée à des situations difficiles.
- **Les aides-soignantes** réalisent les soins d'hygiène et de confort des patients ; elles ont aussi un rôle d'observation et d'alerte pour l'infirmière qui assure le suivi du patient.
- **Les secrétaires** assurent l'accueil téléphonique ou physique au siège de la HAD ; elles remplissent par ailleurs les tâches administratives relatives au patient et au fonctionnement de la structure.

2) Les partenaires

- **Le médecin traitant** tient un rôle central : responsable du patient pendant l'HAD, il gère les prescriptions, et participe à l'élaboration du protocole de soins, en collaboration avec le médecin coordonnateur.
- **Les professionnels libéraux paramédicaux** (infirmier, kiné, orthophonistes, ergothérapeute...) assurent des soins au quotidien.
- **Les autres partenaires** (pharmacien, ambulancier, prestataires du traitement des déchets...) assurent chacun dans leur domaine, une part de la prise en charge du patient, selon les prescriptions.

C. Financement de l'HAD

L'HAD est financée à 100% par l'Assurance maladie, grâce à une tarification à l'activité (T2A) spécifique. Le prix de journée est fonction :

- du mode de prise en charge principal,
- du mode de prise en charge associé,
- de la dépendance du patient, évaluée par l'indice de Karnofsky¹,
- et de la durée de séjour.

Si l'état du patient évolue, un changement de séquence est réalisé en faisant évoluer ces composantes, de façon à faire mieux correspondre soins prodigués et valorisation. Sinon, le tarif est dégressif, dès le 5^e jour.

Cependant, la dispersion des coûts au sein d'un même GHT montre que la nomenclature traduit mal la charge de soins réelle. Si certaines prises en charge sont généralement excédentaires (soins palliatifs, obstétrique), le niveau de rémunération d'autres activités mérite d'être revu, de façon à éviter « la constitution de rentes, et à l'inverse, des phénomènes de sélection des patients » qui pourtant relèveraient de l'HAD(14).

Le coût d'une journée d'hospitalisation à domicile se décompose ainsi(16) :

-70% environ pour le coût médical direct, lui-même composé pour 40% environ des frais liés aux soins infirmiers et des aides-soignants, pour 21% des frais de pharmacie et pour 18% du prix du matériel.

-30% liées aux dépenses engendrées par les frais de coordination médico-sociale et de fonctionnement.

Ne sont pas inclus dans le prix de journées les honoraires des médecins spécialistes autres que généralistes, certains médicaments onéreux, ni les transports sanitaires non prévus dans le protocole de soins. Pour les structures privées, les honoraires des médecins généralistes ne sont pas compris dans le prix de journée (17).

¹ Voir en annexe 1 et 2 l'indice de Karnofsky et la liste des différents modes de prises en charge et leurs pondérations

D. Justification de l'HAD

1) Le souhait des patients d'être pris en charge à domicile

L'étude KantarHealth pour Santé Service « La prise en charge des patients à domicile » en 2011(18) rapporte que 77% des interrogés préfèrent être soignés à domicile ; notons que 18% du panel préfèrent malgré tout être hospitalisés, ce qui pourrait être un frein à la prescription d'HAD.

La moitié des personnes souhaitant être soignées à domicile préfère que les interventions soient coordonnées par un organisme spécialisé ; là encore, le chiffre de 38% de personnes voulant gérer elles-mêmes la coordination des intervenants pose question, ou du moins, rappelle que l'intervention à domicile requiert le respect des habitudes des patients.

Le Plan Solidarité Grand Age, en 2006, prévoyait, dans l'axe « libre choix du domicile », la facilitation de l'accès à l'HAD, aux SSIAD, aux soins de premier recours, afin de permettre aux personnes âgées de pouvoir, si elles le souhaitent, rester chez elles.(19)

Le fait d'être mieux chez soi qu'à l'hôpital est considéré comme le principal atout de l'HAD pour presque tous les patients (20).

2) Des soins hospitaliers à moindre coût

a. Coût médical direct comparé

En 2013, la FNEHAD estime le coût de l'HAD quatre fois moindre que celui d'une hospitalisation traditionnelle (21).

En 2008, l'IRDES a réalisé une étude comparative des coûts entre SSR (Soins de suite et de réadaptation) et HAD : il y apparaît que les séjours en HAD pour des prises en charge comparables, sont moins onéreux dans tous les cas - et d'autant plus que le patient est peu dépendant-, avec un rapport moyen de 1,6; par ailleurs, il a été noté que presque deux tiers des prises en charge auraient été éligibles à une hospitalisation à domicile.(22)

L'HAS, en 2005, corrobore ces estimations d'économies en ce qui concerne les chimiothérapies.(23)

La MT2A (Mission Tarification A l'Activité), en 2008, a comparé le coût d'un séjour de soins palliatifs en HAD et en service d'hospitalisation traditionnelle MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique) (14) :

Année 2008	Durée moyenne de séjour (DMS)	Age moyen par séjour (ans)	Nb de séjours en 2008	Montant moyen d'un séjour (€)	Montant médian d'un séjour (€)	Montant moyen journalier
HAD	34,8	68,2	18 153 ¹⁵	8 160	4 579	234
MCO	15,8	69,8	107 465	7 185	7 276	455
Rapport MCO/HAD	0,45	1,02	5,92	0,88	1,59	1,94

Source : ATIH, MT2A août 2009

Tableau 1 : Comparatif des hospitalisations pour soins palliatifs en MCO et en HAD

Si l'on s'en tient aux chiffres bruts, il semble que le montant moyen d'un séjour en HAD soit 10% plus élevé qu'en MCO, mais en analysant les caractéristiques des séjours, on note :

- une grande disparité des séjours, qui s'exprime à travers la différence entre la médiane et la moyenne des montants des séjours,
- ainsi qu'une durée moyenne de séjour passant du simple à plus du double.

Au final, le coût moyen de journée est presque moitié moins élevé en HAD. L'HAD permet donc de suivre des patients en fin de vie plus longtemps, pour un tarif équivalent à un séjour plus court en MCO.

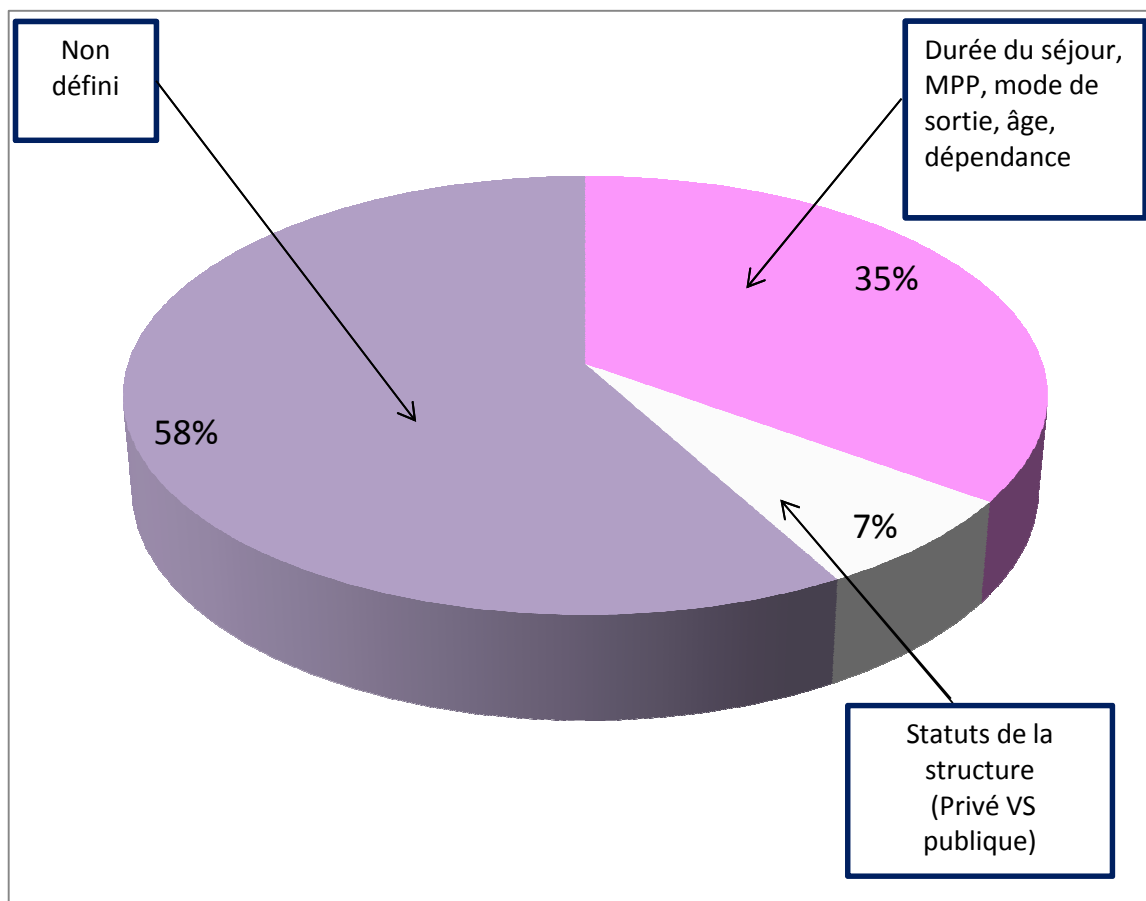
Dans son rapport « Evaluation du coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile »(16), paru en juin 2003, le CREDES (Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé) rapporte plusieurs facteurs influençant le coût médical direct (CMD) d'une journée d'HAD :

- 35% des variations du CMD sont liées aux caractéristiques du séjour et des patients :
 - En premier lieu, la **durée de séjour** : plus le séjour dure, plus le prix à la journée diminue
 - En deuxième lieu, le **mode de prise en charge principal**, qui est une caractéristique de la T2A en HAD ; il reflète ce qui suscite la consommation la plus importante de ressources :
 - l'assistance respiratoire et les soins palliatifs génèrent des coûts médicaux directs plus importants que la situation « pansements complexes » choisie comme référence (respectivement +65% et +23%). Ainsi, un patient en fin de vie peut être considéré pris en charge pour assistance respiratoire, plutôt que pour soins palliatifs, afin de mieux valoriser son séjour.
 - Le traitement intraveineux est plus sujet à caution, car les protocoles de soins principaux sont trop dispersés.
 - Le mode chimiothérapie reflète peu le coût réel de cette prise en charge, car les médicaments d'exception sont facturés en sus du prix de journée. Les protocoles parfois très différents (chimiothérapie per os/intraveineuse) engendrent également des frais différents.
 - En troisième lieu, le **mode de sortie** : un mode de sortie « décès » coûte plus cher, en raison de soins alourdis en fin de vie, qu'un retour à domicile, signifiant plutôt une amélioration de l'état de santé, et donc un allègement des soins.
 - En quatrième position, l'**âge** : les prises en charge d'enfants de moins de 2 ans expliquent cette influence, puisque leur dépendance est naturelle et ne pèse donc pas sur la prise en charge.
 - En cinquième position, la **dépendance motrice** ; il n'a pas été observé de différence avec la dépendance relationnelle. Plus la dépendance est importante, plus la journée est valorisée.

D'ailleurs, l'étude CREDES de 2008 comparant HAD et SSR corrobore cela : elle note un coût plus élevé de 40% en SSR par rapport à l'HAD pour les personnes âgées dépendantes.

- 7% de la variation du CMD sont liés au statut de la structure : les coûts sont plus élevés dans le secteur publique.
- 58% n'ont pas pu être expliqués, car tous les critères n'ont pas pu être testés (notamment l'offre de soins locale, l'existence de partenariats dans l'adressage des patients)

L'impact de la taille de la structure n'a pas été mis en évidence.



Graphique 1 : Facteurs influençant le coût médical direct

Ce rapport, commandé par la DHOS, donne également une comparaison approximative des coûts de l'HAD avec ceux d'une hospitalisation traditionnelle, résumée dans le tableau 2. Ces estimations de tarifs ont été une base de l'établissement de la tarification à l'activité.

Mode de prise en charge	Prix de journée approximatif
HAD	145 euros
SSR	250 euros
Hospitalisation de jour	450 euros
Soins aigus	300 à 750 euros

Tableau 2 : Comparaison des prix de journées selon le mode de prise en charge

A noter que dans cette enquête réalisée avant la rémunération pour tous les établissements en T2A (depuis le 1^{er} janvier 2005), il n'a pas été mis en évidence de différence de coût entre les établissements rémunérés par une dotation globale et ceux rémunérés à l'activité ; la production de soins ne semble donc pas orientée par la tarification, mais bien par les besoins des patients.

b. Coût médical indirect

Si ces évaluations semblent être un atout important pour l'HAD, elles ne tiennent pas compte du coût médical indirect lié

- au report de certaines charges sur l'entourage : l'hôtellerie (hébergement, alimentation, ménage) et certains soins sont pris en charge par les aidants, plus ou moins partiellement. Les conséquences du statut d'aidant doivent également prises en compte, comme les arrêts de travail liés à la fatigue engendrée, ou la perte de productivité des entreprises qui doivent accepter les congés des aidants, notamment les congés de solidarité familiale ou de soutien familial.

- les transports nécessaires aux examens ou séances hospitalières, qui pourront être facturés à l'Assurance Maladie.

Ainsi, si le coût médical direct semble très avantageux, la considération du coût médical indirect vient tempérer ce point de vue.

3) Les besoins en HAD

La circulaire du 1er décembre 2006 relative à l'HAD précisait que « *compte-tenu de la coordination et de la professionnalisation de ces prises en charge à organiser, on peut considérer que le niveau d'activité minimum correspondrait à environ 9 000 journées d'hospitalisation par an et par structure* » (24). En 2010, le rapport de l'IGAS(14) revenait sur ce chiffre, en indiquant que la qualité d'évaluation des besoins en HAD est insuffisamment précise.

La circulaire du 4 décembre 2013 juge également cette valeur inadaptée ; elle propose des objectifs plus chiffrés :

- doubler le poids de l'HAD par rapport à l'hospitalisation traditionnelle, c'est-à-dire « passer de 0,6% du nombre de séjours réalisés en hospitalisation avec hébergement (MCO + SSR) à 1,2% »
- atteindre un taux régional plancher de recours à l'HAD de 30-35 patients par jour pour 100000 habitants(12). Ce taux s'entend en substitution à l'hospitalisation conventionnelle et pourra s'adapter aux contraintes locales et stratégies en place.

Le SROS Lorraine 2012-2017 souhaite dans ces objectifs opérationnels « améliorer le recours à l'HAD » et « inscrire les HAD dans les filières de soins », avec des priorités respectivement de 3 et 4 (sur une échelle de 1 à 5, 5 étant le niveau le plus élevé). Si les objectifs ne sont ici pas chiffrés, ils s'inscrivent dans l'esprit de la circulaire du 4 décembre 2013, avec l'articulation de l'HAD autour des prises en charge d'amont et d'aval, ainsi que son développement dans les zones rurales et à faible densité médicale.

E. Evaluations de l'HAD

Comme les autres établissements de santé, les structures d'HAD sont soumises à certification par la Haute Autorité de Santé, tous les 5 ans.

En 2013, le siège ainsi que 3 sites tirés au sort (Vierzon, Carcassonne et Chaumont) d'HAD France, sont concernés.

D'autres instances contrôlent les établissements d'HAD,

- en externe, comme les contrôles de la CPAM concernant la T2A et les critères d'admission,
- comme en interne :
 - CLIN (Comité de lutte contre les infections nosocomiales)
 - CRUQPC (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge)
 - CME (Commission médicale d'établissement) ...

Les différentes commissions au sein du siège d'HAD France sont regroupées dans le tableau suivant :

COMMISSIONS	CODIR	Comité de direction
	CME	Commission Médicale d'Etablissement
	CORET	Commission Responsables Etablissement
	CQGDR	Commission Qualité et Gestion des Risques
	CLUD	Commission de Lutte contre le Douleur
	CLIAS	Commission de Lutte contre les Infections Associées aux Soins
	CREX	Commission Retour Expérience
	CE	Comité d'Entreprise
	DP	Délégués du Personnel
	CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
	COS	Commission Orientation et Surveillance

Tableau 3 : Les différentes commissions actives au sein du siège d'HAD France

Ces différentes commissions permettent d'évaluer, mais aussi d'améliorer les différentes actions de l'HAD. Elles permettent aussi d'améliorer les conditions de travail des salariés.

F. Intervention en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

L'HAD est possible depuis 2007 pour les EHPAD (25) et depuis 2012 pour l'ensemble des ESMS(10)(11).

Les modes de prises en charge en HAD au sein d'un EHPAD sont limités , par l'arrêté ministériel du 16 mars 2007(25), de façon à ce que l'HAD n'apporte pas une offre de soins redondante à celle de l'EHPAD, et ainsi limiter l'usage de l'HAD pour pallier à un manque de moyens propres à l'établissement, comme le rappelle la circulaire du 18 mars 2013. L'admission en HAD au sein d'un ESMS non EHPAD, médicalisé ou non, n'est pas soumise à ces contraintes.

	Intitulé de prise en charge	MPP autorisés en EHPAD	MPA autorisés en EHPAD
00	Pas de mode de prise en charge associé	-	NON
01	Assistance respiratoire	NON	OUI
02	Nutrition parentérale	NON	OUI
03	Traitement intraveineux	OUI	OUI
04	Soins palliatifs	OUI	OUI
05	Chimiothérapie anticancéreuse	OUI à l'exception de la voie orale	OUI à l'exception de la voie orale
06	Nutrition entérale	NON	OUI
07	Prise en charge de la douleur	OUI	OUI
08	Autres traitements	OUI	OUI
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	NON	OUI
10	Posttraitement chirurgical	NON	NON
11	Rééducation orthopédique	NON	OUI
12	Rééducation neurologique	NON	OUI
13	Surveillance de radiothérapie anticancéreuse	NON	NON
14	Soins de nursing lourd	NON	OUI
15	Education du patient et / ou de son entourage	NON	NON
17	surveillance de radiothérapie	NON	NON
18	Transfusion sanguine	OUI	OUI
19	Surveillance de grossesse à risque	NON	NON
20	Retour précoce à domicile après un accouchement (RPDA)	NON	NON
21	Post partum pathologique	NON	NON
22	Prise en charge du nouveau-né à risque	NON	NON
24	Surveillance d'aplasie	OUI	OUI

Tableau 4 : Motifs de prise en charge principaux et associés autorisés en EHPAD

L'intervention dans l'ensemble de ces établissements permet de prendre en charge un public de tout âge, présentant un handicap (institut d'éducation motrice par exemple) ou des difficultés sociales (foyer de jeunes travailleurs par exemple), ce qui respecte l'égalité d'accès aux soins quel que soit le mode d'hébergement choisi par la personne.

La circulaire du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social(26), précise que l'HAD en ESMS ne fait pas varier le prix de journée, et n'a pas d'incidence sur le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie ou la prestation de compensation du handicap. L'HAD correspond donc bien à un besoin de soins, et pas à une difficulté sociale.

Une véritable collaboration est prévue entre HAD et ESMS, pas uniquement autour d'un patient, mais bien pour créer une véritable filière de prise en charge, intégrée aux projets d'établissements, où chaque intervenant fera évoluer ses pratiques et sa culture du soin.

Chaque intervention est organisée autour d'une **convention**, conformément à l'article D.6124-311 du code de la Santé Publique entre l'HAD et l'établissement d'hébergement social ou médico-social² ; elle précise :

- les conditions de l'intervention de la structure d'hospitalisation à domicile dans l'établissement
- les modalités d'élaboration et d'adaptation des protocoles de soins
- l'organisation de l'accès des personnels à certains éléments du dossier du patient
- l'organisation du circuit du médicament
- les modalités d'évaluation de l'organisation ainsi définie

Concernant la **tarification** dans les établissements médicalisés, dont font partie les EHPAD, elle est minorée de 13% en 2012(26)(montant fixé annuellement par arrêté), ce qui correspond au financement par l'Assurance maladie de moyens médicaux déjà présents dans la structure.

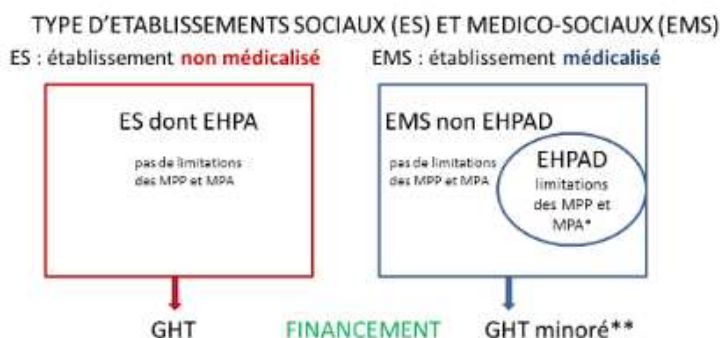


Schéma 1 : financement de l'HAD en ESMS en fonction de l'établissement (27)

L'évaluation de l'HAD en ESMS, pilotée par la DGOS et la DGCS, les ARS, l'ATIH, la CNAMTS et la CNSA, intervient au niveau national et régional. Trois catégories d'éléments seront évaluées (26):

- d'un point de vue **quantitatif**, la couverture du territoire, les mises en concurrence, le nombre de patients pris en charge, ainsi que la nature des prises en charge et leur place dans le parcours de soins seront observées.

² Voir en annexe 3 un exemple de convention HAD/ESMS

- d'un point de vue **qualitatif**, le fonctionnement et la pertinence de ces partenariats seront jugés à travers

- les interactions entre les partenaires (formations par exemple) et avec les autorités,
- la satisfaction des patients et leurs familles, ainsi que des soignants, et la recherche de sur-sollicitation de l'équipe de la structure demandant l'HAD,
- les refus de prises en charge et leur justification,
- le recours aux services d'urgence,
- l'évaluation a posteriori du bien-fondé de l'HAD, en recherchant en particulier le recours à l'HAD comme palliatif à un défaut de médicalisation des structures d'accueil,
- la pertinence des restrictions d'accès à l'HAD en EHPAD,

- d'un point de vue **médico-économique**, l'abattement tarifaire sera jugé et rapporté au niveau de médicalisation de l'établissement.

Ces évaluations permettront de juger de l'évolution du recours à l'HAD en EHPAD, mais aussi de préparer l'organiser d'une filière spécifique avec ses formations et ses prises en charges antérieures et postérieures. Ce travail, facilité par la proximité géographique des intervenants, pourra ensuite être étendue au-delà de l'EHPAD, avec la généralisation des interactions entre l'équipe d'HAD et des utilisateurs de cet outil.

Ainsi, l'essor de l'HAD au sein des ESMS s'inscrit dans le développement actuel de l'HAD, en créant une filière de soins accessible à tous, interactive, à un coût juste.

III. Etat des lieux de l'HAD

A. En France

1) Principaux chiffres

En 2012, 317 structures d'hospitalisation à domicile (HAD) ont réalisé 166 836 séjours et plus de 4 millions de journées en France métropolitaine et dans les DOM.

L'HAD reste cependant minoritaire dans le paysage hospitalier français : son poids en termes de place et de journées était d'environ 3% (28) en 2010 ; sur le plan financier, elle représentait environ 1 % de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) hospitalier et 0,5 % des dépenses d'assurance maladie (29) en 2011.

Son activité croît cependant toujours : entre 2005 et 2008, on notait une progression de 68% du nombre de journées réalisées, alors qu'entre 2008 et 2011, elle n'était plus que de 36%. Le ralentissement de cette progression s'explique par la couverture presque complète du territoire par les autorisations d'HAD.

	2005	2008	2011	2012
Nombre d'établissements	123	231	303	317
Nombre de journées	1 505 814	2 777 900	3 901 637	4 207 177
Nombre de séjours	67 430	120 121	159 161	166 836
Durée moyenne de ces séjours	14	13,5	15,5	16,2
Age moyen	60,9	63,2	64,1	64,4
Indice de Karnofsky moyen	50	50	50	50
score AVQ³ physique moyen	9,5	9,9	10,3	10,3
Score AVQ psychologique moyen	3,4	3,5	3,6	3,6
Nombre de journée d'hospitalisation de plus de 24 heures en MCO (en milliers)	62 925	61 089	60 526	ND

Tableau 5 : Evolution de l'HAD de 2005 à 2012 (30)(31)(32)(33)(34)

³ Voir en annexe 4 le détail du score AVQ.

Entre 2005 et 2012, le nombre d'établissements et de journées a presque triplé, alors que l'hospitalisation en MCO tend à diminuer ; l'augmentation de l'activité de l'HAD s'inscrit donc dans un contexte de limitation de l'hospitalisation avec hébergement, à la faveur de ses alternatives.

Les patients accueillis restent majoritairement des personnes âgées dépendantes. En effet, 95% des journées concernaient en 2011 des adultes, et 40% ont été réalisées pour avec des patients de plus de 75 ans (35).

En 2013, si tout le territoire français est couvert par l'offre HAD, elle ne représente que 1% des dépenses maladie ; la ministre de la Santé souhaite voir cet outil se développer et prévoit un doublement de son utilisation pour 2018, ce qui reste modeste puisque l'HAD concernera alors 1,2% des prises en charge hospitalières.

2) Les principaux modes de prises en charge (MPP) (35)

Les MPP les plus fréquents en 2011 en pourcentage du nombre de journées globales étaient :

- les soins palliatifs : 27,6%
- les pansements complexes et soins spécifiques : 21,8%
- la nutrition entérale : 7,2%

La cancérologie fait partie de 33% des séjours.(29)

3) Trajectoire des patients

L'origine des patients est majoritairement hospitalière. L'origine « domicile » est retrouvée pour 28% des séjours en 2012 (36). Parmi les 67% de prescriptions hospitalières, seuls 2,6% émanent des services de soins de suite et réadaptation. Les séjours se terminent principalement à domicile (60%) , et pour environ 9,5%, par un décès (37)

Le mode d'entrée par le «domicile » est moins fréquent en 2011 (29%) qu'en 2007 (39%)(35), alors que la prise en charge en EHPAD, qui fait partie des « domiciles », est autorisée.

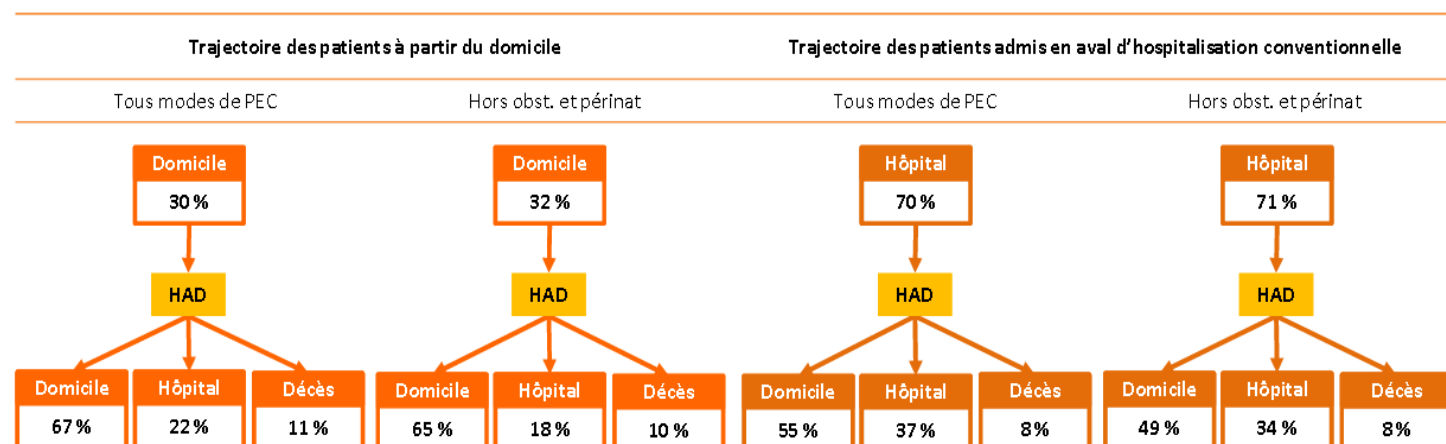


Schéma 2 : Trajectoire des patients en fonction de leur mode d'entrée et de sortie (37)

L'entrée par le domicile - familial ou médico-social - permet, pour 4 patients sur 5, d'éviter une hospitalisation, puisque presque 80% des sorties se font vers les modes « domicile » ou le « décès ». Les HAD faisant suite à un séjour hospitalier permettent également un retour à domicile, au moins temporaire, pour environ 50% des patients.

4) Répartition de l'offre

L'offre est inégalement répartie sur le territoire français, avec 20% des places centralisées en Ile-de-France(1), même si tous les départements français ont une autorisation au moins d'HAD depuis 2010(29).

Alors que la densité moyenne est de 19 places pour 100 000 habitants, certaines régions - dont la Lorraine avec 11 places pour 100 000 habitants - sont sous dotées, et d'autres sur-dotées (Corse : 29/100 000 ; Guyane : 53/100000 ; Guadeloupe : 42/100 000).

La surreprésentation de l'HAD dans le paysage médical des DOM s'explique par une offre de soins à l'hôpital moins importante(1).

La sous-représentation dans certaines régions s'explique en partie par les difficultés de création d'une HAD, les recommandations des ARS- dont dépendent les autorisations d'implantation -variant, puisque certaines vont favoriser la couverture territoriale, d'autres, les capacités, d'autres encore souhaitent développer certains champs d'action comme la pédiatrie ou la rééducation, ou certains moyens comme la télé médecine.(1)

Près de 12 000 places existent, alors que le chiffre de 15 000 était attendu pour 2010(38). Une cible proposée de 30 à 35 places pour 100 000 habitants à l'horizon de 2018 permettrait d'atteindre 1,2% du nombre de séjours réalisés en hospitalisation complète, soit le double qu'actuellement, mais cet objectif manque d'études locales des besoins et des possibilités d'expansion. (1)

5) HAD en établissement sociaux et médico-sociaux

Depuis l'intervention de l'HAD en EHPA en 2007, 63% des établissements ont eu recours à ce mode d'hospitalisation(39). En 2011, 229 établissements d'HAD intervenaient en EHPA et y ont réalisés 136 626 journées, soit environ 4 fois plus qu'en 2008; 4170 patients ont été accueillis, avec une durée moyenne de séjour d'environ 27 jours(40).

60% des séjours ont débuté dans l'établissement d'origine du patient, sans hospitalisation traditionnelle préalable. Les sorties se font majoritairement vers l'établissement d'origine ; les décès représentent environ 30% d'entre elles.(35)

Les entrées et les sorties sont donc plus fréquentes sur le mode « domicile », qui signifie ici ESMS, que pour les patients vivant à leur domicile naturel.

Plusieurs difficultés apparaissent :

- Le cadre restreint de l'HAD en EHPAD est mal vécu par les équipes présentes
- La coordination HAD/EHPAD nécessite un temps et des moyens pas toujours disponibles
- Certaines EHPAD profitent de l'HAD pour combler leur manque de personnel de nuit.
- La valorisation des actes est difficile à répartir entre les différents acteurs. (39)

L'intervention dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, instaurée en 2008, progresse régulièrement, passant de 34 000 journées à ses débuts, à 137 000 journées en 2011, soit 3% du volume des journées. Cette montée en charge est cependant freinée par la limitation des indications et la

tarification minorée d'environ 13% - afin d'éviter la double facturation des soins - comme pour les EHPA (1). Les attentes sur les bénéfices de ces prises en charges sont grandes, en particulier pour la qualité de vie de patients fragiles supportant mal un changement de leur cadre de vie mais le recul est encore insuffisant pour en juger.

B. L'HAD en Lorraine

La première structure a été créée en 1972 à Bainville-sur-Madon avec une orientation gériatrique et de rééducation. Les douze années passées ont vu le nombre de structures passer de 4 en 2001 à 18 en 2012 (41), et à 16 actuellement (42).

Etablissement	Nombre de journée	Taux de recours (journées / 10 000 hab.)	Age moyen	Indice de Karnofsky moyen	Score AVQ physique moyen	Score AVQ psychologique moyen	Durée moyenne de ces séjours
HAD France Epinal	3 160	ND	63,7	40	9,3	3,5	20,1
Vosges	13 420	225	60	50	8,7	3,1	19,9
Lorraine	86 261	308	60,2	50	8,8	3,1	17,7
France	4 207 177	580	64,4	50	10,3	3,6	16,2

Tableau 6 : Activité des établissements d'HAD en 2012(43)(44)(45)(1)(46)

Les taux de recours lorrain et vosgien à l'HAD sont bien inférieurs au taux national ; en ce qui concerne Epinal, l'année 2012 était une année amputée de 3 mois d'activité ; la comparaison est donc difficile. Les chiffres 2013 permettent plus de comparaison : 5782 journées ont été réalisées, pour une population représentant environ un tiers de la population vosgienne. L'HAD d'Epinal a donc vu son activité nettement augmenter depuis sa reprise d'activité, représentant plus d'un tiers de l'activité vosgienne de 2012.

Pour les ensembles Vosges et Lorraine, les patients pris en charge sont en moyenne plus jeunes, par rapport à la moyenne française, en rapport avec des prises en charge en périnatalité plus nombreuses.

Les scores AVQ sont aussi un peu plus faibles, également influencés par ce fait. Les séjours sont en revanche un peu plus longs. L'indice de Karnofsky moyen est le même que pour la moyenne française.

Pour l'établissement d'Epinal, sur lequel nous avons réalisé notre enquête, les valeurs sont plus proches des moyennes nationales, sauf pour la durée de séjour et l'indice de Karnofsky. Ces 2 valeurs sont liées : en effet, un patient plus dépendant peut avoir besoin d'un séjour plus long.

Dans les Vosges, 3 structures couvraient le département jusqu'en décembre 2012: Est Vosgien (EV'HAD), Ouest vosgien (HADOV) et Vosges centrales (HAD Epinal). Suite à la fermeture de l'HADOV, HAD France a repris ce secteur, qui va s'organiser autour de deux antennes, Epinal et Neufchâteau, avec une direction et un médecin coordonnateur communs.

C. L'HAD d'Epinal

L'HAD d'Epinal a été créée en 2009 par Dr Elisabeth Hubert. Il s'agit d'un des 9 établissements HAD France, avec :

- Châlons en Champagne et pays d'Argonne,
- Berry,
- Pays de Chaumont et Langres,
- Albi-Lavaur,
- Ouest Audois,
- Lozère.
- Ouest vosgien
- Eure-Seine

L'HAD d'Epinal couvre un bassin de population de 130 000 habitants environ. Son siège se situe à la Maison de santé Saint Jean, 31 rue Thiers, à Epinal. 30 lits d'HAD y sont disponibles.

La carte 1 présente le territoire d'intervention de l'HAD d'Epinal, au cœur de Vosges.



Carte 1 : secteur de l'HAD d'Epinal. Issue du site HAD France

L'équipe se compose de :

- 1 responsable d'établissement
- 1 médecin coordonnateur (à temps partiel 50%)
- 3 infirmiers coordonnateurs
- 6 aides-soignantes
- 1 assistante sociale (à temps partiel 50%)
- 1 psychologue (à temps partiel 30%)
- 2 secrétaires

L'équipe ne comporte pas d'infirmières salariées ; ce sont les infirmières libérales qui interviennent. Nous verrons dans l'analyse de l'enquête l'influence de ce choix.

L'histoire récente de l'HAD d'Epinal est marquée par une suspension d'activité de juillet 2011 à mars 2012, en l'absence de médecin et d'infirmières coordonnateurs. Dr Masson a assuré la coordination de mars 2012 à mai 2013, puis Dr Naoun a repris le poste de médecin coordonnateur. Nous verrons si ces changements ont une incidence sur la prescription d'HAD par les médecins généralistes.

L'HAD d'Epinal a été amenée à refuser de prendre en charge certains patients ; le tableau 7 montre les différentes catégories de **refus**, et leur évolution entre 2009 et 2013 :

	2009 à 2013	2013
CAUSES	NOMBRE	
DOMICILE HORS TERRITOIRE HAD	62	0
ORIENTATION VERS UN AUTRE SERVICE (SSIAD / EHPAD / AUTRES)	36	10
DECES DU PATIENT AVANT ADMISSION	34	13
REFUS PATIENT OU ENTOURAGE	26	3
INADEQUATION : CRITERES NON REMPLIS	20	0
PROBLEMES DE SECURITE DOMICILE (SOLITUDE / ELECTRICITE / AUTRES)	9	1
AGGRAVATION : REHOSPITALISATION	8	5
AUTRES CAUSES (PB IDEL / PB FINANCES / AUTRES)	5	0
REFUS DU MEDECIN TRAITANT	2	1
TOTAL	202	53
NOMBRE D'ADMISSION	536	234
POURCENTAGE REFUS/REFUS+ADMISSIONS	27,4%	18,5%

Tableau 7 : Motifs de refus de prise en charge par l' HAD d'Epinal

Source : HAD Epinal

Certains des problèmes financiers sont liés aux médicaments onéreux non pris en charge en HAD.

Le refus du médecin traitant reste minoritaire.

Le refus des patients ainsi que les inadéquations ou l'orientation vers un autre service sont moins souvent incriminés, ce qui montre que l'HAD commence à être mieux connue des patients comme des prescripteurs.

HAD France a la particularité d’être une **structure privé à but lucratif**, alors que environ 43% des HAD sont publiques, et 42% privées à but non lucratif (28). Comme le notent la Cour des comptes (1) et la DRESS (47), si le nombre d’établissements publics et privés à but non lucratif est presque équivalent, leur activité est très différente, puisque le secteur privé à but non lucratif réalise 62 % du nombre de journées. Par comparaison, si le secteur privé à but lucratif avait la même activité que le secteur privé à but non lucratif, il réaliserait plus de 900 000 journées.

Statut juridique des structures	Nombre de structures	Places installées	Activité en journées
Secteur public	129	3 476	1 029 739
Centre hospitalier régional	12	1 189	390 352
Centre hospitalier (et autres)	117	2 287	639 387
Secteur privé à but non lucratif	126	7 330	2 544 409
Centre de lutte contre le cancer	3	142	53 605
Structure associative d’HAD	105	6 375	2 237 604
Autres	18	813	253 200
Secteur privé à but lucratif	47	1 581	421 903
Ensemble	302	12 387	3 996 051

Lecture • L’activité est celle des disciplines de médecine, obstétrique et soins de suite et réadaptation, c’est-à-dire hors psychiatrie. Le total des places d’HAD installées, est celui déclaré dans la SAE, pour réaliser l’activité HAD en MCO et SSR.

Champ • France métropolitaine et DOM hors SSA.

Sources • ATIH, PMSI-HAD 2010; DREES, SAE 2010, traitement DREES.

Tableau 8 : Capacités et activités des structures d’HAD selon leur statut juridique en 2010 (47)

Un paramètre de fonctionnement varie selon le statut de l’établissement d’HAD : il s’agit des charges médicales, c’est-à-dire les honoraires des médecins généralistes ; ceux-ci sont compris dans les GHT du secteur public et privé participant au service public hospitalier, mais sont exclus des GHT du secteur privé à but lucratif. Les honoraires des médecins spécialistes autres que généralistes sont exclus de ces charges médicales (48).

L’évolution depuis une dizaine d’années fait apparaître un rôle croissant des investisseurs extérieurs dans l’hospitalisation privée, notamment sous la forme de chaînes de cliniques qui rachètent des établissements existants et permettent l’apport de capitaux plus importants. En effet, de grands groupes cotés en bourse comme MEDIDEP ou GENERALE DE SANTE s’intéressent à l’HAD qui, au-delà du débouché de cette activité-, peut constituer une « porte d’entrée sur le marché de la santé à domicile, permettant de proposer ensuite des services connexes tout en se différenciant par rapport aux autres prestataires de service » (49). L’activité d’HAD est actuellement l’une des plus rentables du secteur privé à but lucratif, avec la psychiatrie et la dialyse (50).

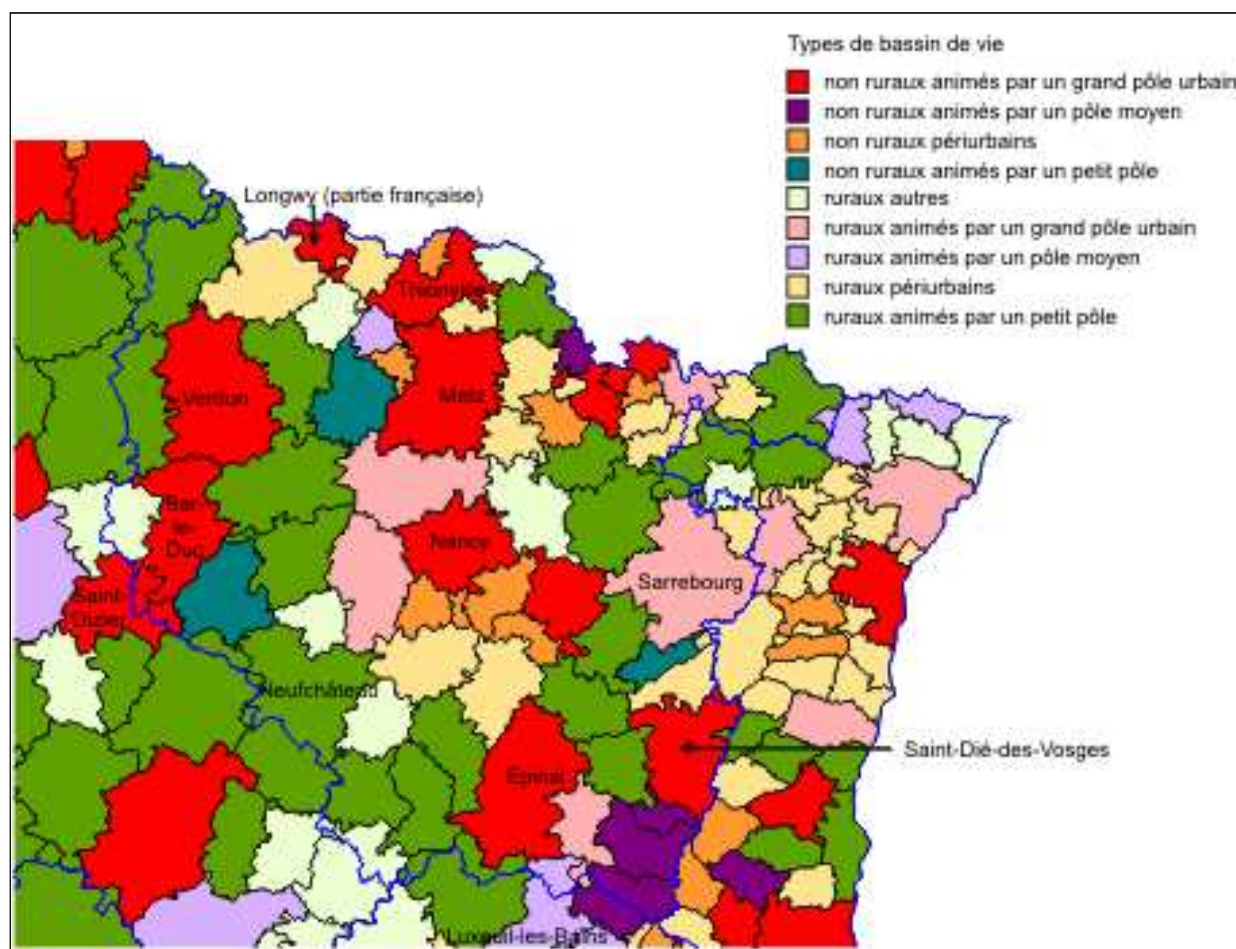
IV. Populations lorraine et vosgienne⁴

A. Population générale

La population lorraine, en 2010, comptait 2 350 920 habitants, répartis inégalement sur la région ; si la densité de population s'élève à 167 habitants/ km² en Moselle, elle passe à 31 en Meuse, les Vosges se situant dans une valeur intermédiaire, à 64,7 habitants/ km² pour une population de 379 724 habitants. (chiffres INSEE(51)). Cette population diminue depuis plusieurs années, mais moins rapidement qu'auparavant.(52)

En ce qui concerne Epinal, on note une baisse de population dans l'agglomération, au profit des communes périurbaines, même éloignées, qui deviennent résidentielles pour une population active. Les communes des Vosges de l'Ouest et du Sud perdent davantage d'habitants (51). Les projections prévoient une baisse de la population vosgienne dans les décennies à venir, bien que le secteur spinalien puisse être épargné(52).

Les Vosges, comme la Meuse, sont des départements plus ruraux que la Moselle et la Meurthe et Moselle (41). Les bassins de vie au sein du territoire de l'HAD d'Epinal sont malgré tout variés, avec une zone urbaine centrée sur Epinal, et des zones rurales périurbaines.



Carte 2 : Typologie des bassins de vie Lorrains (53)

⁴ Voir en annexe 5 le comparatif des 4 départements lorrains

La proportion de personnes âgées augmente en Lorraine : si en 2008, les plus de 60ans représentaient 21,6% de la population - valeur proche du chiffre national de 21,7% - l'horizon 2030 devrait voir ce taux monter à plus de 30%, alors qu'en France, la valeur avoisinerait les 29%.

En ce qui concerne les Vosges, les personnes âgées sont plus nombreuses et plus vieilles que dans le reste de la région, sauf pour les agglomérations d'Epinal et Saint Dié-des-Vosges, et cette tendance tend se poursuivre pour les 20 ans à venir.

En effet, une augmentation de 46% du nombre de personnes âgées est attendue, et le nombre de personnes de plus de 85 ans devrait doubler(41). Dans le même temps, la proportion des moins de 20 ans vosgiens passera d'un quart en 2005 à un cinquième en 2020(52).

Il y aura donc encore moins de personnes actives qu'actuellement pour assumer la charge financière des maladies chroniques liées à l'âge.

Au total, la population vosgienne se répartit préférentiellement en périphérie de l'agglomération spinalienne. La densité y est moyenne par rapport au reste de la Lorraine. Les bassins de vie sont de typologie variée. La diminution de la part des moins de 20 ans se confronte à l'augmentation du nombre de personnes âgées et très âgées.

B. Emploi et revenus

Le chômage touche durement la région Lorraine, bien que la zone frontalière avec le Luxembourg représente une zone de dynamisme pour l'emploi, et par entraînement, pour l'augmentation de la population.(46) C'est dans les Vosges qu'on trouve le plus fort taux de chômage lorrain.

Le revenu fiscal moyen vosgien est plus faible que dans le reste de la région, sensiblement égal à celui de la Meuse : en 2006, le revenu médian des ménages vosgiens s'élevait à 500 euros de moins que le revenu médian des Lorrains, et 800 euros de moins que celui des Français de province(52).

13 communes regroupent la moitié des Vosgiens vivant sous le seuil de bas revenus, c'est-à-dire 50 à 60% du revenu médian, soit environ 850 euros pour une personne seule dans les Vosges(54).

On retrouve 6 de ces 13 secteurs dans le territoire d'intervention de l'HAD d'Epinal :

- Bruyères, Charmes, Epinal, Golbey, Rambervillers, Thaon-lès-Vosges, pour les zones plutôt urbaines,
- Bains-lès-Bains, Dompierre, Fontenoy-le-Château, Grandvillers, Harsault, Lépages sur Vologne, Portieux, pour les secteurs plutôt ruraux (41).

Cependant, dans le secteur d'Epinal, ces populations pauvres côtoient des populations bien plus aisées, avec des revenus jusqu'à huit fois supérieurs.(52)

Bien que le taux de pauvreté en Lorraine et dans les Vosges soit proche de 13,5%(46), le taux de bénéficiaires de la CMU complémentaire est moins important qu'à l'échelon national (6,6% de la population française, 5,5% en Lorraine, 5,8% dans les Vosges)(55).

C. Mortalité

L'espérance de vie des Vosgiens à la naissance - 76,4 ans pour les hommes, 83,8 ans pour les femmes - , est moindre que celle du reste de la Lorraine (77,3 ans pour les hommes, 83,9 ans pour les femmes) et de la France (78,4 ans pour les hommes, 84,8 ans pour les femmes) soit, par rapport à la valeur nationale, 2 ans de moins pour les hommes, et 1 an pour les femmes (56).

La mortalité en Lorraine est plus forte que la moyenne française (8,9‰ contre 8,3), en particulier dans les Vosges (10,4‰).

Mais cette mortalité n'est pas homogène sur le territoire ; ainsi, dans les Vosges, sur le territoire de santé et de proximité (TSP) d'Epinal, on compte 168 décès en excès par an - qui représentent la différence entre le nombre de décès observés et le nombre de décès attendus si la mortalité y était égale à la mortalité française- alors que sur le TSP de Remiremont, on n'est comptait que 74.(46)

En Lorraine, plus de la moitié des morts est due à des cancers et à des pathologies cardiovasculaires(46). On note également une forte mortalité liée aux broncho-pneumopathies chroniques obstructives (+61% par rapport à la moyenne nationale)(57).

La mortalité prématurée, c'est-à-dire entre 0 et 64 ans, reste élevée en Lorraine (2,2‰ contre 2,0 ‰ en France) , particulièrement dans les Vosges (2,4‰), et a fortiori dans le centre des Vosges, dont fait partie le secteur d'Epinal (41), malgré des progrès depuis les dix dernières années. Elle pourrait être évitée, pour moitié, par la prévention et le dépistage(46), en particulier concernant l'alcool, les cancers, le suicide (57).

En ce qui concerne la mortalité infantile, les Vosges sont également mal situées, avec une valeur de 3,7‰, soit 0,1 point de plus que la valeur nationale. à noter que sur ce point, la valeur régionale est meilleure que la nationale (3,3‰).(58)

L'éducation à la santé mérite donc d'être particulièrement améliorée dans les Vosges, notamment au cours des consultations des médecins généralistes.

D. Environnement

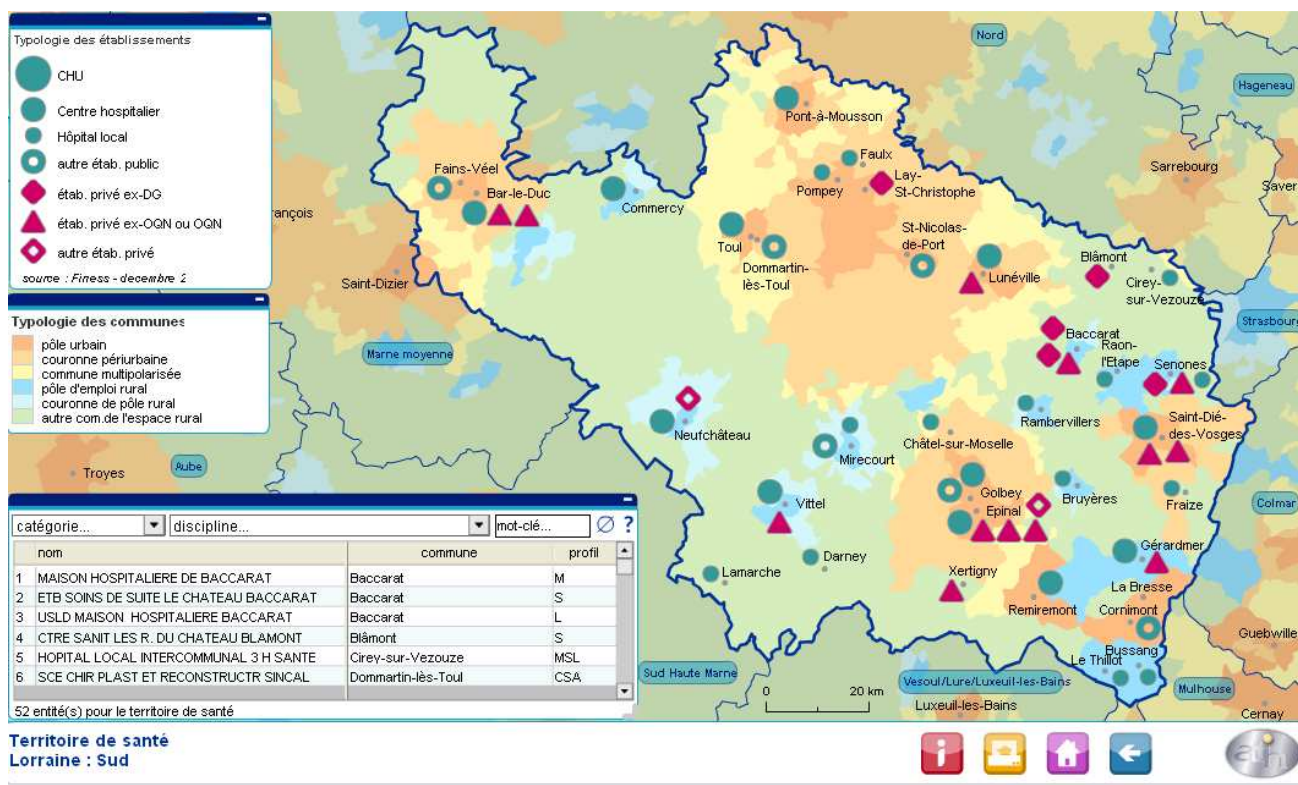
En matière de santé environnementale, les Vosges sont touchées par la présence de radon, gaz radioactif, et la sécurité liée à la consommation de l'eau n'est pas toujours garantie, puisque seuls deux tiers des captages d'eau sont sécurisés. La qualité de l'air est variable, car, bien que celle de l'air extérieur soit généralement bonne, elle se dégrade aux pourtours des sites industriels et routiers, ainsi que dans les habitats, avec un risque important d'intoxication au monoxyde de carbone. (46) Par ailleurs, 15% des Lorrains sont exposés au cours de leur parcours professionnel à au moins une substance cancérigène (enquête Sumer 2003).

Au total, l'HAD d'Epinal couvre un bassin de population hétéroclite, mais dont une forte proportion est pauvre, vieillissante, avec un niveau de santé plus bas que dans le reste du département. Les besoins en soins y sont donc importants, et la présence des médecins généralistes sur le territoire, en consultations ou pour une hospitalisation à domicile, doit y être garantie.

V. Offre de soins

A. Offre hospitalière générale

1) En Lorraine



Carte 3 : Offre de soins dans le sud de la Lorraine (59)

Le secteur hospitalier lorrain est marqué par un taux d'équipement et un taux de recours plus important d'environ 10% (46) par rapport au niveau national (41).

Cette surconsommation de soins, en partie liée à la « demande induite » (60) par la forte densité médicale, conduit la Lorraine à se classer 2^e région de France concernant le déficit de ses établissements de santé.

Le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) conseille donc :

- d'améliorer le taux d'occupation et la durée des séjours des établissements dont les indicateurs sont le plus éloignés de la moyenne,
- d'améliorer l'utilisation des blocs opératoires,
- de développer les alternatives à l'hospitalisation complète, en particulier l'HAD, afin de gagner en efficience.

Il prévoit également que soient revues certaines filières gériatriques, puisque 70% des séjours de médecine concernant des personnes âgées de plus de 75ans ; là encore, l'HAD a toute sa place, tant pour éviter une hospitalisation traditionnelle, que pour diminuer de la durée d'hospitalisation.

Taux d'équipement en établissement de santé au 1er janvier 2012 en lits et places pour 1000 habitants			
	Vosges	Lorraine	France
Court séjour			
médecine	2,38	2,57	2,05
chirurgie	1,34	1,58	1,48
gynécologie-obstétrique (1)	0,8	0,8	1,52
Soins de suite et réadaptation	1,92	1,59	1,4
Psychiatrie			
infanto-juvénile (2)	0,77	0,85	non dispo.
Adulte	1	1,45	1,16

Tableau 9 : Taux d'équipement en établissement de santé dans les Vosges, en Lorraine et en France au 01/01/12 (61)(62)(63)

(1) : en lits et places pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans.

(2) : en lits et places pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans.

Sources : ARS et Drees, SAE; Insee, estimations de population au 1er janvier 2010.

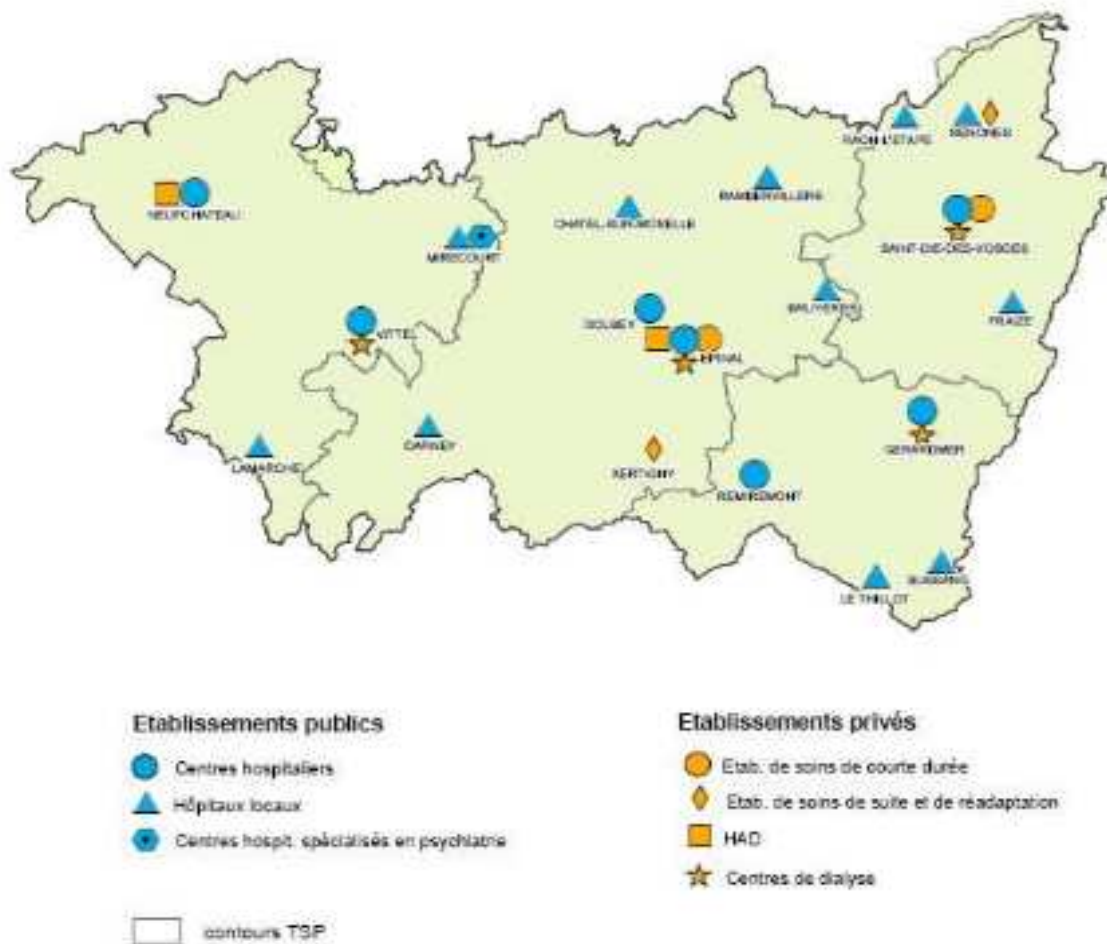
Le taux d'équipement en lits de chirurgie, mais surtout de médecine, est plus important en Lorraine qu'en France. Cependant, la gynécologie-obstétrique est moins bien équipée en lits, avec un taux amputé presque de moitié par rapport à la moyenne française. Les lits de soins de suite et réadaptation et psychiatrie sont plus proches des valeurs nationales.

L'offre de soins hospitaliers lorraine est donc surabondante, mais mal répartie entre les différentes spécialités.

2) Dans les Vosges

Les Vosges comptent davantage de lits de médecine et de soins de suite et réadaptation, que la moyenne française ; cependant, concernant la chirurgie, la gynécologie-obstétrique et la psychiatrie, l'offre est moins abondante que dans l'ensemble de la France, et de la Lorraine, ce qui témoigne de grandes disparités sur la région.

L'équipement hospitalier vosgien se compose de 26 établissements, publics ou privés, qui proposent 2 800 lits, bien réparti sur le territoire (52). On trouve 4 centres hospitaliers généraux et une clinique.(46)



Carte 4 : Etablissements de santé des Vosges hors USLD (unité de soins de longue durée) (46)

Comme le montre cette carte, l'offre est abondante sur le secteur d'Epinal, avec un centre hospitalier général, le centre hospitalier Emile Durkheim et une clinique privée, la Ligne Bleue.

Certaines spécialités ne sont présentes que dans un type d'établissements, et la permanence des soins n'est pas d'accès direct partout.

Si cette offre permet un libre choix de prise en charge au patient, plus de collaboration entre les structures permettrait un accès plus égalitaire aux soins.

B. Soins palliatifs

1) Offre en Lorraine et dans les Vosges

Les soins palliatifs sont accessibles en Lorraine via :

- les unités de soins palliatifs (une au CHU de Nancy et une au CHR de Metz),
- les lits identifiés en soins palliatifs (LISP),
- les équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP)
- les réseaux de soins palliatifs
- et les associations d'accompagnement.

	Lorraine	Vosges	National
Unité de soins palliatifs (lits/ 100 000 hab.)	1,08	0	1,8
Lits identifiés en soins palliatifs (lits/ 100 000 hab.)	11,55	9,74	11
Equipe mobile de soins palliatifs (1 équipe pour x hab.)	1/121 620	1/95 000	1/200 000

Tableau 10 : Offre de soins palliatifs dans les Vosges et en Lorraine (41)(64)(65)(66)

La Lorraine compte une **unité de soins palliatifs** de 15 lits au CHU et une unité de 10 lits au CHR de Metz. La région est sous dotée par rapport à la moyenne nationale, et les unités sont trop distantes des bassins de population. Il conviendrait donc, comme le suggère le SROS-PRS Lorraine, de créer 2 unités, une en Moselle, une dans les Vosges. Ainsi, l'accès aux unités de soins palliatifs sera facilité.

Les **lits identifiés en soins palliatifs** (LISP) viennent compléter cette offre, même si l'activité réelle de ces lits est difficile à mesurer. Les 267 lits lorrains sont bien répartis sur le territoire entre les départements, mais insuffisamment au vu de la répartition géographique des décès dans les départements.

Dans les Vosges, 37 LISP sont disponibles soit 9,74 lits pour 100 000 habitants, ce qui est proche de l'objectif régional de 10 lits pour 100 000 habitants.

Par ailleurs, le territoire lorrain est particulièrement bien doté en **équipes mobiles de soins palliatifs** (EMSP), avec 19 équipes, donc 4 dans les Vosges. La composition et l'activité des EMSP n'est cependant pas la même partout, en particulier en matière de présence médicale.

Les **réseaux de soins palliatifs** sont au nombre de 3 en Lorraine :

- Pallidum en Moselle
- Trait d'union en Meurthe et Moselle
- Autrement pour les Vosges et les 7 cantons sud de la Meurthe et Moselle.

Les équipes pluriprofessionnelles qui y travaillent, apportent aux patients qui souhaitent rester à domicile, leur expertise en soins palliatifs. La réforme entreprise sur la politique des réseaux ne donne pas de certitudes sur l'avenir de ces prises en charge.

4 associations d'accompagnement sont également présentes en Lorraine :

- l'association Pierre Clément Lorraine, à Metz
- l'association ASP - Accompagner, à Nancy
- l'association ASP - Accompagner en Meuse
- l'association ASP Ensemble dans les Vosges.

Elles viennent compléter l'offre de soins palliatifs, même si le recrutement des équipes et l'intégration aux établissements de santé reste parfois difficile.

Globalement, l'activité de soins palliatifs – qui représente plus de 25 % de l'activité d'HAD (en motif de prise en charge principal (MPP))(67) - mérite encore d'être développée dans les Vosges, puisque l'offre hospitalière intra-muros est trop restreinte, et les moyens extra-hospitaliers ou mixtes ne sont pas homogènes. Les partenariats entre les différents intervenants devraient également se développer et inclure médecins traitants, pharmaciens, infirmiers libéraux.

2) Le réseau Autrement

Ce réseau intervient sur la zone de notre enquête, et a été cité par plusieurs médecins interrogés.

L'équipe se compose d'un médecin et de 2 infirmières. Elle apporte expertise, soutien et accompagnement à l'équipe soignante en place, sans s'y substituer.

La demande d'inclusion d'un patient peut être réalisée par un soignant libéral ou hospitalier, un service social, le patient ou son entourage. L'équipe Autrement prend alors contact avec le patient et/ou son entourage pour organiser une visite d'inclusion, au domicile ou à l'hôpital et recueillir l'accord du médecin traitant. Des évaluations sont ensuite régulièrement effectuées et peuvent conduire à des propositions d'adaptations thérapeutiques, à un soutien social...La sortie du dispositif peut se faire à tout moment, sans justification.

Le réseau Autrement propose également, via l'association éponyme, des formations professionnelles, axées sur la douleur, la réflexion éthique, les soins palliatifs...

C. Structures prenant en charge des personnes âgées

4 900 places d'**EHPAD** (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) (46) sont disponibles dans les Vosges ; elles sont proportionnellement plus nombreuses que dans les autres départements lorrains, et en rapport à la population résidente.

Les **SSIAD** (Services de Soins Infirmiers à Domicile) assurent, sur prescription médicale, aux personnes âgées de plus de 60 ans malades ou dépendantes et aux personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap ou atteintes de maladies chroniques, les soins infirmiers et d'hygiène générale ainsi que les concours à l'accomplissement des actes essentiels de la vie. (41)

Le nombre de places en SSIAD, qui était proche de la valeur nationale en 2009 -18,8 places pour 1000 habitants dans les Vosges, 18,9 en France métropolitaine(68) - s'en éloigne en 2012, avec 18,5 places pour 1000 habitants dans les Vosges et 19,3 en France. (69) Cette limitation du nombre de place disponibles peut conduire à un problème de prise en charge de patients trop lourds pour le SSIAD mais pas assez pour l'HAD.

D. Accès aux soins de premier recours

Les soins de premier recours sont les « **soins accessibles**, dans le respect de la sécurité et de la qualité, **au sein des bassins de vie**, c'est-à-dire le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi » (définition INSEE).

Selon la loi HPST, les soins de premier recours comprennent :

- la prévention,
- le dépistage,
- le diagnostic,
- le traitement et le suivi des patients,
- la dispensation et l'administration des médicaments,
- l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social,
- et l'éducation pour la santé. (46)

L'OMS définit, dans la déclaration d'Alma-Ata, en 1978, les soins de santé primaires :

" Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination."

Les soins de premier recours reflètent donc une prise en charge globale de la santé, dans un périmètre facilement accessible, avec le respect des connaissances scientifiques actuelles et la prise en compte du contexte social. La participation active de la population est un élément important de ces soins.

Des zones « fragiles » sont définies de façon opposable au niveau national en ce qui concerne l'accès aux soins primaires. En Lorraine, le seuil est fixé à 7,5 % de la population (41).

L'HAD d'Epinal couvre un territoire particulièrement exposé à ces difficultés d'accès aux soins : en effet, une zone autour de Rambervillers et Bruyères est classée en zone déficitaire et une zone autour de Bains-les-Bains est à risque de le devenir(41).

En effet, le bassin de vie de Darney (situé à une vingtaine de kilomètres de Bains-les-Bains) comptait en 2011 une densité faible en médecins généralistes ; plus d'un quart des médecins avait alors 60 ans ou plus, et la moyenne d'âge de 60 ans montre la proximité de la fin de carrière de beaucoup d'entre eux (70). Ce secteur présente donc des difficultés actuelles pour l'accès aux soins primaires, et elles risquent de s'aggraver à l'avenir si de nouveaux médecins ne s'installent pas.

Pour limiter ces difficultés d'accès aux soins, plusieurs projets de maisons de santé ont vu le jour ; certains sont aboutis, comme à Darney ou Rambervillers, d'autres sont en cours d'élaboration, comme à Monthureux-sur-Saône.

Autour d'Epinal, ces projets de structures d'exercice regroupé sont moins nombreux que dans le Sud-Ouest vosgien (46).

A Rambervillers, la maison de santé pluridisciplinaire a favorisé l'installation d'un jeune médecin (cf. entretien 2 ci-après).

E. Démographie médicale

1) Densité médicale

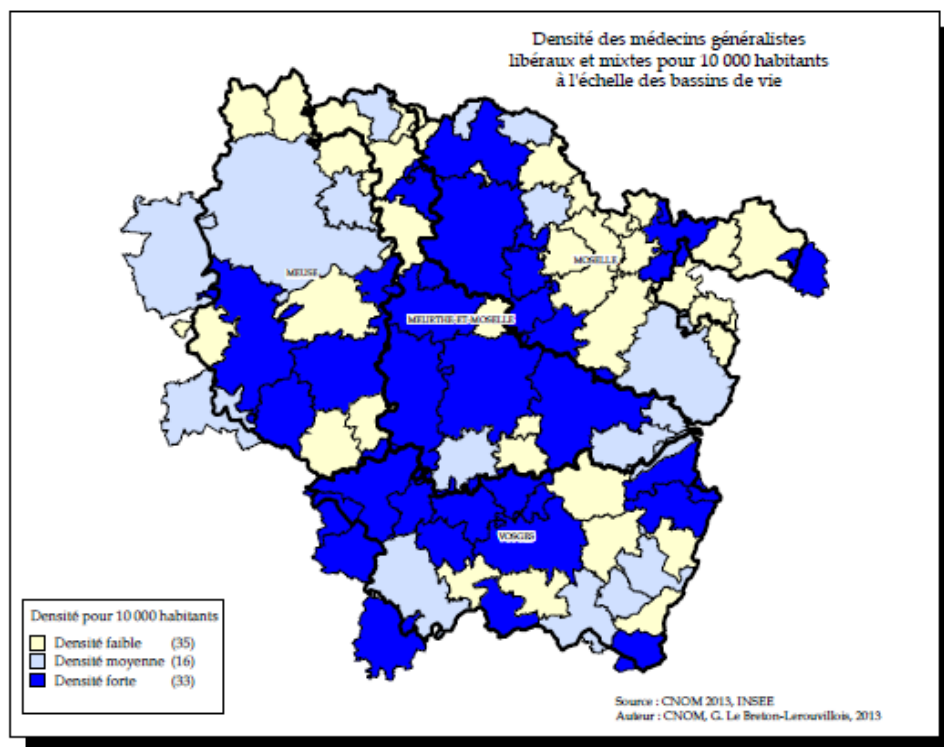
En Lorraine, la densité médicale est se situe dans l'intervalle de confiance de la moyenne nationale (290,7 médecins exerçant un activité régulière⁵ pour 100 000 habitants contre 299/100 000)(71), principalement répartie le long du sillon mosellan et dans les territoires peu enclavés, en particulier aux abords des centres hospitaliers.(41)

Alors que la concentration lorraine en médecins généralistes est proche de la moyenne française (104 généralistes pour 100 000 habitants, contre 108 en France), les écarts de densité se creusent en ce qui concerne les médecins spécialistes : 75 contre 94 pour 100 000 habitants (72). Cependant, le nombre de spécialistes augmente depuis plusieurs années, tandis que le nombre de généralistes diminue en Lorraine.(71)

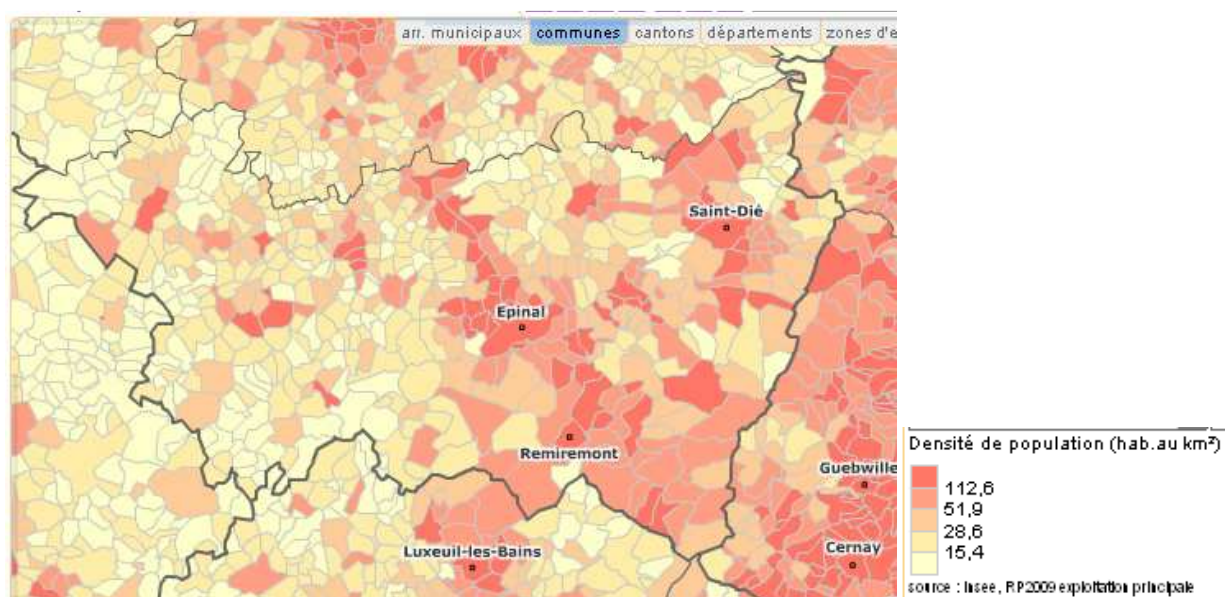
Dans les Vosges, on compte en 2013, 126 médecins généralistes pour 100 000 habitants et 97,5 spécialistes pour 100 000 habitants (71)(en 2011 : 126 médecins généralistes pour 100 000 habitants (soit 14% de moins que la moyenne nationale) et 90 médecins spécialistes pour 100 000 habitants (soit 34% de moins que la moyenne nationale), d'après l'Ordre des Médecins. (70). Ces valeurs évoluent, depuis 2007, vers l'augmentation du nombre de spécialistes et la diminution du nombre de généralistes ; et cette tendance devrait se poursuivre à l'horizon 2018.(71)

A noter que dans les Vosges, la part des actifs réguliers ne représentent que 12.9%, contre 40,5% environ en Meurthe-et-Moselle et Moselle, (mais 5.8% en Meuse).(70)

⁵ Une activité régulière est une activité exercée au même endroit d'après la définition ordinale. Tous les chiffres de ce paragraphe s'entendant en activité régulière.



Carte 5 : Densité des MG libéraux et mixtes pour 10.000 habitants à l'échelle des bassins de vie (71)



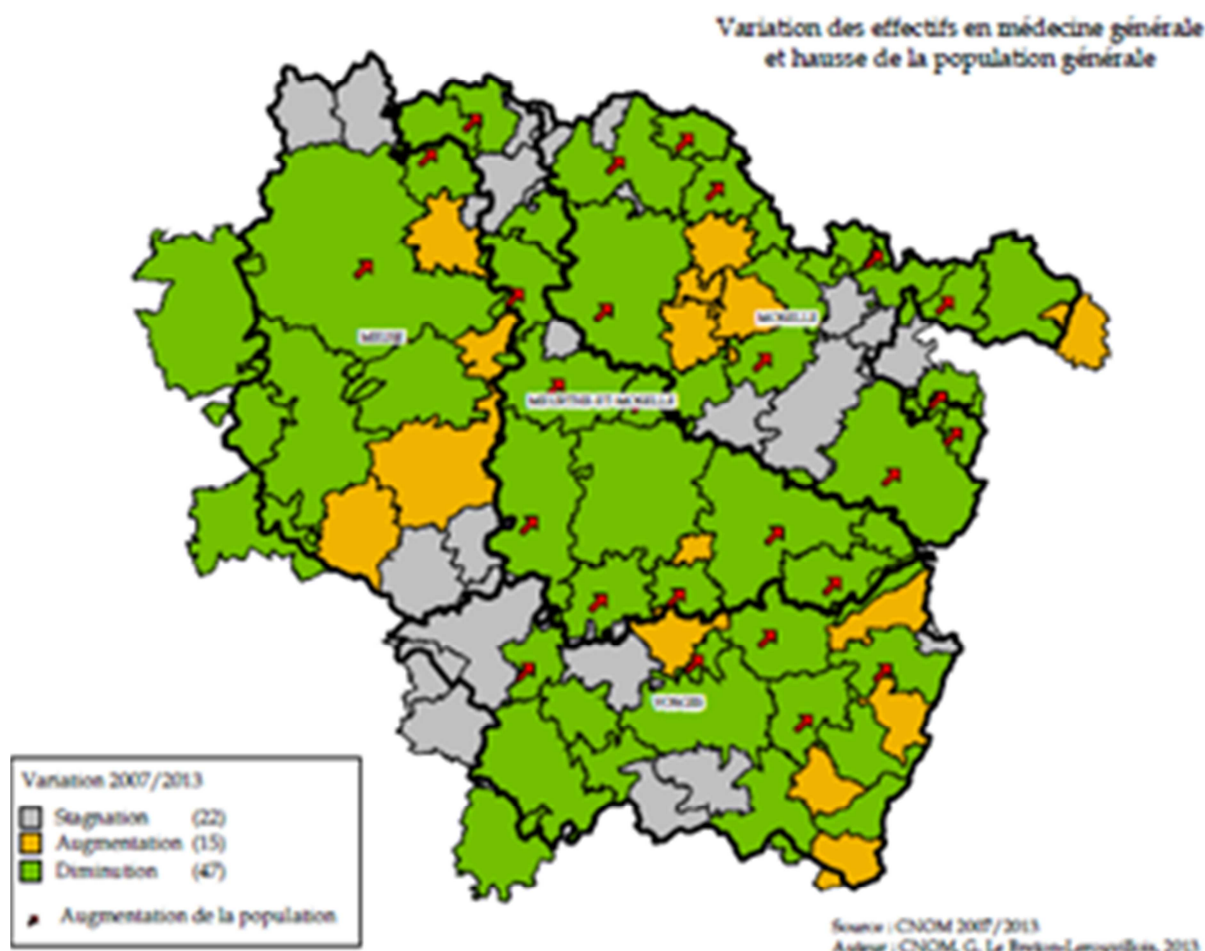
Carte 6 : Densités de population par commune sur le département des Vosges(73)

Sur le secteur de l'HAD d'Epinal, la densité de médecins passe d'une densité forte à une densité faible sur des bassins de vie contigus, et la répartition des médecins ne se superpose pas toujours à celle de la population : au sud d'Epinal, la faible densité médicale se confronte à une population assez importante.

La charge de travail est donc très variable d'un secteur à l'autre, la disponibilité pour une éventuelle hospitalisation à domicile également.

Par ailleurs, la variation des effectifs des médecins généralistes ne suit pas toujours celle de la population : si 22 des 84 bassins de vie lorrains maintiennent leurs effectifs, certains les voient augmenter, comme à Commercy ou à Boulay, mais beaucoup les voient diminuer,

- alors que leur population diminue, comme à Darney ou Remiremont,
- ou, plus problématique, alors que leur population augmente : se pose alors la question de l'accès aux soins primaires, dans les secteurs, par exemple, de Châtenois, de Saint Dié ou de Bruyères.



Carte 7 : Variation des effectifs en médecine générale et hausse de la population générale (71)

2) Particularités des médecins exerçant actuellement

Dans les Vosges, le vieillissement de la population médicale est particulièrement marqué, avec plus de la moitié (58%) des médecins âgés de plus de 55 ans (71). D'ici 2015, 4 médecins sur 10 auront atteint l'âge de la retraite(68).

L'attrait à l'installation, considéré comme faible, en particulier dans les zones déjà dévitalisées, tend à être amélioré par l'implantation de structures d'exercice pluridisciplinaire. Cela devrait permettre de subvenir aux besoins en soins de premier recours, qui devrait augmenter avec l'accroissement du nombre de maladies chroniques liées à l'âge.

40% des médecins actifs réguliers lorrains sont des femmes ; en médecine générale, elles représentent 29% des effectifs actuellement.

61,5% des médecins généralistes travaillent exclusivement en mode libéral, 6,5% ont un exercice mixte.

3) Caractéristiques des jeunes médecins

a. Lorrains

Sur les 239 nouvelles inscriptions (quelle que soit la spécialité) à l'Ordre des Médecins en Lorraine en 2012, 53,1% ont été réalisées en Meurthe et Moselle, 27,6% en Moselle, 12,6% dans les Vosges et 6,7% en Meuse.(71) On constate donc que les Vosges ont davantage attiré qu'en 2010, où seuls 8,5% des nouveaux inscrits avaient choisi ce département.(70)

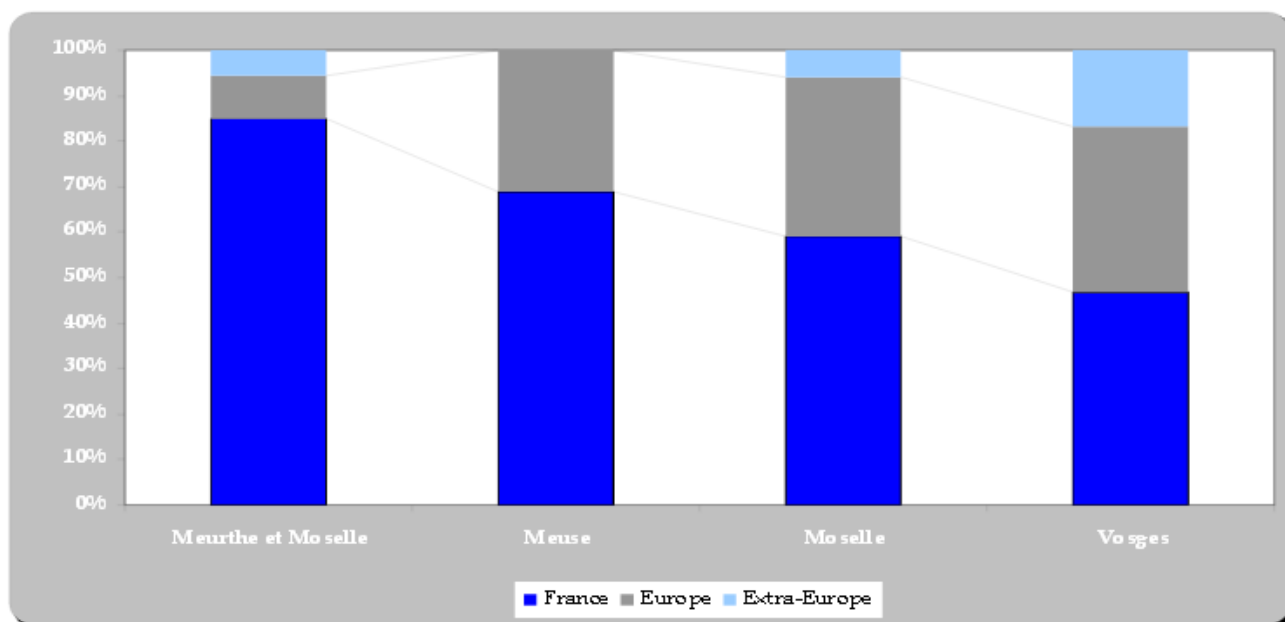
Presque 70% des nouveaux inscrits exercent en tant que salariés (toutes spécialités confondues), 21,8% travaillent en tant que remplaçants, 7,5% s'inscrivent en exercice libéral, ce qui correspond à la proportion nationale (9,4%)(71). 5 ans après leur première inscription en 2008, 56 des 198 nouveaux médecins ont quitté la Lorraine ; les départs concernent surtout la Meurthe-et-Moselle, mais aussi pour 14%, la Moselle et les Vosges.

Plus de la moitié des effectifs (52% quelle que soit la spécialité, et 55% en Médecine générale) est maintenant occupée par des femmes.

En ce qui concerne les 66 nouveaux inscrits lorrains en Médecine Générale en 2010, ils sont âgés en moyenne de 32 ans, le ratio hommes/femmes est de 3/2 alors qu'actuellement presque trois quarts des praticiens sont des hommes(70) .

b. Vosgiens

La moitié des nouveaux inscrits vosgiens est titulaire d'un diplôme européen ou extra-européen, alors qu'en Meurthe et Moselle, les nouveaux inscrits sont presque tous titulaires d'un diplôme français, et majoritairement nancéen(71). 40% d'entre eux ont choisi de s'installer en milieu rural(70).



Graphique 2 : Origine des diplômes des nouveaux inscrits à l'échelle départementale (71)

L'hospitalisation à domicile dans le secteur d'Epinal s'inscrit donc dans un cadre démographique particulier :

- La population médicale vosgienne se caractérise par des effectifs médicaux restreints, qui doivent faire face à une population qui requiert des soins, mais aussi des actions de prévention.

- Les années à venir risquent de voir l'augmentation de la part des personnes les plus âgées accroître la demande de soins, quand l'offre de Médecine générale diminue. Le recours aux spécialistes, peu nombreux, devient difficile, mais sera peut-être facilité par la télémédecine.

VI. Télémédecine

A. L'essor de la télémédecine

La télémédecine trouve son origine aux Pays-Bas avec la première transmission en 1905, d'un électrocardiogramme à une distance d'un kilomètre et demi, par Willem Einthoven.

Puis, en 1920, aux Etats-Unis, la première licence de radio est délivrée à New York pour le service médical aux bateaux.

La première transmission – à 38 km - d'image radiographique par téléphone, a lieu en 1948.

La télémédecine se développe ensuite dans l'Amérique rurale, ainsi que dans le nord de la Norvège, dans les années 1950-1960, **pour répondre à l'isolement des populations.**

Les progrès des sciences et technologies de l'information et de la communication (STIC) dans les années 1990 ont permis l'essor de la télémédecine, au départ dans le milieu militaire américain:

- ⇒ les premières consultations par des spécialistes depuis des hôpitaux mobiles ont lieu lors de la Guerre du Golfe
- ⇒ puis une expérimentation à plus grande échelle se déroule lors du débarquement en Somalie
- ⇒ et en 1997, 20 000 soldats américains bénéficient de soins par télémédecine pendant l'intervention en Bosnie (74).

Ces différentes expériences militaires ont servi de tremplin à la télémédecine civile :

- ⇒ en 1994, la première expérience de téléradiologie est réalisée entre l'hôpital Cochin à Paris et l'Hôtel Dieu de Montréal
- ⇒ en 2001, la première opération de téléchirurgie dite « opération Lindbergh » - du nom du premier aviateur à avoir traversé l'Atlantique en solitaire et sans escale en 1927 – permet l'opération d'une patiente strasbourgeoise par un chirurgien new-yorkais.
- ⇒ la première conférence médicale sur Second Life se tient en 2008, puis se développe sur ce site un espace de formation médicale et chirurgicale, auquel participent des universités comme Sydney, Harvard et Stanford(75) .

B. Etat des lieux en France

1) Définition

La télémédecine regroupe les « **actes médicaux, réalisés à distance, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication** » (76).

Elle vise à mettre en rapport un professionnel médical

- avec un patient,
- avec d'autres professionnels médicaux,
- ou avec un autre professionnel soignant(77).

2) Les grandes étapes législatives de la télémedecine en France

- L'article 32 de la loi du 13 aout 2004 reconnaît l'acte de télémedecine comme un **acte médical à part entière**, répondant aux mêmes règles de déontologie que les autres et placé sous la responsabilité du médecin. Il consacre également la télémedecine comme un outil de meilleure **organisation des soins**, grâce en particulier à la coopération entre praticiens hospitaliers ou entre libéraux et hospitaliers.

- L'article 78 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire HPST (78), en 2009, pose le début de définition de la télémedecine, repris dans l'article L 6316-1 du code de la Santé Publique en 2010, qui lui, donne une **définition** détaillée de la télémedecine, et précise sa **réglementation** ; la télémedecine devient un moyen d'**accès plus égalitaire aux soins**, puisqu'elle doit tenir compte de « l'insularité et l'enclavement géographique. »

- Le décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 pris en application de la loi HPST décrit les différents **champs** de la télémedecine, et ses **conditions** d'exercice.

En ce qui concerne le financement de ces actes, ce décret reste vague, mais prévoit leur **rémunération**, en particulier via les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac), et le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Ficqcs).

Ce décret précise, au-delà de la définition de la télémedecine, que comme tout acte médical, les activités de télémedecine sont soumises au **consentement** libre et éclairé du patient, éventuellement recueilli par voie électronique, et au code de déontologie médicale.

Chaque intervention doit figurer dans le **dossier** du patient tenu par chacun des protagonistes. Elle doit comprendre l'authentification des professionnels et l'**identification** du patient, l'horodatage, et, le cas échéant, les incidents survenus.

Si besoin est, le patient doit être **formé** à l'utilisation des appareils permettant l'enregistrement des données nécessaires à son suivi à distance.

Les **données stockées** par les technologies de l'information et de la communication sont réglementées par la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978) et à la loi concernant l'hébergement des données de santé à caractère personnel (quatrième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la Santé Publique) qui stipulent que ce stockage, consenti par le patient, fait l'objet d'un contrat et d'un agrément donné par décret après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) et des conseils de l'ordre des professions de santé.

L'activité de télémedecine est soumise à la **tutelle de plusieurs autorités** (76) : programme national, contrat pluriannuel de d'objectifs et de moyens (CPOM), contrat entre l'ARS et le professionnel participant à cette activité, dans le respect des programmes régionaux de développement de la télémedecine.

Ces accords visent à garantir le **respect de l'organisation locale des soins**, en particulier pour parer aux déficiences de l'offre de soins liées à l'environnement géographique (77), celui des conditions d'exercice, notamment l'**homologation** des appareils utilisés, dont dépend la fiabilité des valeurs à interpréter (79) et l'obligation d'**assurance** du professionnel, particulière dans le cas de la télémedecine, puisqu'apparaît une forme de coresponsabilité –qui n'a pas d'existence légale–, entre les professionnels intervenants, mais aussi avec les fournisseurs de matériel et de télécommunications.

- La loi de financement de la sécurité sociale de 2010 a facilité la **rémunération** des actes de télémedecine, en levant deux obstacles pratiques : l'abolition de l'obligation de réaliser un examen clinique pour facturer une consultation, et la délégation éventuelle de la facturation au médecin qui sollicite l'avis.

3) Définitions des différents actes de télé médecine (76)

- la **téléconsultation** :

Consultation à distance, en présence éventuellement d'un professionnel de santé pouvant assister le médecin distant.

Le diagnostic, mais aussi la prescription de soins, d'actes ou de médicaments, s'inscrivent dans ce cadre. Le CNOM, dans son Livre Blanc de la Télé médecine(79), recommande toutefois qu'il n'y ait pas de « téléconsultation d'annonce » pour les pathologies engageant le pronostic vital.

- la **téléexpertise** :

Prise à distance de l'avis d'un ou plusieurs confrère(s) si la prise en charge d'un patient nécessite ses (leurs) compétences, dans un but de traitement ou d'aide à la prise de décision.

Ce domaine est particulièrement développé en cancérologie- qui représente environ 30% de l'activité en HAD (35) -, afin de faciliter les réunions de concertation pluridisciplinaires, ainsi qu'en imagerie, notamment pour les cas de neurochirurgie.

- la **télesurveillance médicale** :

Interprétation à distance de données acquises dans le cadre du suivi d'un patient, quel que soit leur mode d'acquisition (par le patient ou par un professionnel, médical ou non).

Elle permet de suivre à distance l'évolution de l'état de santé d'un patient, dans le cadre de pathologies chroniques - par exemple insuffisance rénale, cardiaque, respiratoire, diabète et même dialyse -, ou après un traitement, et si besoin, de modifier la prise en charge. Il en découle une dimension d'éducation thérapeutique, qui pourrait améliorer l'observance, mais aussi une problématique de réponse aux données relevées : qui relève les données, les interprète et adapte la prise en charge du patient ?(80)

- la **téléassistance médicale** :

Assistance, par un professionnel médical, d'un autre professionnel de santé, dans la réalisation d'un acte à distance.

La téléchirurgie entre dans ce champ.

- la **réponse en régulation médicale** :

Il s'agit ici de la réponse dans le cadre d'appels au SAMU ou à Médigarde.

- Les **autres « spécialités » de télésanté**, comme la téléassistance, l'e-formation, sortent du cadre de la télé médecine.

L'OMS entend par télésanté « *le management et le support à la santé au niveau national et international, par des communications interactives sonores, visuelles et de données. Ceci inclut les prestations de soins de santé de base, les consultations, l'accès aux centres et aux dépôts des connaissances, la gestion des établissements de santé, la formation de base, la formation continue, la recherche, la surveillance des maladies et la gestion des urgences.* »(OMS, 1996)

4) Activité

Cinq chantiers prioritaires ont été définis par le Comité de pilotage national de Télémédecine en 2011 (81) :

- Permanence des soins en imagerie ;
- Prise en charge de l'AVC ;
- Santé des personnes détenues ;
- Prise en charge des maladies chroniques ;
- Soins en structure médico-sociale ou en hospitalisation à domicile (HAD).

La FNEHAD, dans son livre blanc des systèmes d'information en HAD(80), évoque l'utilisation actuelle de l'informatique en HAD , à des fins « traditionnelles », mais encore peu pour la coordination et les processus de soins. Elle considère la télémédecine en particulier comme **un moyen d'accéder à des impératifs pour l'HAD** en matière de qualité de soins, coordination, performance, et reconnaissance. Le SROS-PRS Lorraine (janvier 2012), quant à lui, recommande l'utilisation de la télémédecine en particulier pour les coopérations interprofessionnelles.

La FNEHAD formule par ailleurs, dans ce document, des avis sur ses objectifs en télémédecine : par exemple, l'utilisation de procédures de soins, la rédaction de référentiels de sécurité et confidentialité, l'informatisation de la totalité du circuit du médicament, la participation à un maximum d'expériences locales.

D'autres recommandations ont été émises par l'HAS, qui a constitué une « **grille de pilotage et de sécurité** »(82) afin d'aider au déploiement de la télémédecine, pour les professionnels désireux de pratiquer une activité de télémédecine. Elle apporte des éléments d'ordre pédagogique aux professionnels, et des garanties de sécurité et de qualité aux patients. La DGOS a également publié en mars 2012 un **guide méthodologique pour l'élaboration des contrats et des conventions en télémédecine**, dans la même idée.

Pour moderniser le système d'information, en particulier au niveau des exigences réglementaires de sécurité et de confidentialité, la FNEHAD estime que 3 à 4% du budget annuel serait nécessaire, soit environ 7 euros par jour et par patient (sur la base d'un GHT de 200 euros), ce qui représente une charge importante, en particulier pour les petites structures.

En 2011, le premier état des lieux du déploiement de la télémédecine retrouvaient 250 projets, mais seulement 113 étaient opérationnels. Ces activités étaient encore très tournées vers le milieu hospitalier, puisque 85% impliquaient au moins un établissement de santé, et 60% des projets étaient uniquement hospitaliers.(83)

5) Fonctionnement en Lorraine

En Lorraine, Odys, le service de téléconsultation lorrain, a réalisé lors de sa phase d'expérimentation entre 2010 et 2011 la prise en charge d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) à la phase aiguë entre le CHU de Nancy et le centre hospitalier de Bar-le-Duc, pour étudier l'opportunité d'une thrombolyse, et des consultations pré-anesthésiques en milieu carcéral, entre le CHU et le centre pénitentiaire de Nancy-Maxéville.

Il est opérationnel depuis fin 2012 et prend maintenant en charge des patients en Unité de Dialyse Médicalisée, et en dermatologie depuis le 9 septembre 2013, entre le CHU et l'unité de consultation et de soins ambulatoires de Nancy-Maxéville (84).

L'avenir de la télémedecine se dessine également dans le cadre humanitaire, en particulier grâce à la téléchirurgie ou à la téléexpertise, ou dans la prise en charge de pathologies chroniques ou de dépendances par exemple à l'alcool ou aux opiacés.

« Faire voyager les informations plutôt que les patients⁶ » est une idée commune à la télémedecine et à l'HAD ; l'intérêt des patients se trouve d'une part dans la limitation de leur déplacement ou encore dans la limitation de l'« effet blouse blanche » lors de la télésurveillance, et d'autre part dans un accès plus équitable aux soins.

Pour les médecins, la télémedecine se présente comme un élément facilitateur de leur exercice, comme le précisait le Conseil national de l'Ordre de médecins dans son livre blanc sur la télémedecine(79), par exemple lors de réunions de concertation.

⁶ Stepfan Jaffrin «La Télémedecine: faire voyager les informations plutôt que le malade», Journal du Téléphone, (mai 1994)

VII. Matériel et méthode

A. L'entretien semi dirigé

1) Justification du choix de cette méthode

Cette méthode vient ici en complément des précédentes thèses lorraines sur le sujet(4)(5)(6), qui avaient été réalisées par questionnaires. Nous avons ici choisi de réaliser une étude qualitative, afin de chercher de nouvelles solutions aux freins à la prescription d'HAD par des médecins généralistes.

2) Formation à l'entretien semi-dirigé

Pour nous former, nous avons étudié trois documents :

- L'entretien compréhensif, Jean-Claude Kaufmann, Collection L'enquête et ses méthodes, éditions Armand Colin, février 2013
- Les méthodes en sociologie, Raymond Boudon, Renaud Fillieule Collection Que sais-je ?, édition PUF, septembre 2012
- L'entretien, Alain Blanchet et Anne Gotman Collection L'enquête et ses méthodes, éditions Armand Colin, 2007

Nous avons également suivi la formation en ligne *L'entretien semi-directif en sciences humaines* (Sibelet N, Mutel M, Arragon P, Luye M, Pollet S). (85)

3) Evolution du guide d'entretien⁷

Nous avons **construit** le guide d'entretien par rapport aux réponses apportées par les médecins interrogés dans les thèses précédemment citées.

Nous avons ensuite réalisé **2 entretiens tests** :

o Suite au premier entretien test, nous avons ajouté la phrase « *Je suis indépendante de l'HAD d'Epinal, n'hésitez pas à me faire part des points négatifs de votre expérience avec l'HAD* » en préliminaire à l'entretien, suite à la remarque qui nous avait été faite de notre assimilation à l'équipe d'HAD d'Epinal.

o Suite au 2^e entretien test, nous nous sommes aperçus que la question concernant l'informatisation du cabinet, n'apparaissait pas dans le guide d'entretien, nous l'avons donc ajoutée.

Il nous a paru, après cet entretien, plus naturel de commencer par se présenter, avant de situer notre projet. Nous modifions donc le guide d'entretien dans ce sens.

Après les 5 premiers entretiens, la question sur les bénéfices et la gratification du métier de médecin généraliste n'apporte pas de réponses pécuniaires. Nous reformulons donc la question en : « Que vous apporte votre métier ? » sans parler de bénéfices ou gratifications, qui connotent une réponse abstraite et déroutent les interviewés.

⁷ Voir en annexe 6 l'évolution du guide d'entretien

Comme la question concernant les éléments facilitateurs de la prescription d'HAD n'apporte pas de réponse concernant les contreparties, nous l'ajoutons au guide.

Après les 7 premiers entretiens, il nous a paru nécessaire d'évaluer comment les généralistes se représentaient l'HAD, ainsi que ce qu'ils pensaient des moyens à leur disposition pour prendre en charge leurs patients. Nous avons donc fait évoluer notre guide d'entretien (cf. annexe). Nous avons contacté par mail les 7 premiers médecins pour compléter leurs entretiens ; seuls les médecins 2, 4 et 7 nous ont répondu.

Si cette demande de complément n'a pas été réalisée par la méthode de l'entretien semi-dirigé, le contenu des réponses montre la liberté de parole recherchée par cette méthode. Le biais de désirabilité sociale (cf. infra) est peut-être plus important, mais le point de vue général de l'enquêté nous ayant été donné lors de l'entretien, l'interviewé n'a pas à le faire évoluer. Par ailleurs, les réponses sont congruentes avec le reste de l'entretien.

Par ailleurs, nous avons formalisé la question concernant le nombre de patients suivis en HAD par l'enquêté, d'une part parce que cette réponse était toujours fournie dans les 7 premiers entretiens et d'autre part parce qu'elle permet d'introduire naturellement l'expérience vécue en HAD.

B. Recrutement des médecins enquêtés

1) Critères d'inclusion

Nous avons choisi d'interviewer des médecins généralistes qui n'ont jamais prescrit d'hospitalisation à domicile, puisque l'objectif de la thèse est d'analyser les freins à cette prescription.

Nous souhaitons avoir parmi nos enquêtés au moins :

- un médecin en zone déficitaire
- un médecin exerçant en ville
- un médecin récemment installé
- un médecin exerçant seul
- un médecin en maison de santé
- deux médecins exerçant ensemble
- plusieurs femmes
- un médecin travaillant à temps partiel
- un médecin avec un exercice particulier
- un médecin n'ayant pas été partenaire de l'HAD d'Epinal, c'est-à-dire n'ayant pas été le médecin traitant qui suit l'HAD.

L'HAD d'Epinal nous a fourni en cours d'échantillonnage une liste de médecins qui n'avaient pas été partenaires de l'HAD depuis la reprise d'activité. Nous avons pu voir 2 médecins de cette liste (7 et 14).

2) Prise de contact

Nous avons pris contact directement par téléphone, au cabinet des médecins choisis.

Nous nous sommes présentés et avons exposé le motif de notre appel, à savoir la préparation d'une thèse de Médecine Générale portant sur l'HAD d'Epinal. Nous avons demandé à parler directement au médecin chaque fois que possible. Lors de notre appel dans une maison de santé, un ancien camarade de promotion nous a proposé de nous recevoir sans que nous ne le sollicitons (médecin11).

Les rendez-vous ont été fixés un à dix jours après notre appel.

Nous avons précisé qu'il s'agissait d'entretien semi-dirigé, mais peu de médecins s'en rappelaient à notre arrivée, quelques jours plus tard.

Nous n'avons pas précisé que l'entretien serait enregistré, d'une part pour écourter notre appel téléphonique, qui avait lieu pendant les consultations, et d'autre part parce que le refus d'enregistrement n'était pas un critère d'exclusion de l'enquête.

3) Taille de l'échantillon

Nous avons arrêté de prendre des rendez-vous lorsque la saturation des données était obtenue, c'est-à-dire quand les réponses ont commencé à devenir redondantes.

En effet, les données sont ici « validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence » (86). Cependant, nous avons réalisé les 2 derniers entretiens prévus, afin de rechercher un « maximum de diversification » (86) et asseoir le point de saturation.

C. Retranscription des données

Afin de garantir l'anonymat des médecins, nous avons remplacé leur nom par un chiffre, correspondant à l'ordre dans lequel ils ont été interrogés. Nous avons également remplacé les noms de ville par des lettres (qui ne correspondent pas à l'initiale de la commune).

VIII. Analyse

A. La profession de médecin généraliste dans les Vosges centrales

1) L'exercice médical vosgien

a. Caractéristiques des médecins interrogés

Médecins	Age	Sexe	Ancienneté
1	60 ans	F	32 ans et demi
2	env. 30 ans	M	1 mois
3	env. 50 ans	M	24 ans
4	env. 35 ans	F	3 ans
5	env. 35 ans	F	5 ans
6	env. 60 ans	M	30 ans
7	env. 50 ans	F	22 ans
8	env. 50 ans	M	18 ans
9	env. 60 ans	F	32 ans
10	env. 55 ans	M	25 ans
11	env. 30 ans	M	1 an et demi
12	env. 40 ans	M	13 ans
13	env. 30 ans	F	5 ans
14	57 ans	F	31 ans

Tableau 11 : récapitulatif des caractéristiques des médecins enquêtés

i. Sexe

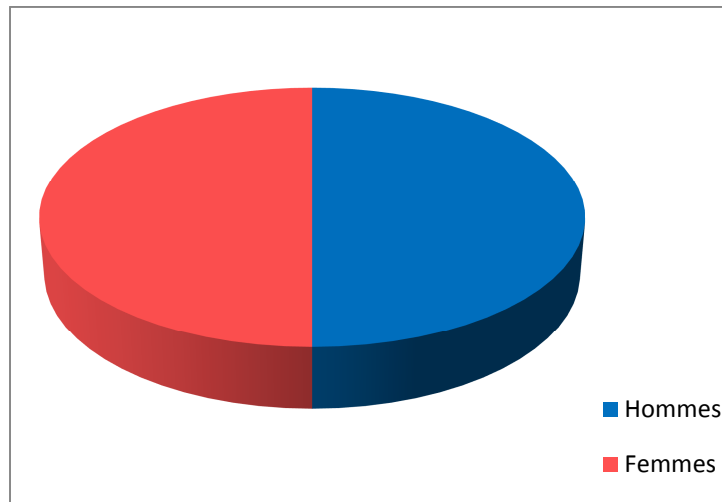


Diagramme 1: sexe des médecins interrogés

Nous avons pu interroger autant d'hommes que de femmes.

ii. Ancienneté

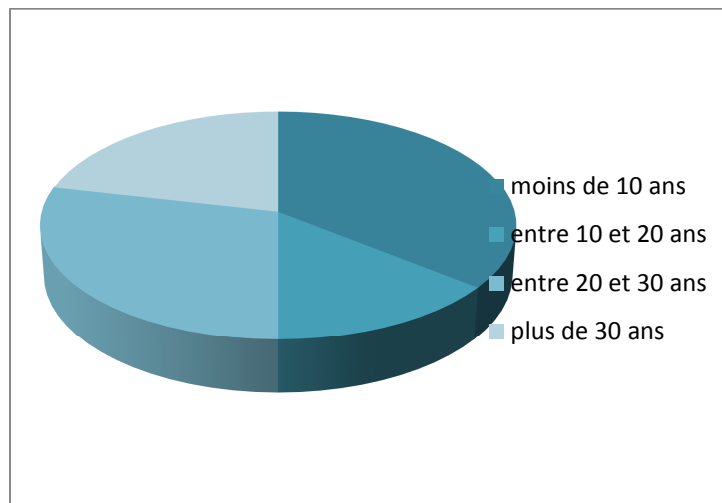


Diagramme 2 : Ancienneté des médecins interrogés

Nous avons pu interroger des médecins à différents moments de leur carrière.

iii. Les compétences particulières

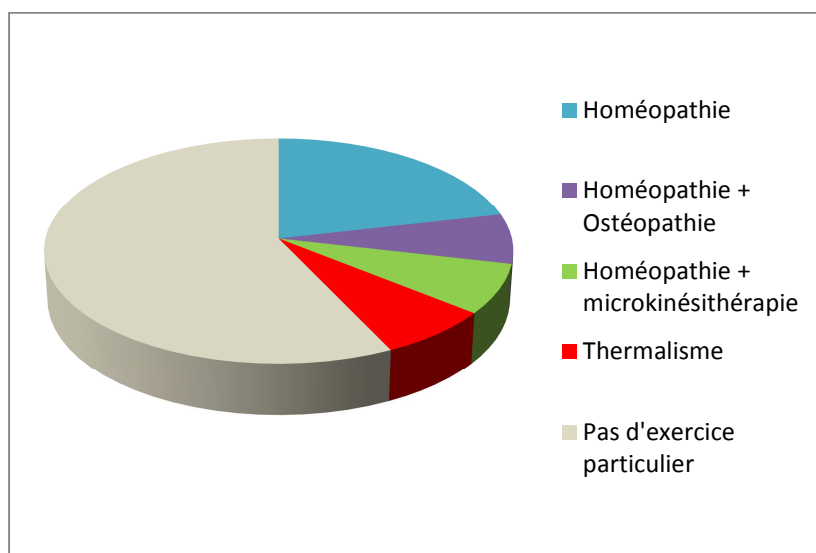


Diagramme 3 : Exercices particuliers chez les interrogés

Plusieurs médecins pratiquent l'homéopathie : les médecins 1, 7, 9, 10, 12. Le médecin 10 a un exercice d'ostéopathie. 2 médecins sont formés aux soins palliatifs : le médecin 2 (en cours de formation) et le médecin 7.

Deux médecins désirent faire de leur exercice particulier leur activité principale pour leur fin de carrière : le médecin 1, formée ces dernières années à la microkinésithérapie et le médecin 14, avec son activité en thermalisme.

iv. Fonctions annexes

- Consultations spécialisées et mandats

Plusieurs médecins complètent leur exercice de médecine générale par une autre fonction :

- le médecin 6 réalise des **visites de permis de conduire** ; il est également membre d'un **syndicat** (MG France) et d'une **association de médecins** (Groupe Pasteur Mutualité).
- le médecin 7 assure des consultations en **CSAPA** (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) et s'implique dans une **association** (ATD quart monde)
- le médecin 8 réalise des consultations au **centre hospitalier spécialisé** de Ravenel, ainsi que des consultations de **conseil aux voyageurs** à Nancy, une fois par semaine.
- le médecin 10 a été élu à **l'Ordre des Médecins**.
- le médecin 13 est « **parent d'élève** »

Le médecin 4 regrette de ne pas disposer de suffisamment de temps pour s'investir dans une fonction représentative.

- Enseignement

Plusieurs généralistes, quelle que soit leur ancienneté, sont impliqués dans la formation des étudiants en Médecine :

- le médecin 11, installé depuis un an et demi souhaite devenir maître de stage, et participe à une formation de la Faculté de Médecine pour devenir enseignant.
- le médecin 4, installée depuis 3ans, le médecin 10, installé depuis 25 ans et les médecins 8 et 9, installés depuis 32 ans, sont maîtres de stage.

Les fonctions annexes exercées restent donc majoritairement liée à la Médecine, et pour partie à la vie de famille.

b. Mode d'exercice

i. Milieu d'exercice

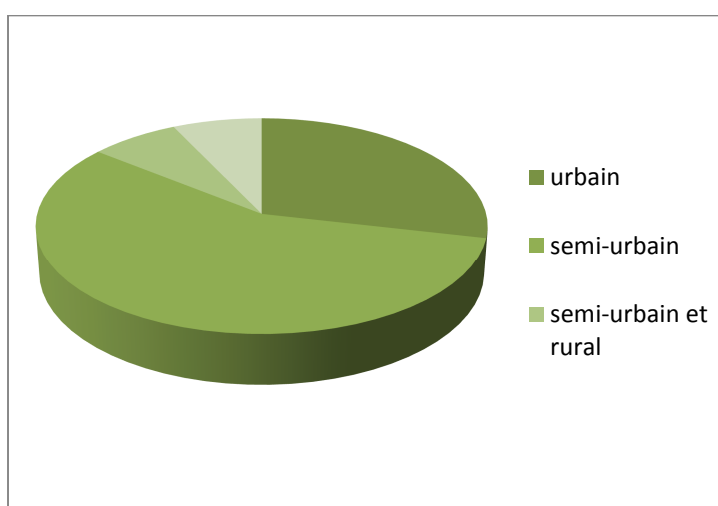


Diagramme 4 : milieu d'exercice

La plupart des médecins interrogés exercent en milieu semi-urbain (médecins 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10). Parmi eux, les médecins 2, 3 et 4 travaillent en zone déficitaire en soins de premiers recours.

Le médecin 4 voit une patientèle rurale et semi-urbaine selon sa proximité avec Epinal. Le médecin 14 exerce en milieu rural, bien que son activité thermalisme draine un public non rural.

Les médecins définissant leur exercice comme urbain travaillent à Epinal (médecins 7, 10, 11, 13) ou dans ses quartiers résidentiels (médecin 12). Le médecin 7 travaille dans un quartier défavorisé.

ii. Lieux d'exercice

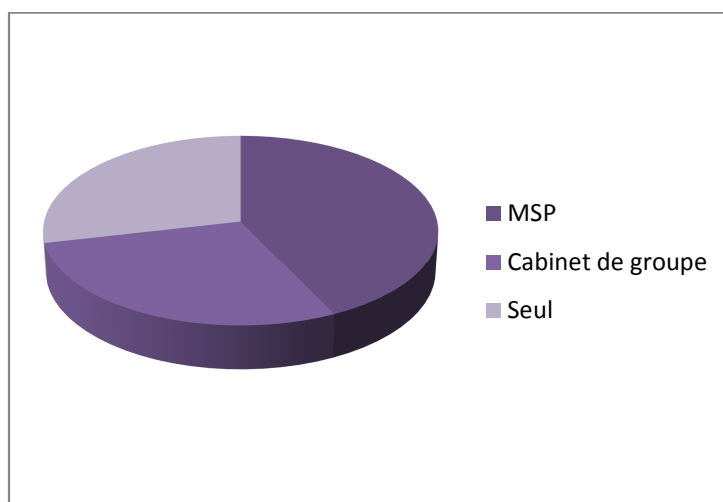


Diagramme 5 : Lieux d'exercice

Les maisons de santé pluridisciplinaires sont plébiscitées, principalement par les médecins en début de carrière (médecins 2, 4, 5, 11, 13), mais aussi par le médecin 9 qui a transféré, avec le médecin 5, son cabinet dans une maison de santé récemment. Cependant le médecin 14 s'y oppose clairement, et préfère garder sa liberté d'exercice seule.

Les médecins 6, 7, 10 et 12 exercent en cabinet de groupe. Le docteur 6 ne semble pas toujours satisfait de ce choix, rapportant un « *petit problème de relation* » avec son associé.

Les médecins 1, 3, 8 et 14 exercent seuls.

iii. Secrétariat

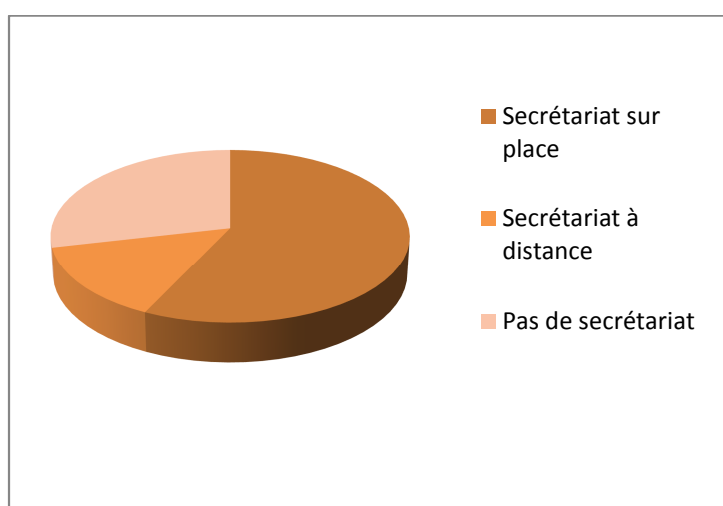


Diagramme 6 : utilisation d'un secrétariat

Tous les médecins en maison de santé pluridisciplinaire disposent d'un secrétariat. Pour le médecin 4, le secrétariat est un élément important du bon déroulement de ses journées :

« Ça roule [...] parce qu'on a un secrétariat »

Les médecins interrogés exerçant seuls assurent leur secrétariat eux-mêmes sauf le médecin 14 qui utilise un agenda partagé avec son secrétariat à distance, disponible également sur son téléphone.

Quant aux médecins travaillant en cabinet de groupe, certains bénéficient d'un secrétariat (médecins 7, 10 et 12), d'autres pas (médecins 6).

iv. La charge de travail

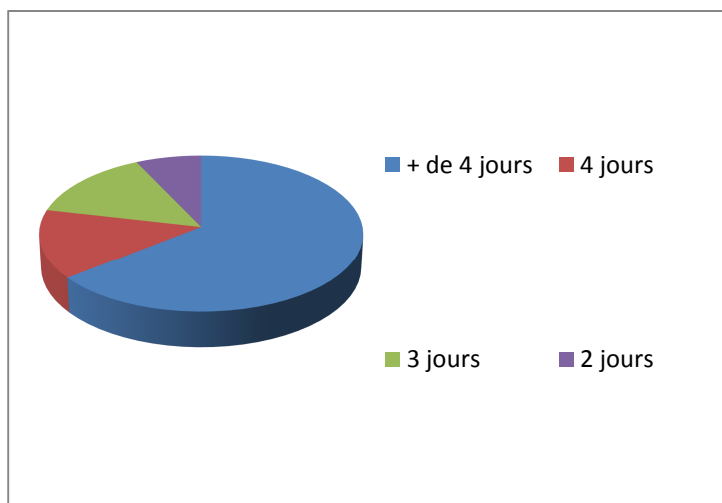


Diagramme 7 : nombre de jours travaillés par semaine

L'activité des médecins interrogés est variable :

- plusieurs médecins féminins regroupent leur exercice sur quelques jours par semaine (4 jours pour les médecins 1 et 4, 3 jours pour les médecins 5 et 9 qui partagent leur cabinet, 2 jours pour le médecin 7) ce qui les conduit à travailler douze heures par jour.
- cette organisation n'est pas retrouvée chez les médecins masculins, qui ont plutôt un exercice réparti sur la semaine, voyant de 20 à 35 patients par jour.
- la particularité d'exercice saisonnier du médecin 14 l'amène à voir jusqu'à 50 patients par jour en saison thermale.

La longueur des consultations liée à un exercice particulier comme l'homéopathie participe aussi à l'allongement des journées de travail (médecin 1 et 7).

v. La gestion du temps de travail

Les médecins 5 et 9 travaillent ensemble, un jour sur 2, mais en assumant des journées de douze heures environ. Ces femmes ont choisi cette organisation pour mieux concilier vie de famille et travail.

Le médecin 7 travaille également à temps partiel, initialement aussi pour des raisons familiales, mais maintenant pour diversifier son exercice.

Le médecin 4 souhaitait également travailler à temps partiel, mais la charge de travail à assumer dans cette zone déficitaire en soins de premier recours ne le lui permet pas.

La plupart des autres médecins trouvent leurs journées bien organisées, mais souvent désorganisées par le travail administratif :

Médecin 3 : « Ils [la sécurité sociale] nous cassent assez les pieds comme ça ! »

Le médecin 1 évoque son emploi du temps trop chargé : « vu notre emploi du temps... » « ça va plus »

vi. Les visites

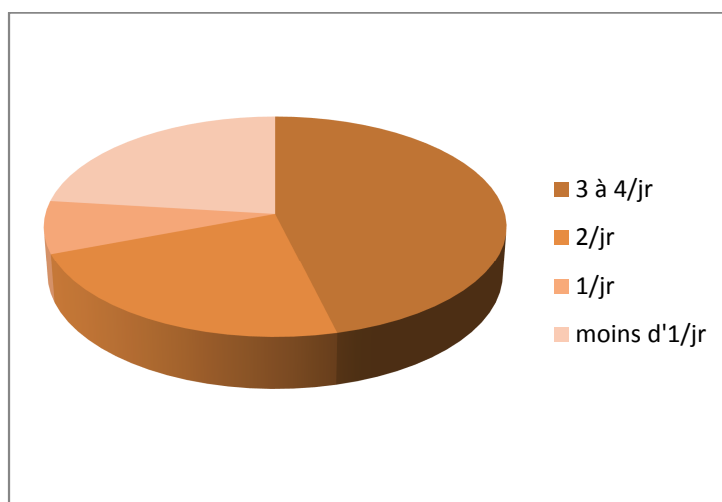


Diagramme 8 : nombre de visites par jour

La plupart des médecins réalisent 3 à 4 visites par jour (médecin 3, 5, 8, 9, 10, 14). Les autres en réalisent moins : une par jour pour le médecin 12, deux par jour pour les médecins 7, 13 et 11. Le nombre de visites n'augmente pas parallèlement au nombre de consultations, en raison de l'éducation des patients (le médecin 6 se déplace en visite pour voir « *surtout les personnes très âgées* ») et des contraintes de temps liés à l'exercice en zone déficitaire, par exemple pour le médecin 4, qui effectue peu de visites :

Médecin 4 : « les gens sont éduqués, ils n'ont pas le choix parce qu'il n'y a pas de médecin »

Le nombre de visites n'est **perçu** de la même manière par les différents interrogés :

Faire 3 visites par jour est considéré comme « *beaucoup* » par le médecin 3 et « *pas beaucoup* » par le médecin 5, plus jeune. Le médecin 10 insiste sur sa vision personnelle de ce nombre de visites : « *trop à mon goût* ».

Le médecin 14 doit couvrir un secteur de visite particulièrement vaste, avec parfois 30 km entre deux visites. Compte tenu de son âge, de ces distances à parcourir, et de son emploi du temps surchargé en saison thermale, le médecin 14 aimerait ne plus faire de visites.

Le médecin 1 limite ses déplacements pour raison médicale. Le médecin 2, en tout début de carrière, n'a pas encore de demandes de visites, puisque les patients requérant une consultation à leur domicile sont généralement des patients âgés ou polypathologiques qui ont de fait déjà leur médecin traitant.

vii. Informatisation du cabinet

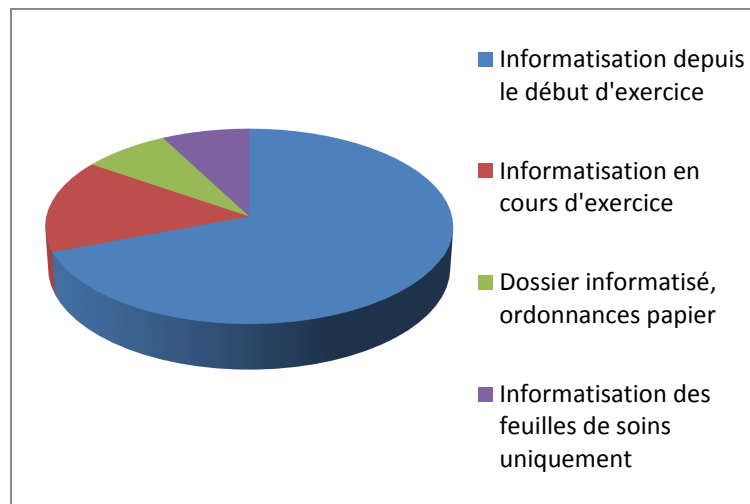


Diagramme 9 : informatisation des cabinets

La plupart des médecins interrogés sont informatisés, mais **pas forcément depuis le début de leur exercice** : les médecins 5 et 9 ont informatisé leurs dossiers il y a un an et demi, lors de leur entrée au sein de la même maison de santé pluridisciplinaire.

Le médecin 3 n'utilise l'informatique que pour la **télétransmission** de ses feuilles de soins électroniques, le médecin 8 quant à lui a informatisé ses dossiers et télétransmet ses feuilles de soins, mais rédige des **ordonnances sur papier**.

Les médecins 1, 2, 4, 7, 10, 11, 12, 13, 14 manipulent des dossiers informatiques **depuis le début** de leur exercice.

Quelques médecins avouent cependant **peu d'appétence** pour les nouvelles technologies :

Médecin 3 : « Je fais un blocage complet sur l'informatique. »

Médecin 7 : « je ne suis pas moderne avec les nouvelles technologies »

« Dans les EHPAD, j'ai déjà de grandes difficultés à utiliser l'informatique, d'autant que ce n'est pas uniformisé »

Médecin 9 : « c'est toujours une perte de temps »

D'autres, au contraire, expriment leur **goût** pour ces technologies :

Médecin 2 : « je suis toujours très favorable aux nouvelles technologies »

viii. Perception des moyens à disposition pour exercer dans les Vosges

La plupart des médecins jugent disposer de **suffisamment de moyens**, quel que soit leur milieu d'exercice rural, semi-urbain, et urbain, même si cela peut dépendre de la **disponibilité des interlocuteurs**, en particulier dans le cadre de l'**urgence**, pour les médecins 10 et 13.

Médecin 13 : « Les carences en plus, ça dépend de l'interlocuteur en général, après l'offre, je pense qu'elle est là. »

Le médecin 4 rapporte tout de même des **spécialités sous-représentées** dans les Vosges centrales : ophtalmologues, internistes, en particulier hématologues, et pédiatres. Effectivement, les densités de ces spécialités sont très variables d'un canton à l'autre, et principalement présentes à Epinal ; l'accès pour les populations plus distantes y est donc plus compliqué (71).

Elle évoque également un **manque de lits hospitaliers en médecine interne**, et s'interroge sur les **effectifs à venir en médecine générale** en raison de la charge importante de travail actuellement assumée par des médecins proches de la retraite et qui va se reporter sur la nouvelle génération de médecins plus féminisée.

Le médecin 12 rapporte une carence en **psychiatrie** ; en effet, la densité en psychiatres est moyenne autour d'Epinal, mais nulle un peu plus à distance, et tend à diminuer.(71) Pour le médecin 4, ce manque de disponibilité dépend davantage de cette spécialité chronophage que de l'offre de soins.

Le médecin 14 évoque les **délais** de rendez-vous trop importants avec des spécialistes, ainsi que ses difficultés à organiser des **entrées directes** à l'hôpital.

Le médecin 7 aimerait disposer de plus de *«personnel [libéral] pour des soins ne relevant pas forcément de personnel infirmier, par exemple **aides soignant(e)s**»*

Le médecin 11 rappelle la proximité de **Nancy** si des soins très spécialisés sont nécessaires.

Le médecin 9 considère ne pas manquer de moyens humains, mais trouve que les *« **moyens financiers** »* pour garder les patients à leur domicile sont insuffisants.

Le médecin 14 rappelle la disponibilité des infirmières libérales avec lesquelles elles travaillent et leurs habitudes de **coordination médecin/infirmière** au chevet du patient.

Les moyens techniques à disposition dans les Vosges semblent donc suffire à la plupart des enquêtés, même si les délais de rendez-vous ou d'hospitalisation directe compliquent parfois l'exercice. Les moyens de garder les patients à domicile posent davantage problème, surtout d'un point de vue humain.

2) La gratification du métier de généraliste

- Plusieurs jeunes médecins parlent de leur envie d'**être utiles** à la société :

Le médecin 4 était initialement installé dans une zone bien dotée en soins de premiers recours et a choisi de venir travailler en zone déficitaire, *« là où il y a besoin de médecins »* pour *« permettre aussi à une population plus défavorisée d'accéder aux soins »*.

Le médecin 2 aussi a choisi de s'installer en zone déficitaire : *« venir en aide aux gens, c'est ce qui m'a motivé à venir en zone déficitaire »*. Le médecin 11 tient les mêmes propos, bien qu'il ne soit pas installé en zone déficitaire : *« Je veux rendre service à la population »*.

Le service rendu à la société du médecin 1 porte davantage sur le **soulagement** des patients : *« c'est pas normal [qu'il souffre comme ça] »*

- Beaucoup recherchent un **lien singulier** avec leurs patients :

Médecin 7 : *« ce que j'aime surtout, c'est le relationnel, ce que je peux bâtir autour de la globalité du patient. »*

Pour le médecin 8, ce lien est basé sur la *« reconnaissance des patients »*, pour le médecin 10, c'est *« une relation de confiance qui est assez agréable »*. Le médecin 13 l'évoque aussi :

Médecin 13 : « on a quand même de la reconnaissance, de la part de la patientèle, un lien important avec les familles. »

➤ D'autres attendent un **épanouissement personnel**, soit par la conciliation de la vie de famille, soit par le développement personnel continu :

Médecin 5 : « c'est un **boulot qui me plaît**, autant humainement que intellectuellement, [...] la **liberté** dans son travail, c'est une des grandes qualités de notre boulot je pense, la **variété** c'est aussi une grande qualité de travail en médecine générale et puis l'**évolutivité**. »

Médecin 11 : « j'ai envie de profiter de ma **vie de famille**. »

Médecin 4 : « qu'on puisse concilier la vie de famille et activité. »

Le médecin 10 qualifie même sa profession de « **point d'ancrage le plus profond** » dans sa vie, lui ayant permis de traverser des épreuves personnelles pénibles.

➤ **La liberté d'exercice** est également appréciée des médecins

Le médecin 14 ne comprend pas l'engouement des jeunes médecins pour s'installer en maison de santé pluridisciplinaire.

Le médecin 1 l'exprime à travers son mécontentement envers les demandes extérieures et sa volonté de poursuivre une activité en fin de carrière déconventionnée, à son domicile.

« je me sens une esclave ! »

➤ Seuls deux interrogés évoquent l'**aspect pécuniaire** du métier, motivant le médecin 12, mais insuffisant au regard du travail fourni pour le médecin 1 :

Médecin 12 : « Gagner ma vie, tout simplement. »

Médecin 1 : « je dois tout faire pour rien. »

➤ D'autres **désillusions** viennent émailler l'exercice :

Le médecin 6 regrette l'engagement grandissant de sa **responsabilité**, qui l'a fait renoncer à la réalisation de certains actes techniques.

Le médecin 8 a l'impression de devenir un « **prestataire de service** », devant simplement régler des problèmes.

Les médecins 8 et 10 évoquent la **perte d'un rôle social** respecté :

Médecin 10 : « les médecins ne sont plus les notables qu'ils étaient comme moi il y a 20 ans. »

Médecin 8 : « Clairement, la reconnaissance des gens envers les médecins a diminué. »

L'exercice de la médecine générale dans les Vosges centrales semble donc permettre de concilier vie de famille, développement personnel, et utilité à la société. Cette activité a évolué pour plusieurs médecins, qui voient leur responsabilité plus souvent mise en cause.

B. Le vécu du partenariat avec l'HAD

1) Connaissance du fonctionnement de l'hospitalisation à domicile

a. Les critères d'admission en HAD

Médecin 2 : « il ne sait pas trop **ce qu'on peut ou pas** demander à l'HAD. »

Médecin 5 : « on ne sait pas **qui peut rentrer dedans, qui ne peut pas** y rentrer. »

Médecin 6 : « les **critères**, je les aurais peut-être pas parfaitement [...] mais c'est aussi une **inconnue** pour la plupart des médecins, je pense aussi... qui font qu'ils n'y pensent pas. »

Médecin 13 : « ça paraît assez simple vu de l'**extérieur**. »

Le médecin 14 ne connaît pas non plus les critères d'admission en HAD.

b. La possibilité de prescription par les médecins généralistes

Médecin 3 : « de toute façon **c'est pas moi** qui mets ça en route. »

Médecin 7 : « on peut leur demander [de mettre en place une HAD à notre demande], on a souvent dans l'idée que **ça vient de l'hôpital**. »

Le médecin 14 sait que les généralistes peuvent prescrire une HAD.

c. HAD en EHPAD

Certains méconnaissent la possibilité de faire intervenir l'HAD en EHPAD :

Médecin 7 :

« Enquêteur : vous savez que l'HAD en EHPAD est possible ?

Enquêté : Ah oui ? Alors même dans les maisons de retraite aussi ? **Je ne savais pas.** »

Le médecin 13 avoue aussi ne pas connaître cette possibilité.

Médecin 9 : « **en EHPAD, ils ne sont pas en HAD**, ils sont en EHPAD quoi [...] je ne vois pas l'utilité de l'HAD en EHPAD. »

Le médecin 8 a vu utiliser cette possibilité, mais pas pour un de ces patients :

« Il y a eu un patient en EHPAD, à la maison de retraite, mais c'était pas un de mes patients. »

d. Assimilations aux soins palliatifs

Médecin 2 : « j'ai peut-être le tort d'assimiler l'HAD aux situations palliatives. »

e. Formalités d'admission

Le médecin 5 est à l'origine d'une prescription d'HAD qui lui est passée totalement inaperçue : « je ne sais pas qui a prescrit l'HAD »

f. Visite de coordination

Les médecins 1, 10 ont connaissance de la visite de coordination et de sa rémunération à hauteur de 3C.

Les critères et les formalités d'admission, la possibilité de prescription par les généralistes et d'intervention en EHPAD, ainsi que les détails du déroulement de l'hospitalisation, restent imparfaitement connus des interrogés.

2) L'expérience en HAD

13 des 14 médecins interrogés ont été partenaires de l'HAD au moins une fois en tant que médecin traitant, même le plus jeune médecin, installé depuis 1 mois, bien que dans le cadre d'un remplacement. Le médecin 14, si elle n'a pas été le médecin traitant d'une HAD, a accompagné un ami pris en charge ainsi.

L'expérience ne dépend pas de la durée d'exercice, puisque les médecins 1,6 et 14 n'ont eu que très peu de patients en HAD au cours de leur carrière (respectivement 2, 1 et 0), tandis que les médecins 5, 10 et 13, qui débutent leur exercice, en ont déjà suivi entre 5 et 10. L'expérience est d'ailleurs ressentie de façon variable, car le médecin 5, installé depuis 5 ans, annonce qu'elle a eu « *très peu* » de patients, alors qu'elle en a suivi environ 5, ce qui est plus que la plupart de ces confrères interrogés.

Même si l'expérience de la plupart des médecins est maigre, tous ont eu affaire à l'HAD.

3) La vision de l'HAD

➤ Pour beaucoup d'enquêtés, l'HAD est actuellement une solution de **2^e recours**, faisant suite à une hospitalisation :

- **En raison de difficultés de mise en œuvre :**

Médecin 9 : « c'est pas du tout le plus simple à mettre en place pour nous ! »

- **En raison de la nécessité de réaliser un bilan lors d'une situation aigüe :**

*Médecin 4 : « il faut le plus souvent faire un bilan **diagnostique** avec des **examens complémentaires** (radios) non faisables en HAD, puis avoir un **avis spécialisé** pour mettre en route un traitement que l'on peut secondairement prolonger en HAD. L'HAD est pour moi le **relais** d'une hospitalisation conventionnelle. »*

*Médecin 2 : « il y aura souvent besoin de faire une petite étape hospitalière, pour mettre un peu les choses à plat. » « il peut y avoir des **examens** qui s'imposent, prendre l'avis d'un **spécialiste** [...] y'a peut-être aussi la question de l'accès à l'**assistante sociale**. »*

Médecin 9 : « dans l'urgence, appeler l'HAD, ça ne me viendrait pas à l'idée [...] parce que si c'est quelque chose qui est **urgent**, je vais plutôt démarrer par une **hospitalisation** pour mettre les choses bien à plat. »

L'HAD n'est en effet pas un outil diagnostique ; ce mode d'hospitalisation est en cela original, car il fait évoluer la démarche habituelle du médecin généraliste, qui soit fait seul, soit transfère.

● **Pour mettre en œuvre un traitement qui ne nécessite pas une surveillance permanente hospitalière**, amenant parfois à la confusion avec les prestataires de services :

Médecin 9 : « pour moi, l'hospitalisation à domicile, c'est quand il y a quelque chose de défini à faire. »

Médecin 10 : « à partir du moment où on n'a plus besoin d'un plateau technique et qu'on a besoin juste de traitements et d'un suivi qui peut être fait à la maison [...] ça peut être fait à la maison, donc il suffit d'avoir une surveillance. »

➤ Pour quelques médecins, l'HAD peut être une solution de **premier recours**, mais sous conditions de certains pathologies et de présence familiale:

Médecin 2 : « en cas de demande du patient et de sa famille, de pathologie de durée intermédiaire entre aigue et chronique, pathologie de sévérité intermédiaire (par exemple pyélonéphrites, infection chronique...), ou encore pour les soins un tout petit peu trop "lourds" pour une IDE à domicile et trop "légers" pour l'hôpital. Encore une fois très majoritairement des situations de soins palliatifs. »

Médecin 7 : « En cas de soins palliatifs lourds à gérer mais si la famille est présente de préférence. »

➤ La **place** de l'HAD est plutôt mal définie pour certains :

- médecin 10 : « je ne situe pas bien sa place. »
- médecin 9 : une solution « intermédiaire », entre hôpital et domicile,
- médecin 2 : entre « aigu et chronique »
- médecin 8 : « c'est un plus »
- Pour le médecin 14, l'HAD s'adresse à des patients très lourds.

➤ Du point de vue de **l'organisation des soins** en général, l'HAD présente des avantages :

Médecin 4 : « une solution économique »

Médecin 7 : « dégager des places en hospitalisation. »

Médecin 12 : « favorisant un retour plus rapide au domicile »

Médecin 13 : « comme un deuxième recours, une suite d'hospitalisation ou si c'est envisageable le retour à domicile. »

➤ L'HAD apparaît également comme un **service rendu** au patient :

- Par son médecin traitant : Médecin 10 « je peux bien lui [le patient] accorder plus de temps quand il n'est pas bien. »

- Par l'HAD :

Médecin 13 : « une suite d'hospitalisation ou si c'est envisageable, le retour à domicile. »

➤ Cette solution, bien qu'intéressante, **ne se suffit pourtant pas à elle-même** :

Médecin 2 : « alternative très intéressante. Pas toujours suffisante, parfois l'équipe mobile de soins palliatifs doit s'y associer. »

➤ L'HAD n'a **pas** encore trouvé sa **reconnaissance** en tant qu'hospitalisation à part entière aux yeux de certains...

Médecin 11 : « ce n'est pas une hospitalisation proprement dite. »

Médecin 4 : « L'HAD est pour moi le relais d'une hospitalisation conventionnelle mais ne peut pas la remplacer. »

...bien que la plupart **adhère au principe** de l'hospitalisation à domicile, avec plus ou moins d'enthousiasme :

Médecin 6 : « Oui, c'est pas mal quand même! »

Médecin 7 : « Oui »

Médecin 9 : « Bien sûr »

Médecin 2 : « Je suis extrêmement favorable à l'HAD. »

4) Les facilités offertes par l'HAD

a. Au médecin traitant

- i. L'HAD permet de profiter des **compétences techniques** de l'équipe d'HAD

Médecin 4 : « il y a quelqu'un d'autre qui le voit que moi [...] justement je trouve que c'est bien [...] chacun a sa spécialité, son travail, sa spécificité. »

Médecin 5 : « j'ai un monsieur qui a eu un VAC [...] le truc ne fonctionnait plus bien, ça a été pris en charge tout de suite, c'est vrai que ça a été bien fait. »

Le médecin 14 évoque aussi la facilité de résolution d'un problème de pompe à morphine.

Médecin 8 : « ça pourrait leur apporter une aide...certaine... [...] du point de vue technique. »

Médecin 7 : « Je n'aurais jamais pu gérer ça à moi toute seule. »

Cependant le médecin 7 attendait une aide plus spécialisée : « ce n'était pas forcément un gain comme je l'aurai espéré, parce qu'il s'agit du personnel qui est déjà en place, libéral, donc ça n'apporte pas de relai plus spécialisé sur le terrain ».

C'est en effet la limite de travailler uniquement avec des infirmières libérales uniquement.

- Bénéficier des compétences techniques des **infirmières** en particulier...

Médecin 1 : « au niveau du matériel utilisé, [...] je n'y connais rien du tout, je ne m'en étais pas occupée, justement, j'avais fait ôter les sondes. »

Médecin 8 : « une aide...certaine...notamment du point de vue surveillance, du point de vue technique. »

Médecin 6 : « c'est sûr ils ont eu des appareils que je ne connaissais pas, j'ai regardé la première fois, c'est vrai que je n'aurais jamais pu mettre ça en route. »

Certaines de leurs compétences sont transmises à la famille :

Médecin 2 : « il y avait une pompe [...] la fille avait bien compris le fonctionnement. »

- ... mais aussi du **médecin coordinateur** :

Médecin 3 : « je demandais « vous regarderez » un ou deux trucs comme ça, simplement point de vue des dosages. »

Médecin 6 : « il y a une prise en charge qui est correcte ...sur le plan douleur en particulier. »

ii. L'HAD offre une **surveillance renforcée** des patients

Médecin 8 : « ça pourrait leur apporter une aide...certaine...notamment du point de vue surveillance. »

Le médecin 14 voit l'HAD comme une bonne solution pour mieux suivre ses patients les plus lourds quand elle est débordée.

iii. L'HAD permet d'utiliser des **traitements inaccessibles en ville** habituellement :

Médecin 10 : « Moi je vois surtout l'HAD comme un moyen de mettre à domicile des moyens qu'on ne met pas habituellement à domicile, c'est surtout le cas des patients qui sont perfusés, qui ont des produits à passer, qui ont des pompes à surveiller. »

Plusieurs médecins évoquent la facilité d'utilisation d'**Hypnovel** (6, 13)...

Médecin 13 : « ça a réussi à se faire, et ça m'a paru assez simple. »

...et des systèmes de **traitement des plaies par pression négative** (médecin 9).

iv. Le travail avec l'équipe d'HAD **évite** aux généralistes de se trouver **isolé** face à des situations complexes :

Médecin 7 : « ça permettrait quand même un lien avec une autre structure, ne pas se retrouver seule »

Médecin 6 : « Dans ces situations-là, on n'est quand même pas très...pas à l'aise »

v. L'HAD permet aussi de **soulager le médecin traitant** d'une partie de son travail :

Médecin 5 : « j'ai appelé, parce qu'il y avait une urgence en disant : « La prise de sang est pas bonne » et on m'a répondu « Oh, bah le monsieur est déjà hospitalisé, ça a déjà été géré ». »

Médecin 10 : « on a déjà été appelé, il a fait une rétention aigue d'urines, c'est l'infirmière de l'HAD qui a été prévenue, elle y est allée le jour même et elle l'a fait hospitaliser. »

Médecin 13 : « on s'organise par téléphone quand c'est des histoires de prescription. »

L'HAD permet donc au médecin traitant de profiter des compétences de l'équipe coordonnatrice, d'une surveillance et de traitement particuliers pour ses patients. Elle limite l'isolement du médecin, et peut le décharger d'une partie de son travail.

b. Facilités offertes au patient

- i. L'HAD offre la possibilité d'accéder à la demande des patients et de leurs familles de **rester à domicile**

- Beaucoup de médecins ont évoqué ce point :
o du point de vue des familles...

Médecin 2 : « tout le monde était partant pour qu'il reste à domicile. »

Médecin 6 : « je pense que cela satisfait quand même les familles. »

Médecin 12 : « Les familles étaient contentes. »

Le médecin 14 évoque aussi la possibilité d'accéder aux demandes des patients et de leur famille, de rester à domicile.

- o ...ou en général :

*Médecin 1 : « beaucoup de gens veulent **mourir** à la maison, et il y a beaucoup de **pathologies d'évolution relativement lente** où on peut essayer de laisser les gens chez eux. »*

*Médecin 5 : « plus on avance, plus il y a des choses qui se font en hospitalier, les fins de vie les choses comme ça se font **en hospitalier, c'est un peu dommage.** »*

*Médecin 10 : « c'est bien quand on fait des **soins palliatifs**, pour les fins de vie, c'est bien pour permettre à la personne de retourner chez elle quand elle est **entre deux soins hospitaliers**, ça permet de garder un **contact** avec les proches, de garder une ambiance un peu plus **intime**, d'être dans son environnement habituel. »*

*Médecin 11 : « pour des choses très particulières comme la **fin de vie**, comme le **retour** à domicile précoce, les soins d'**escarres**, de **pansements**, des choses comme ça, c'est bien d'être en HAD. D'autant que si on peut éviter d'hospitaliser les gens pour des choses, je pense aux **érésipèles**... »*

- Le maintien à domicile est permis en particulier grâce à :

- o la **gestion des médicaments** :

Médecin 6 : « ils peuvent les aider à s'organiser dans les traitements. »

- o la **coordination** :

Médecin 3 : « c'était bien coordonné. »

Médecin 11 : « ça évite au moins au patient et à sa famille de gérer les soucis infirmiers. »

- o la **surveillance** proposée :

Médecin 10 : « ça sécurise les aidants autour »

Le médecin 14 considère que plus il y a d'intervenants autour du patient, mieux c'est pour lui.

- o l'**écoute** :

Médecin 10 : « plus de sécurisation de l'aidant et plus d'écoute. »

- L'hospitalisation à domicile permet **d'éviter un passage hospitalier**

- **désagréable...** :

Médecin 6 : « à l'hôpital, il y a une promiscuité. »

Médecin 10 : « Si l'HAD évite des passages aux urgences avec 4 heures d'attente ou 8h d'attente, c'est vrai que ça peut être un bénéfice. »

- **...voire néfaste** :

Médecin 6 : « on hospitalise des gens dans un état...On sait très bien que ça ne leur apportera rien, ça les aggravera peut-être. »

L'hospitalisation à domicile permet donc de prendre en charge des patients avec plus de proximité, pour eux et pour leurs aidants, en limitant les hospitalisations traditionnelles ; pour les généralistes, c'est un mode d'exercice particulier, en équipe, permettant de mettre en œuvre des moyens inhabituels au domicile du patient.

5) Freins à l'utilisation de l'HAD

a. La méconnaissance du dispositif

i. Le manque de notoriété

Médecin 5 : [pourquoi les généralistes ne prescrivent pas plus d'HAD ?] « A mon avis, c'est de la méconnaissance [...] Quand se présente un problème, on va avoir, c'est vrai, plus tendance à partir sur quelque chose qu'on connaît. »

Médecin 6 : « ils n'y pensent pas...Parce que ce n'est pas très connu. »

Médecin 7 : « Parce qu'ils ne sont pas informés »

Médecin 8 : « ils n'y pensent pas trop. »

Médecin 4 : « par manque de connaissance. »

ii. Méconnaissance des formalités à réaliser lors de l'admission

Médecin 4 : « je ne sais pas où il faut que je m'adresse. »

Médecin 12 : « Parce qu'ils ne savent pas comment s'y prendre. »

iii. Méconnaissance des possibilités offertes

Médecin 9 :

«- Enquêteur : c'est une bonne chose de garder le patient à la maison ?

-Enquêté : bien sûr. À condition que tout le reste puisse suivre, parce que l'hospitalisation à domicile, ils viennent faire un soin, par exemple si vous avez un grabataire, il faut qu'il y ait **quelqu'un d'autre qui puisse venir** le mobiliser, qui puisse venir lui donner à manger, etc. donc c'est qu'une petite partie, si c'est vraiment un gros cas, c'est qu'une petite partie, d'un tout. Parce que leurs **critères** sont pas clairs et on ne sait pas qui rentre dedans et qui n'y rentre pas. »

Médecin 13 : « il n'y a **pas une énorme différence** entre ce que l'on organise avec le **SSIAD** etc. et l'**HAD**, donc après je pense que c'est des choses que je connais moins bien. »

iv. Manque de réactivité

➤ Lors de l'**admission** en HAD

Médecin 9 : « c'est pas immédiat, alors que toutes les autres aides [...], on peut le mettre en route rapidement, tandis que l'**HAD**, il y a une inertie qui est [...] trop importante pour qu'on puisse les mettre en route à domicile. »

➤ Lors d'**adaptation thérapeutique** urgente

Médecin 13 : « la famille autour paniquait un peu [...] le temps qu'on mette de l'Hypnovel à la seringue, entre temps, c'est sûr que moi j'ai redonné autre chose dans l'intervalle parce qu'on ne pouvait pas attendre 2 heures dans l'état où ils étaient. »

v. Méconnaissance du fonctionnement administratif

Médecin 13 : « des histoires financières [...] la charge des soins est peut-être différente, le prix de certains soins. »

La méconnaissance de **ce que peut mettre en œuvre l'HAD**, au-delà d'un SSIAD et de la réalisation de soins, de **comment le mettre en place**, et l'**inertie** lors de la mise en œuvre de décisions, ne motivent pas la prescription par les généralistes.

b. Lourdeurs administratives

i. En général

Médecin 6 : « ça m'a paru très lourd comme système. »

Médecin 7 : « Et puis parce que ça paraît lourd des fois. »

Médecin 2 : « d'une façon générale, ça leur[les généralistes] complique la vie, c'est-à-dire, qu'il y a tout un tas de choses, de questions à régler. »

Cependant le médecin 5 juge « fluide » la mise en place de l'HAD, le médecin 8, « assez simple » et le médecin 12 « n'en garde pas un mauvais souvenir »

ii. Lors de l'admission

Médecin 1 : « qu'il fallait absolument que j'y aille pour faire des papiers. »

Médecin 3 : « - Enquêteur : Concernant les formalités administratives, vous m'avez dit que c'était lourd, ça ?

- Enquêteur : OUI. Il y a pas mal d'imprimés à remplir, enfin bon, il y a les contrats, il y a tous les machins là ! »

Médecin 4 : « fastidieux ! »

Médecin 13 : « - Enquêteur : Les formalités administratives, est-ce que vous pensez que pour vous ça peut être un frein ?

- Enquêteur : Oui, c'est quand même pas ce qu'on préfère. »

iii. Le dossier papier est jugé peu ergonomique par plusieurs médecins

Médecin 2 : « avec tout un dossier, etc., l'information pas forcément très simple à retrouver. »

Médecin 4 : « [l'usage du dossier] compliqué. »

Médecin 10 : « un classeur, qui était plutôt pas mal fait. »

Les remarques des généralistes, mais aussi des autres intervenants, à ce sujet, sont entendues par l'établissement d'HAD d'Epinal, qui a apporté quelques modifications pour rendre ce dossier plus pratique.

La plupart des médecins a notifié des difficultés avec les formalités à accomplir à l'admission ou pendant l'HAD. La praticité du dossier a aussi été incriminée.

c. Difficultés à s'intégrer à l'équipe

➤ par méconnaissance de l'équipe avec qui on est amené à travailler

Médecin 1 : « il faudrait connaître les gens avec qui on travaille. »

Médecin 11 : « on ne connaît pas bien. Ils feraient une réunion, un papier en disant on se montre, on montre qui on est. »

Le médecin 9 parle d'une « infirmière chef », grade qui n'existe pas au sein de l'équipe d'HAD d'Epinal.

➤ par divergence d'opinion :

Médecin 1 : « on me disait qu'il fallait que j'y aille toutes les semaines, alors que ça ne nécessitait pas »

➤ parce que le rôle du médecin traitant est mal défini et plutôt dévalorisant:

Médecin 1 : « je ne sais pas exactement à quoi je sers, si, à faire des papiers. »

➤ parce que la prise de décision échappe au médecin traitant :

Médecin 2 : « il a l'impression que ce n'est plus lui qui prend les décisions, parce que entre le médecin coordinateur, l'équipe mobile de soins palliatifs, et les spécialistes, tout est déjà un peu géré, il n'y a plus trop besoin de lui. »

- parce que le **lien habituel** avec le patient est **altéré** :

Médecin 13 : « perdre un petit peu le lien privilégié avec le patient. »

- en raison du sentiment de relation **hiérarchisée** :

Le médecin 4 et 5 rappelle l'importance de travailler ensemble :

Médecin 4 : « chacun a sa spécialité, son travail, sa spécificité, il faut travailler ensemble. »

Médecin 5 : « on est un peu, peut-être la cinquième roue du carrosse. Dans ces cas-là le travail d'équipe est important. »

Le médecin 14 évoque aussi le sentiment vague de ne pas être intégrée à l'équipe d'HAD.

- en raison des **habitudes de fonctionnement autonome** des médecins généralistes :

Médecin 2 : « les médecins généralistes sont peut-être des gens qui aiment fonctionner de façon autonome et indépendante. »

Médecin 11 : « aussi le côté paternaliste du vieux docteur, qui veut garder ses patients pour lui. »

Médecin 13 : « c'est cet espèce de contrat qui nous lie peut être un peu à l'HAD alors que toute la journée, on se débrouille tout seul, personne n'est là pour nous assister ou nous donner des ordres. »

- en raison de l'exposition à d'éventuelles **critiques**

Médecin 11 : « on s'expose aux critiques [...] on est jugés par l'infirmier, par le collègue, par la famille. »

Médecin 13 : « toute la journée, on se débrouille tout seul, personne n'est là pour nous assister ou nous donner des ordres. »

L'intégration du médecin traitant à l'équipe d'HAD est donc compromise par de nombreuses raisons au médecin lui-même, à ses relations à l'HAD et à ses patients.

d. Difficultés pour garder le personnel paramédical libéral qui suit le patient

Médecin 10 : « c'est qu'il avait un **kiné**, qui ne peut plus venir parce qu'il n'a pas signé la convention avec l'HAD. »

Médecin 13 : « La première demande de nos patients, c'est de garder leurs **infirmières** en général. »

e. Difficultés à intégrer les visites d'HAD dans l'emploi du temps

- a. Parce que l'**emploi du temps** des médecins est déjà trop **chargé** :

Médecin 2 : « j'avais moins d'activité que le médecin habituel, donc 4 visites dans la semaine, chez le même patient, je pouvais me le permettre, mais un médecin qui a déjà toute sa patientèle, surtout à X, les médecins ont beaucoup de travail, ça aurait été compliqué. »

Médecin 13 : « je ne peux pas faire une visite d'une heure le jour où tout le monde doit être là à la même heure, avec les emplois du temps qu'on a, ça me paraît compliqué. »

b. Parce que l'**horaire** de visite ne convient pas au médecin traitant

Médecin 1 : « il aurait fallu [...] y aller quand ça les [les membres de l'HAD] arrangeait. »

Les visites, surtout de coordination, peuvent poser problème au médecin généraliste.

f. Difficultés de communication

i. Entre le médecin traitant et le médecin prescripteur hospitalier :

✓ En général :

Médecin 7 : « C'est en général les médecins hospitaliers qui prescrivent l'HAD, et ils ne connaissent pas les conditions dans lesquelles ils renvoient leurs patients, conditions parfois compliquées avec des pathologies lourdes. »

✓ Pendant une prise en charge :

Médecin 1 : « je me suis fait incendier par le médecin de Nancy, parce que j'avais fait ôter la sonde. »

ii. Entre le médecin traitant et l'équipe d'HAD :

Médecin 1 : « je sais pas, j'en [de médecin coordonnateur] n'ai pas vu ! [...] pas vu, pas entendu, rien du tout. »

Médecin 4 : « au moment où le monsieur est mort, ça s'est mal passé [...] on n'arrivait pas à contacter l'HAD, c'était un peu compliqué. »

Médecin 5 : « je n'ai pas eu de relations particulières avec l'équipe d'HAD [...] sinon je n'ai jamais eu quelqu'un au téléphone ou quoi que ce soit. »

Médecin 7 : au sujet d'une réhospitalisation : « on lui avait dit « c'est bon, tout est géré, vous n'avez rien à faire ». Alors qu'en fait, ce n'était pas organisé du tout [...] car passer par les urgences dans cet état de santé, ce n'est pas des conditions adéquates. »

Médecin 7 : « c'est ça qui est dommage, c'est le vide, parce que là, il n'y a plus rien. Ça a repris, on ne sait pas. »

Médecin 10 : « je n'ai été informé nulle part que l'HAD reprenait. »

Médecin 11 : « on n'est pas forcément au courant que ça a repris sur Epinal. »

Médecin 13 : « impossible de savoir s'il fallait que je refasse les prescriptions ou quoi que ce soit. . »

Les doléances des généralistes concernent donc les échanges avec le médecin coordonnateur, la communication de la reprise d'activité, et la communication au moment des sorties d'HAD.

L'amélioration de la communication médecin traitant/HAD est l'une des principales attentes des généralistes :

Médecin 4 : « plus de communication. »

Médecin 10 : « L'important, c'est d'avoir un retour sur l'état du patient et qu'il y ait un dialogue qui se maintienne, voir la perception de chacun par rapport à ce qu'il se passe [...] c'est le contact au quotidien qui va jouer. » « J'attends un peu plus de communication. »

Médecin 13 : « quand tout roule, que les gens se connaissent, c'est quand même plus facile. »

Certains médecins n'ont cependant rapporté aucune difficulté de communication au cours des HAD qu'ils ont suivies.

iii. Entre le patient et le médecin prescripteur :

Médecin 1 : « on ne leur avait pas demandé leur avis, on les avait forcés à accepter ça, et eux, ils étaient contre. »

Médecin 9 : « dès qu'il les a refusé, plus exactement, les injectables. »

Les autres médecins n'ont pas rapporté de refus de la part de leurs patients.

Le consentement du patient à sa prise en charge en HAD n'a pas toujours été recueilli clairement.

iv. Entre le patient et ses soignants :

Le médecin 4 rappelle l'importance de la qualité de la communication en soins palliatifs : « Le contact humain c'est tout ce qu'il leur reste à la fin de la vie. »

g. Crainte de renouveler une mauvaise expérience

Médecin 1 : « j'en garde un mauvais souvenir, j'ai pas envie que ça recommence. »

Médecin 10 : « le personnel était en restriction et en fait, ils ne pouvaient pas intégrer la personne, donc j'ai eu un refus. »

La mauvaise expérience peut être liée au déroulement de l'HAD ou au refus de prise en charge, alors que le patient était éligible à l'HAD.

h. Insuffisances estimées de la prise en charge

Médecin 10 : « je trouvais que la **coordination** entre les différents intervenants n'était pas correcte [...] l'infirmière trouvait que la **place** de chacun était mal fixée » « il y a eu un changement d'infirmière pendant la prise en charge, il y a eu un changement de responsable de l'HAD donc ça c'est quand même perturbant pour les patients. Ils **changent d'interlocuteurs**. »

Médecin 11 : « J'ai **aucun dossier** d'ailleurs de l'HAD [...] on ne m'a rien proposé. Je n'ai fait aucune réunion de coordination. »

Médecin 13 : « Après les visites HAD avec le médecin coordinateur et tout ça, je n'ai jamais fait [...] on a dû me demander une fois, ensuite on ne m'a **plus jamais demandé**. Moi j'avais un patient qui était en cours d'HAD et du jour au lendemain, y'avait plus assez de monde [...], donc il s'est retrouvé à devoir être hospitalisé pour une perfusion qu'il faisait d'habitude à domicile [...] il a **refusé** de faire son traitement, donc ça a quand même eu une incidence. »

Les insuffisances recueillies concernent la coordination, la définition du rôle de chacun, le partage du dossier, les incitations de la part de l'équipe d'HAD à travailler ensemble. Les conséquences peuvent en être importantes, avec le refus d'un patient de poursuivre son traitement.
--

i. Responsabilité

Les **limites** de responsabilité de chacun sont **floues** pour certains interrogés :

Médecin 1 : « On ne sait jamais, on n'est jamais sûr de rien. »

Médecin 2 : « c'est la jonction entre l'équipe d'HAD et le médecin traitant, qui peut être difficile. »

Médecin 5 : « on ne sait plus trop où est notre responsabilité. »

Pour le médecin 13, c'est la **formalisation** par les contrats qui le fait s'**interroger** sur l'engagement de sa responsabilité, bien que cela ne l'empêche pas actuellement de participer au suivi d'une HAD : « quand on nous fait signer des contrats [...] on se pose toujours la question de qu'est-ce qu'on est censé faire, devoir ou pas devoir, qui est en cause, qui est responsable ?[...]pour l'intérêt du patient, on n'a pas cinquante solutions. »

Pour le médecin 11, c'est le **partage du secret** professionnel avec des personnes qu'il ne connaît pas qui peut être problématique :

Médecin 11 : « Dans la confidentialité, c'est sûr que si je les[les intervenants extérieurs] croise, il faut faire attention à ce que l'on dit. »

Pour les autres médecins, cela ne pose **pas de problème** particulier

Médecin 9 : « de toute façon on assume la responsabilité de ce qu'on fait tout le temps. »

Les limites de la responsabilité du médecin généraliste pendant l'HAD peuvent paraître floues, et la signature de contrats, qui formalise son engagement, amène au questionnement. Ces interrogations ne sont pas générales, et ne remettent pas en cause l'implication du généraliste dans l'HAD. L'URPS vient ici aider les libéraux à s'approprier l'outil HAD, en accord avec les recommandations de l'ARS.

j. Envahissement du domicile

➤ par le matériel :

Médecin 6 : « des montagnes de médicaments », « il y avait une pièce qui avait été réservée au patient. »

Médecin 4 : « la dame m'a dit : c'est plus une maison que j'ai, c'est un hôpital. »

Médecin 10 : « Y'avait une pièce qui était dédiée à la pharmacie. »

➤ par les passages de soignants :

Médecin 1 : « ils ne comprenaient pas, parce qu'il y avait des gens qui arrivaient chez eux, ils ne savaient pas à quoi ils servaient. »

Médecin 2 : « les familles se sont [...] un peu rebellées aussi [...] c'est un défilé permanent. »

Les familles sont mal préparées aux conséquences logistiques de l'hospitalisation à domicile.

k. La difficulté des familles

c. A renoncer aux soins curatifs

Médecin 6 : « les familles ne sont pas souvent prêtes à garder quelqu'un en fin de vie à la maison...parce que beaucoup de gens pensent qu'il y a toujours quelque chose à faire. »

Médecin 7 : « l'environnement des fois, qui n'est pas prêt à faire une HAD. »

d. A assumer l'HAD en toute fin de vie

Médecin 2 : « ça a mis la fille en souffrance [...] et donc on l'a mis en hospitalisation. »

Médecin 7 : « c'était devenu trop trop douloureux, et dans les derniers temps elle a été hospitalisée. »

L'approche non curative, ainsi que les derniers moments de la vie restent des sujets difficiles à vivre pour les familles. Un encadrement particulier des aidants est donc nécessaire dans ces situations, ainsi qu'une antalgie adaptée.

l. L'isolement du patient

*Médecin 2 : « ce qui est difficile peut-être avec l'HAD par rapport avec l'hospitalisation conventionnelle, c'est le côté euh, **se sentir seul** chez soi [...] quand on a besoin [...] on va appeler [...] quelqu'un qui est dans l'entourage mais pas un professionnel de santé et pour ça l'hospitalisation classique à l'hôpital est rassurante, on sait qu'à n'importe quelle heure il y aura quelqu'un. »*

La limite du temps de présence soignante peut donc être un frein à la prescription d'HAD
--

m. L'absence de besoin ressenti d'inclure le patient en HAD



en raison du **réseau paramédical** personnel, qui semble suffisant :

Médecin 3 : « pas apprécié les besoins réels [en HAD]. »

Médecin 4 : « on a nos infirmières ici avec qui je parle, que je vois tous les jours, etc... avec qui je communique très bien. »

Médecin 10 : « je penserais plutôt à cette solution-là [coordonner une équipe autour de soi] qu'à l'HAD. »

Le médecin 14 a réfléchi avant notre rendez-vous aux patients qu'elle aurait pu prendre en charge avec l'HAD, mais n'a pas trouvé de situation qui le justifiait vraiment.



par la mise en œuvre du **réseau Autrement** :

Médecin 3 :

« Bon il y a une association, c'était Autrement, c'est une association qui est basée en Meurthe et Moselle ; c'était pas mal, il y avait du suivi. »

« -Enquêteur : « le réseau Autrement, est-ce que ça peut suffire à pallier ...

-Enquêteur : oui, oui. »

Médecin 4 : « Je ne travaille pas trop avec [l'HAD] [...] je travaille plutôt avec le réseau Autrement [...]

L'infirmière a des relations avec Autrement, Autrement à des relations avec moi et moi j'ai des relations avec l'infirmière donc c'est sain. » La réciprocité des relations est ici particulièrement appréciée.

L'efficacité ressentie du réseau personnel paramédical ou associatif diminue le besoin de recourir à l'HAD.

n. Gaspillage

Médecin 6 : concernant le matériel livré et non utilisé : « c'est jeté ? Ben c'est une gabegie totale. »

La gestion du matériel non utilisé mérite d'être réévaluée.

o. Critères d'admission trop restrictifs

Médecin 9 : « je trouve que c'est vraiment trop restrictif leur truc ; c'est pas comme une hospitalisation, ça s'appelle hospitalisation à domicile, mais en fait, c'est pas une hospitalisation, c'est certains soins. »

La méconnaissance des critères d'admission donne une idée restrictive de l'HAD.

p. Différences idéologiques avec les dirigeants

Médecin 6 : « l'image que j'ai « anti », c'est par contre madame Hubert [...] parce qu'elle faisait partie d'un syndicat auquel je n'adhère pas du tout. »

« Dr Naoun [...] il n'en aura jamais assez, lui. »

Médecin 7 : « j'é mets des doutes, puisqu'il a une formation de médecine nucléaire, qu'il en plus est à l'âge de la retraite [...] Concernant la question du vécu du libéral, je ne suis pas sûre qu'il ait une expérience. »

q. Statut privé à but lucratif

Le médecin 6 qualifie cette forme juridique de « filière à fric ».

Ce statut gêne également le médecin 13 :

« Enquêteur : Le statut de l'HAD d'Epinal vous poserait plutôt soucis ?

Enquêteur : Ouais, peut-être un peu quand même. »

La personnalité des dirigeants de l'HAD, ainsi que le statut privé à but lucratif, peuvent avoir une incidence sur les prescriptions de ce mode de prise en charge.

r. Ne constituent pas un frein à la participation à une HAD



les prescriptions médicamenteuses morphiniques

Médecin 1 : « Les patchs de Durogésic, moi je sais que j'en ai prescrit. »

Médecin 6 : « la morphine, on en utilise quand même assez volontiers. »



l'utilisation de traitements non utilisés en ville comme l'Hypnovel

Comme l'évoquent les médecins 6 et 13



les visites en urgence

Aucun médecin n'a répondu que cela constituait un problème pour lui, même si le médecin 7 relève cette éventualité

Médecin 7 : « est-ce que l'on n'a pas peur de garder les gens à domicile et donc d'être dérangé un peu plus, dans l'urgence. »

Pour les médecins 9 et 10, les visites en urgence en HAD **ne diffèrent pas des autres visites urgentes** :

Médecin 9 : « c'est les urgences, elles sont traitées en tant qu'urgence »

Médecin 10 : « il m'est arrivé de repasser parce que ça n'allait pas. C'était logique. »



l'éthique

La question concernant l'éthique n'a ramené que des réponses négatives et fermées.



le fondement de l'HAD

Médecin 5 : « ça me semble très bien, ce serait mieux si c'était plus développé en fait. »



le matériel utilisé

Il ne constitue pas un frein parce que les médecins s'en remettent à **l'équipe d'HAD et aux infirmières libérales** :

Médecin 9 : « je ne peux pas être mise en difficultés avec le matériel, vu que la VAC, c'est pas moi qui m'en occupait. »

Pour le médecin 12, c'est la **coordination** qui pare aux éventuelles difficultés matérielles : *« Comme il y a une relation assez bonne, que c'est facile de les joindre, je pense que ça peut se régler assez facilement. »*

Le médecin 7 évoque tout de même les **difficultés** rencontrées, sans que cela empêche la poursuite de l'HAD :

Médecin 7 : « Il y a eu des soucis avec la sonde, quand elle se bouchait, elle avait des perfusions, la gestion des poches, tout ça, c'était compliqué quand même. »

Les éléments connus des médecins, dans le cadre de leur exercice quotidien, ne leur pose pas problème quand ils le retrouvent dans le cadre de l'HAD.

L'utilisation de matériel inconnu n'est pas problématique pour les généralistes interrogés, qui utilisent les compétences de l'HAD pour sa mise en œuvre. Des dysfonctionnements peuvent persister, sans remettre en cause l'hospitalisation.

Le principe de l'HAD ne fait pas débat.

6) Éléments facilitateurs de prescription d'HAD par les médecins généralistes

a. Formation à l'HAD

➤ Le manque de formation lors de la formation initiale

Le médecin 1 rappelle que l'HAD est une pratique **récente** : *« ça n'existait pas quand je me suis installée »*

La plupart des médecins n'ont **pas été formé** à l'HAD :

Médecin 1 : « J'ai rien appris là-dessus. »

Le médecin 2 ne se souvient pas d'avoir eu de cours sur l'HAD lors de sa formation initiale, toute récente, même si le sujet a pu être abordé pendant des stages hospitaliers : *« il y a des moments où c'est abordé, mais abordé dans le détail, franchement, non [...] l'assistante sociale et les médecins du service qui m'ont dit, l'HAD ça fonctionne comme ça... »*

➤ Formations reçues au cours de l'exercice

Seul le médecin 7 a reçu une formation, qui a eu lieu lors de l'ouverture de l'HAD d'Epinal, en 2009.

➤ Disponibilité pour une formation à l'HAD

- Le temps alloué à la formation se raréfie pour plusieurs enquêtés, et l'HAD ne fait pas partie des priorités de formation:

Médecin 1 : « il faudrait se réunir, mais on n'a pas le temps. »

- Certains estiment ne **pas** avoir **besoin** de formation à l'HAD :

Médecin 3 : « -Enquêteur : vous pensez que vous en [une formation à l'HAD] auriez besoin ?

-Enquête : pas tellement. »

Médecin 13 : « J'ai pas l'impression d'en avoir besoin, non. »

Médecin 8 : « Non ! Mais je connais un peu la H.A.D parce que j'ai une ancienne stagiaire qui est maintenant médecin d' H.A.D à Nancy...Elle m'a expliqué de façon très ... le principe et comment ça fonctionne. »

Le médecin 14 dit n'avoir ni le temps, ni la motivation de participer à une formation sur l'HAD.

Le médecin 11 considère ne pas en avoir besoin actuellement, mais pense qu'il aura besoin d'être formé si l'HAD se développe ou qu'il a plus de patients.

➤ Les formations souhaitées

Une information est souvent plébiscitée comme élément favorisant la prescription d'HAD :

Médecin1 : « savoir exactement ce que c'est. »

Médecin 11 : « Une meilleure information, on ne pense pas forcément à faire des HAD, alors que peut-être qu'il y a des indications. »

⇒ Forme des informations :

- Formation « **sur le tas** » :

Médecin 2 : « il faut voir avec l'HAD de son secteur, une fois qu'on est installé » « la première fois qu'on a un patient en HAD, s'accorder un temps pour en parler [...] Est-ce qu'on peut faire comme ci, comme ça. »

- Une **plaquette** informative :

Médecin 2 : « quelque chose qui soit très pratique : l'HAD peut être mise en place dans telles conditions... Je sais que ça peut être un peu les règles de base, voilà il faut qu'il y ait de l'entourage, etc., etc., euh, rappeler que ça correspond à une vraie hospitalisation, et puis des choses d'ordre technique, combien de fois on peut passer par jour, est-ce que on peut compléter avec l'équipe mobile. »

Médecin 9 : « une plaquette assez claire, avec les moyens de joindre les personnes. »

- **Formation présentielle** :

Médecin 5 : « quelque chose de rapide, concis, précis, et efficace [...] rencontrer l'équipe. »

Médecin 7 : « Une soirée, pour voir les gens. »

Médecin 10 : « ça peut être intéressant, mais à condition que le contenu soit suffisamment dense, que ça permette de se connaître, d'avoir vraiment un échange d'information. »

⇒ Thèmes des formations :

Médecin 4 : « Oui peut-être pour tout ce qui est, gestion des soins, de la **morphine**, des traitements en **palliatif**, l'Hypnovel. »

Médecin 6 : « c'est surtout du **soin palliatif**...donc c'est dans ce domaine qu'on peut peut-être faire un peu mieux. »

Médecin 7 : « -Enquêteur : Vous aimeriez qu'une nouvelle formation soit organisée ?
-Enquêté : Oui, d'autant que, si j'ai bien compris, j'ai l'impression que les problèmes **administratifs** ne sont plus les mêmes. Il y a le financement, le coût, ce n'est plus quelque chose que l'HAD nous paye comme avant. »

« sur le **fonctionnement**, comment monter une HAD, faire appel à eux »

« être mieux informée sur ce qu'ils prennent vraiment en charge, quels sont leurs **critères** d'acceptation, avoir les bonnes **adresses** »

Médecin 13 : « éventuellement sur **l'organisation financière**. »

Médecin 8 : « j'aimerais bien, surtout savoir **quand** on peut prescrire une HAD. »

Médecin 9 : « qu'on nous donne les **critères** plus précisément éligibles à l'HAD [...] quelles sont leurs **missions**, quels sont leurs critères, quels sont leurs **limites**, en haut et en bas. »

Peu de médecins ont bénéficié d'une formation initiale ou continue à l'HAD.

Le temps et la motivation pour une formation font défaut, renforcés pour certains par un faible besoin ressenti de formation, au profit d'une simple information.

La forme souhaitée de ces formations est variable ; un effort d'adaptation sera nécessaire à l'établissement d'HAD dans ce domaine.

La clarté et la praticité des informations sont constamment requises.

Les thèmes plébiscités concernent les soins palliatifs et les traitements qui en découlent, ainsi que le fonctionnement administratif de l'HAD, les critères d'admission et sa mise en œuvre par un généraliste. Ces 3 derniers points sont définis en ligne sur le site « hadlorraine.fr ».

b. La rencontre avec l'équipe d'HAD



Se connaître pour travailler ensemble est un élément essentiel pour plusieurs médecins...

Médecin1 : « avoir des relations avec quelqu'un. »

Médecin 5 : « rencontrer l'équipe c'est quand même la base. »

Médecin 8 : « je le[le médecin coordonnateur] connaissais déjà auparavant...donc ça a peut-être un peu facilité les choses. »



...sans relation hiérarchique :

Médecin 4 : « pas de hiérarchie »

➤ La rencontre HAD/médecins généralistes semble **difficile à réaliser** pour d'autres :
Médecin2 : « je crois que c'est très compliqué, voire illusoire de réunir des intervenants d'HAD et des médecins traitants, c'est trop compliqué »

➤ Ces rencontres peuvent permettre de partager le dossier d'un patient :
Médecin 1 : « pouvoir parler du dossier. »

c. Améliorer la réactivité lors d'une demande

Médecin 9 : « qu'ils puissent intervenir à la demande, rapidement. »

d. Avoir un correspondant en permanence

Médecin 8 : « l'essentiel [...] c'est qu'on ait un correspondant toujours disponible...qui puisse être là quand on en a besoin...et pas un numéro de téléphone qui vous renvoie à perpète. »

e. Pouvoir joindre une personne plus spécialisée pour les soins en cours

Médecin 9 : « avoir un numéro de téléphone pour joindre une personne qui a plus l'habitude. »

f. La possibilité de garder les infirmières habituelles du patient

Médecin 4 : « je crois qu'il faut que les patients soient habitués à leur infirmière [...] elles les connaissent par cœur. »

g. Une présence nocturne

Médecin 4 : « une présence la nuit aussi. »

h. Organiser ce que le médecin n'a pas le temps de faire

Médecin 7 : « Nous pensions qu'ils avaient du temps pour gérer ce genre de situation, que nous n'avons malheureusement pas forcément le temps de gérer. »

i. Prévoir des visites de coordination tout au long de l'hospitalisation

Médecin 7 : « Ce que vous dites, c'est qu'il faudrait qu'une personne de l'équipe de coordination se déplace également chez le patient pour faire un point dossier. »

j. Prouver l'efficacité de la prise en charge en HAD

Médecin 7 : « qu'ils fassent un travail vraiment efficace, efficient. »

Médecin 10 : « quand les intervenants changent, qu'on ne sait pas trop comment ça fonctionne comme c'est en ce moment, on se dit est ce qu'ils sont capables d'assumer mon patient, est ce que ça va bien se passer, du coup, c'est sûr qu'il y a des réticences supplémentaires pour faire appel à eux. »

k. Patients demandeurs

Pour le médecin 14, c'est la demande des patients qui pourrait lui faire prescrire une HAD.

Connaître ses interlocuteurs et les rencontrer tout au long d'un séjour, pouvoir confier rapidement un patient à l'HAD, sans qu'il ne renonce à ses prises en charge déjà en place, sont des éléments importants pour la prescription d'HAD par les généralistes. La certitude de pouvoir obtenir un conseil spécialisé ou une aide pour organiser une prise en charge particulière à tout moment, et la possibilité qu'un soignant soit présent la nuit au domicile, en dehors de l'intervention d'un médecin de garde, faciliteront également le recours à l'HAD. Les demandes émanant des patients, ainsi la perception de l'efficacité de l'HAD pourront aussi stimuler leurs prescriptions.

7) Eléments controversés



Rémunération des visites

- Certains la trouvent **inadaptée** :

Médecin 1 : « on passe du temps, avec ces gens-là, plein de polypathologies, on ne gagne pas plus que pour les autres. »

Médecin 2 : « d'une façon générale [...], ils [les médecins généralistes] sont moins gagnants que sur une simple visite à domicile. »

- D'autres la considèrent **suffisante** :

Médecin 3 : « le bon tarif. »

Médecin 6 : « on est payé correctement. »

Médecin 8 : « Je ne vois pas pourquoi ça mériterait d'être payé plus... »

Médecin 10 : « Je considère que la consultation [...] c'est un forfait sur la vie, y'a des gens qui viennent pour une vaccination, y'a des gens chez qui on va passer une heure parce qu'ils ont un gros problème. »

Les médecins 4 et 5 ne rapportent pas de difficultés liées à la rémunération.

- Pour le médecin 7, le **règlement** des visites par le patient plutôt que par l'HAD peut être un facteur facilitateur des prescriptions d'HAD. Ce médecin fait également remarquer que cette visite est plus longue qu'une visite habituelle :

Médecin 7 : « Ça prend du temps, plus qu'une visite habituelle parce qu'il y a beaucoup de choses à gérer. »

- Le changement du mode de rémunération n'est pas acquis pour le médecin 12 :
« On ne sait jamais comment c'est pris en charge [...] c'est toujours très pénible. »

L'adéquation entre le montant de la visite et le travail qu'elle demande est inégalement ressentie. La nomenclature CCAM pourrait d'ailleurs évoluer pour valoriser au mieux le travail effectué lors de ces visites.

Le mode de règlement, mal connu, joue aussi dans le ressenti des généralistes vis-à-vis de l'HAD.



Contreparties

a. Financières

Aucun des interrogés n'accepterait de monnayer son effort de prescription d'HAD ; la question leur a même souvent paru choquante.

b. Allègement des gardes

Médecin 1 : « je suis pour qu'il soit dans le système de garde. »

Médecin 9 : « pour les gardes, là, je suis d'accord, mais pour le reste, non, c'est mon boulot. »

Pour le médecin 11, la participation du médecin coordonnateur ne favorisera pas sa prescription d'HAD.

Pour les médecins 12 et 13, aucune contrepartie ne favorisera sa prescription d'HAD.

Médecin 12 : « c'est un service qui est normal. »

Médecin 13 : « ça ne va pas peser dans ma décision. »

Proposer des contreparties - financières ou d'allègement de gardes - à la prescription d'HAD ne semble pas efficient ; la participation du médecin coordonnateur à la permanence des soins tient plus à sa formation de médecin que de son rôle au sein de l'établissement d'HAD.

Proposer des points de développement professionnel continu pourrait être une autre contrepartie, dont l'efficacité sera à évaluer.



L'image de marque de l'HAD d'Epinal

La **plupart** des médecins n'ont **pas d'a priori négatif**, sauf :

*Médecin 7 : « ce n'est pas terrible je dirais, puisque ça s'est **stoppé**, que ça a **repris**, que nous n'avons **pas été informés**. »*

*Médecin 10 : « y'a eu des **difficultés de fonctionnement** sur Epinal qui n'a peut-être pas donné envie aux médecins d'avoir recours et de les appeler. »*

*Médecin 13 : « On a eu une **rupture**, un petit peu dans l'organisation [...] y'a eu une **idée que ça fonctionnait pas**. »*

Le médecin 14 n'avait pas connaissance de l'interruption d'activité.

L'interruption d'activité a donc pu être un signal négatif envoyé aux généralistes, d'autant plus que la communication autour de la reprise n'a pas été suffisante.



Les prescriptions pré-remplies

Certains y sont **favorables** ...

Médecin 1 : « **on ne connaît pas** [...], c'est bien qu'ils nous disent ce qu'il faut qu'on prescrive. »

Médecin 2 : « y'a des moments où c'est bien [...] c'est vrai qu'on sait pas [...] on **rappelle** parce qu'il manque du matériel de perfusion

Médecin 4 : « ça me **simplifie** la vie [...] il y a des choses qui nous dépassent [...] On peut le faire mais mal quoi [...] après c'est la **galère** pour tout le monde. »

Médecin 5 : « c'est **pratique**. »

Médecin 6 : « on est des fois un peu seul, finalement s'il y a quelqu'un d'autre qui a une **information** un peu plus précise, ce n'est pas plus mal. »

Médecin 7 : « c'est appréciable, pour tout ce qui est **matériel**. »

Médecin 9 : « elles savent de quoi elles ont besoin, donc ça me paraît **logique**. »

Médecin 10 : « ça **simplifie** les choses. »

Le médecin 14 y est aussi favorable, les trouvant **pratiques**.

...d'autres, **non** :

Médecin 3 : « j'aurais tendance à ne **pas trop accepter** ce genre de prescriptions. »

Médecin 11 : « C'est **insupportable**. »

Médecin 13 : « ça m'**embêterait** un peu quand même. »

Médecin 12 : « je ne suis pas très favorable [...] qu'il y ait un prestataire qui ait le **monopole**. »

...certains l'acceptent, mais restent **critiques** :

Médecin 8 : « Ou on est d'accord et on signe ou on n'est pas d'accord et on ne signe pas ! [...] ça ne me pose pas de souci. »

Les prescriptions pré-remplies présentent des **avantages** : en effet, le manque de connaissance du matériel utilisé peut engendrer des oublis qui gênent ensuite patients, médecins, et pharmaciens ; elles représentent aussi un autre élément – avec l'organisation de prises en charges particulières comme les réhospitalisations, qui peut être géré par l'HAD plutôt que par le médecin, dans le cadre d'une prise en charge globale du patient.

Les **oppositions** contre ces prescriptions tiennent à l'indépendance et l'esprit d'équité des médecins.

Mettre à disposition des médecins des prescriptions de matériel pré-remplies demandera une nouvelle fois à l'HAD de s'**adapter** aux souhaits de chacun.



Courrier de sortie

Certains **apprécient** d'en recevoir ...

Médecin 3 : concernant le réseau Autrement : « chaque fois que le chef ou la chef passait, il y avait un courrier en bonne et due forme, bien détaillé. »

Médecin 13 : « ça nous intéresse d'être au courant. »

...voire en font un moyen de créer du **lien** entre l'HAD et les médecins généralistes :

Médecin 4 : « Enquêteur : ça pourrait améliorer le lien avec le généraliste ?

-Enquête : oui »

Médecin 12 : « oui, c'est important. »

Médecin 13 : « ça me paraît être la base, donc je ne vois pas comment ça pourrait être fait sans courrier de sortie, s'il y a un truc énervant, c'est quand on n'a pas de courrier, alors qu'on est le principal intéressé[...]est-ce que ça peut renforcer les liens, je suis pas sûre, mais c'est indispensable. »

D'autres ne lui voient **pas d'utilité** ...

- Parce qu'ils sont les pivots du déroulement de l'HAD

Médecin 5 : « il n'a pas spécialement lieu d'être puisqu'on est censé avoir **suivi** le parcours [...] ça fait du **travail** je pense pour finalement **pas grand-chose**. »

Médecin 8 : « C'était simplement **par correction**. »

- Parce qu'ils sont le premier témoin d'un événement :

Médecin 6 : « - enquête : la sortie s'est faite par le décès

- enquêteur : vous vous ne souvenez pas d'avoir reçu le courrier « Cher confrères, nous avons le regret de vous annoncer....

- enquête : Bah non, puisque je les ai appelés »

Pour le médecin 9, l'utilité du courrier de sortie dépend des situations : « je ne vois pas l'intérêt d'avoir un courrier dans ces cas-là [...] Je ne dis pas dans d'autres cas, mais là, non. »

... ou ne le considèrent **pas comme un moyen de créer du lien** entre les médecins généralistes et l'HAD :

Médecin 1 : « ça ne va rien changer. »

Les avis concernant l'utilité du courrier de sortie d'HAD sont tranchés et partagés, de même que sa capacité à améliorer les relations HAD/généralistes.
--

8) L'équipe coordinatrice

a. Le médecin coordonnateur

i. *Visions de son rôle actuel*

- Pour certains, le rôle du médecin coordonnateur est **inconnu**... :

Médecin 5 : « je ne sais pas ce qu'il a fait. »

Médecin 11 : « c'est un grand **mystère** »

Médecin 13 : « ça reste un peu obscur pour moi [...] quel est son rôle dans la structure, ça, je sais pas. »

...voire **erroné** :

Médecin 5 : « je ne sais pas qui a prescrit l'HAD, j'imagine que c'est le médecin coordonnateur. »

- Pour d'autres, il a un rôle :

➤ **D'expertise**

Médecin 12 : « c'est un médecin qu'on peut joindre en cas de problème, qui est plutôt présent pour les **conseils**, pour tout ce qui peut être difficultés techniques, voire adaptation des traitement qui peut être un peu compliqué pour un médecin généraliste. »

Médecin 4 : « nous **orienter**, nous aider. »

Pour le médecin 13, cette fonction ne lui sera utile qu'en l'absence de ses ressources habituelles : « si je suis chez le patient, éventuellement. »

➤ **De gestion de l'équipe d'HAD**

Médecin 4 : « d'orchestrer les paramédicaux. »

Médecin 6 : « c'est un peu le surveillant »

Médecin 8 : « Il a un double rôle, d'abord celui de gérer son personnel auprès des patients... » « La mise en route d'une H.A.D...c'est quand même bien que le médecin coordonnateur soit là, soit présent pour régler un petit peu, le cadre des interventions de chacun ! »

➤ **D'interlocuteur de choix, en particulier pour débiter une HAD**

Médecin 8 : « Il a un double rôle [...] et puis, gérer la **relation avec le médecin traitant**. »

Médecin 13 : « Je crois que j'appellerais le médecin coordonnateur [pour mettre en place une HAD], ça me paraît être **un lien**, plutôt un contact supplémentaire utile. »

Médecin 12 : « C'est intéressant de savoir qu'il y a **quelqu'un qui est là** pour dépanner. »

Médecin 13 : « il nous **prévient** quand ils sortent. C'est pas des coups de fils qui durent longtemps [...]. C'est plutôt **efficace**. »

➤ De supervision du dossier médical

Médecin 10 : « il est quand même celui qui **recupère toutes les informations** des différents intervenants, c'est lui qui peut faire la **synthèse** de la situation du patient, de savoir si l'hospitalisation à domicile est encore **adaptée** à ce patient, s'il y a encore des **difficultés**, quelles difficultés, comment les **résoudre** et qui voit l'évolution médicale du patient. »

Médecin 1 : « Enquête : Ben oui, ça fait un médecin avec qui on pourrait **partager**...

Enquêteur : ...le dossier et le travail sur site ?

Enquête : oui, c'est ça. »

- Sa **position semble complexe** pour certains :

Médecin 6 : « le médecin coordonnateur a une position quand même difficile [...] il est vraiment entre les deux [généraliste et hospitalier]. »

- Certains **n'apprécient pas ce rôle** ou le trouvent **inadapté à leur exercice** :

Médecin 7 : « il doit avoir un avis médical qui est **censé être éclairé**, au sujet de la réhospitalisation d'un patient via les urgences, alors qu'une admission directe en service aurait été souhaitée : si le rôle du médecin coordonnateur est celui-là, je ne vois pas où est l'intérêt. »

Médecin 9 : - « c'est un **administratif**, point. »

- Au sujet du rôle d'expertise : « non, [...] à moins que ce soit des gens qui ont vraiment été sur le terrain et qui aient vu, sinon, ce sont des gens qui sont un peu déconnectés. »

Pour le médecin 14, il n'a pas non plus de rôle d'expertise.

La fonction du médecin coordonnateur reste mal connue. Il est considéré comme un expert, un tuteur et un organisateur des différentes interventions, de façon variable. Il est aussi un interlocuteur efficace pour débiter une HAD ou prévenir les médecins traitants des événements de l'hospitalisation. Le côté administratif de son travail peut déranger. Sa place entre libéraux et hospitaliers complexifie encore la perception de ce nouveau métier.

ii. **Éléments d'amélioration de son rôle suggérés par les interrogés**

a. Un médecin coordonnateur plus soignant ?

- Certains médecins pensent que c'est une **bonne chose** :

Médecin 1 : « Moi je suis pour qu'il soit dans le système de **garde**. »

Médecin 12 : « ça ne me dérange pas qu'il y aille [en **visite**]. Du temps qu'on me tient au courant. »

Le médecin 14 est très favorable à ce que le médecin coordonnateur réalise des **visites** si elle est débordée. Elle attend même qu'il la **seconde** quand son emploi du temps est surchargé, en haute saison thermale.

- D'autres y voient des **objections** :

- En limitant son éventuelle action au cadre de l'**urgence** :

Médecin 11 : « non, c'est vrai que j'aime bien quand c'est moi qui gère, bon, s'il y a une urgence, c'est bien qu'il soit là. »

- En raison de sa position **isolée** :

Médecin 6 : « Ça resterait un médecin qui serait assez seul finalement [par opposition aux médecins travaillant en équipe en soins palliatifs] »

- Le rôle soignant, pour le médecin 7, **correspond à la visite de coordination** :

Médecin 7 : « Je pense que c'est mieux que ce soit le médecin généraliste qui fasse les visites [...] mais le médecin coordonnateur devrait faire au minimum une visite, pour connaître le cadre de vie de la personne, les conditions dans lesquelles elle va être accueillie à la maison. »

- En raison de sa **formation** :

Médecin 9 : « s'il est compétent, je veux bien, mais s'il a fait toute sa carrière en tant que coordonnateur, il n'en est pas capable. »

- Parce que la **séparation** des rôles est nécessaire :

Médecin 8 : « Moi, c'est le suivi du patient, lui, c'est celui du patient dans l' H.A.D...Ce sont 2 fonctions qui m'apparaissent bien distinctes ! »

- En raison des attentes du **patient** :

Médecin 10 : « Ça ne me gênerait pas, mais simplement, vis-à-vis du patient, quand c'est des gens qu'on connaît depuis 20 ans, s'ils nous appellent, c'est difficile de dire je vais vous envoyer le médecin de l'HAD, parce que je n'ai pas trop le temps. »

b. Un médecin rompu à l'exercice de la médecine générale libérale ?

Cet aspect ne fait pas l'unanimité non plus :

Médecin 7 : « Je pense qu'il est nécessaire qu'il ait une formation, et une **connaissance de la pratique de la médecine générale**. »

Médecin 9 :

« Enquêteur : vous voulez dire [...] **réserver le poste de médecin coordonnateur à des médecins généralistes** ?

Enquêteur : l'HAD intervient à domicile, sur des patients de médecine générale, donc, **oui**, oui. »

Médecin 8 : « **pas forcément**, non, pas forcément. »

Médecin 12 : « **pas nécessairement**. »

c. Un médecin qui connaisse les généralistes de son secteur d'HAD ?

Médecin 8 : « Oui, sans doute...mais écoute, il y a tellement de médecins dans le secteur, ce n'est pas possible.... »

d. Autres qualités requises

Communication et **coordination** sont attendues :

Médecin 10 : « qu'il faut qu'il ait le **sens du contact** et qu'il soit **efficace dans ce rôle de coordination** de l'équipe de soins à domicile, il a quand même un rôle clé pour que ça fonctionne bien. »

Médecin 5 : « il faudrait au moins une collaboration entre le généraliste et le médecin coordonnateur. Parce qu'on ne peut pas faire chacun sa sauce dans son coin sans savoir ce que l'autre fait, ça ne rime à rien. »

Le médecin 2 pense que le rôle du médecin coordonnateur devrait devenir **plus adaptable** :

Médecin 2 : « il me semble que c'est **au cas par cas**, vu que les médecins ont des profils différents, euh ils vont avoir, selon la pathologie du patient, selon la proximité du médecin avec son patient, selon l'intérêt qu'a le médecin pour l'HAD, selon ses capacités à travailler en équipe, selon sa connaissance du fonctionnement de l'HAD [...] le médecin généraliste va être plus ou moins présent, le médecin co va être plus ou moins présent [...] je dirais pas qu'il faut que ça prenne telle ou telle direction, je dirais que malheureusement, ils ont **le rôle difficile d'accepter d'avoir un rôle variable**. »

L'évolution du rôle du médecin coordonnateur, vers sa participation aux gardes ou aux visites autres que de coordination, ne fait pas consensus.

Les médecins généralistes des Vosges centrales ne s'accordent pas non plus sur la formation de base, l'expérience en médecine générale, ni sur l'origine du « médecin coordonnateur type ».

En revanche, les qualités de communication et d'organisation sont requises, ainsi que plus de souplesse, pour permettre à l'HAD d'aller davantage vers les généralistes.

b. Les infirmières coordonnatrices



Leur rôle actuel est méconnu :

Médecin 5 : « je ne sais pas ce qu'elles font. »

Médecin 12 : « Enquêteur : vous savez c'est quoi leur boulot ?
- Enquêté : pas spécialement. »



Evolution potentielle de leur rôle

- La plupart des médecins ne sont **pas favorables** à ce que les infirmières coordonnatrices soient plus soignantes :

Médecin 6 : « C'est difficile d'être sur les deux versants [soignant et coordonnateur]. »

Médecin 12 : « le rôle des soignant, c'est le rôle des soignants, il y a les infirmières libérales, et je pense que les patients sont attachés à elles. »

Médecin 4 : « qu'il faut que les patients soient habitués à leur infirmière [...] ils sont très attachés [...] elles les connaissent par cœur. »

Le médecin 14 n'est pas favorable à ce que les infirmières coordonnatrices soient plus soignantes, en raison de sa bonne entente et de ses habitudes de coordination avec les infirmières libérales, et aussi parce que les patients sont particulièrement attachés à leur infirmière.

- Certains pensent tout de même que ce serait **une bonne chose** :

Médecin 7 : « Je pense qu'elles pourraient être plus dans le soin, mais aussi qu'elles prennent le temps de discuter avec les infirmières libérales [...] Les infirmières coordonnatrices pourraient avoir un rôle de formation également. »

Médecin 9 : « si elles perdent le contact avec le terrain, elles vont devenir des administratives

Médecin 11 : » j'ai du mal à comprendre ce rôle de coordination sans faire les soins, pour moi ce serait bien qu'elles fassent les deux. »

Le rôle des infirmières coordonnatrices est aussi méconnu, et l'évolution de leur rôle est moins facilement envisagée.

L'évolution des rôles de médecin et infirmière coordonnateurs est donc controversée, même si la plupart des médecins ne connaissent pas ces fonctions de coordination, et qu'il est difficile, dans cette situation, de rechercher des voies d'amélioration.

Mieux communiquer permettra à l'équipe coordonnatrice d'HAD et aux médecins généralistes de se connaître davantage, ce qui constitue la base d'une confiance réciproque.

C. Télémédecine

1) Connaissance de la télémédecine

Certains ont une **idée** de ce qu'est la télémédecine... :

Médecin 1 : « On en fait tous les jours gratuitement depuis toujours. »

Médecin 8 : « des conférences par télémédecine ? [...] un contact par télémédecine avec le médecin coordinateur ? »

...d'autres, **non** :

Médecin 4 : « La télémédecine c'est quoi ça ? »

Médecin 6 : « Qu'est-ce que vous comprenez dans la télémédecine ? »

2) Freins à ce mode de communication

➤ Certains s'opposent à cette pratique :

➤ en raison de son caractère **chronophage**, en particulier à cause de la nécessaire traçabilité:

Médecin 1 : « ça prend du temps ; chaque fois qu'on a eu un coup de fil comme ça, qu'on a dit quelque chose à quelqu'un, il faut le noter. »

Médecin 6 : « si on passe du temps à ça, on ne fait pas autre chose...Ce sera un blocage classique. »

- parce que la télémédecine **diminuerait le temps de présence** soignante :

Médecin 2 : « il faut pas que la télémédecine diminue euh, excessivement le temps de présence. »

Médecin 10 : « ce n'est pas tout à fait la même chose que de se déplacer sur place ; sur place, on va quand même pouvoir voir la personne, on va ressentir plus de choses. »

- parce que la **rémunération** est **mal adaptée** :

Médecin 1 : « c'est du travail qu'on fait pour rien. »

- parce que ce mode d'exercice peut être **risqué** :

Médecin 1 : « il faut se méfier parce que les gens, on les a pas vus [...], c'est dangereux. »

Médecin 5 : « La télémedecine, moi je m'en méfie un peu, franchement, enfin rien ne remplace un examen classique. »

- parce que la télémedecine mettrait trop en jeu la **responsabilité** du médecin

Médecin1 : « il faut réfléchir tout le temps à ce qu'on doit faire, ce qu'il faut faire... »

- parce que c'est **un mode de communication mal adapté** :

- à l'**urgence** en HAD :

Médecin 2 : « gérer des situations un peu d'urgences [...] par télémedecine à mon avis, ça va être compliqué [...] parce que soit l'urgence est, on va dire, assez **réelle** et dans ce cas-là, on aime quand même assez bien qu'il y ait un médecin **sur place**, soit l'urgence elle est, euh **ressentie**, il y a de l'angoisse [...] et dans ce cas-là être **face à l'écran** avec le médecin [...] ça va **pas vraiment aider**. »

- à la **population** accueillie en HAD :

Médecin 4 : « c'est moyen, ça, je trouve [...] parce que souvent ils sont en bout de course en général [...] il n'y a **pas de contact humain** [...] On perd quand même quelque chose. [...] **difficile à vivre** et à accepter, il peut le vivre comme ça en fin de vie [...] « Plus personne ne s'occupe de moi, y'a plus que des machines qui s'occupent de moi. »

Médecin 7 : « Je crains que ce soit pire avec la télémedecine, en plus dans la prise en charge d'une **population précaire**, l'outil n'est pas facile, avec un risque d'**incapacité d'utilisation** d'un appareillage particulier, sauf si c'est l'intervenant qui l'utilise. »

Médecin 8 : « je ne pense pas que ce soit, dans l'immédiat, forcément la meilleure formule. »

Médecin 9 : « C'est pas le Canada, ou c'est pas l'Australie avec des déserts de 300km !! [...] ça peut être utile, mais **pas ici**. »

- parce que ça créerait de la **distance** dans les relations :

- entre le soignant et le soigné :

Médecin 2 : « il faut un ordinateur portable ou des choses comme ça. Ça peut être un peu compliqué. »

Médecin 5 : « plus on introduit comme ça de choses qui sont compliquées, plus ça **éloigne** le patient de l'équipe [...] Tout le temps où l'infirmière va être sur sa tablette en train de rentrer les données, etc., c'est du temps finalement où le patient est « **mis à l'écart** ». »

Pour le médecin 14, la distance que cela induirait entre le patient et le médecin est **difficile à évaluer**, car les patients ont l'**habitude** d'utiliser l'**informatique** chez eux et de voir le médecin l'utiliser lors des consultations.

- entre les soignants :

Médecin 5 : « puisque on peut consulter les données depuis chez soi, [...] **plus personne n'a de raison de se parler** dans l'histoire. »

- Pour beaucoup, ce serait une solution de **secours**, qui serait **mal vécue** par le patient:

Médecin 1 : « ça **ne remplace pas les contacts humains**, se voir, parler. Et vis-à-vis du patient, c'est encore pire. »

Médecin 2 : « j'y suis assez favorable, comme une solution de secours [...] ça restera toujours **inférieur à une consultation en face à face**. »

- parce que ce n'est **pas une priorité** dans la prise en charge des patients :

Médecin 9 : « il y a des choses plus importantes. »

- parce que l'**informatisation** du dossier d'HAD n'est **pas indispensable** :

Médecin 2 : « Finalement le **classeur** à la maison, ça fonctionne assez **bien**. »

Médecin 5 : « c'est de la **perte d'argent** » « ça **complique** un peu les choses quand même » « je ne vois pas l'utilité chez un patient comme ça qui est chez lui hospitalisé, finalement la **masse d'information** n'est **pas**, je pense **suffisamment importante** pour justifier d'une informatisation. »

Médecin 8 : « est-ce que ça vaut le coup de se lancer dans un **gros truc pour un temps relativement court** ? »

Le médecin 4 en revanche pense qu'il est **intéressant** d'informatiser ce dossier, pour pouvoir le partager :

« Un dossier informatisé, si, entre professionnel, entre nous, ça oui »

- parce que les médecins ont **du mal à adhérer** aux nouvelles technologies de l'information et de la communication:

Médecin 2 : « on a du mal à y mettre les médecins. »

Médecin 9 : « Ah non, non, non, non !! [Rires] là, je ne suis pas d'accord. »

Médecin 3 : « Je fais un blocage complet sur l'informatique. »

Le médecin 14 n'apprécie pas particulièrement l'informatisation, et préfère utiliser le téléphone.

- parce qu'il faut prévoir une **solution dégradée** en cas de panne informatique :

Médecin 2 : « qu'est-ce qui se passe le jour où ça marche pas, qu'est ce qui se passe le jour où l'ordinateur est en panne ou il n'y a plus accès à internet etc... on n'arrive plus rien à faire, donc ça met énormément les médecins en difficulté. »

- Si plusieurs facettes de la télémédecine semblent intéressantes à plusieurs médecins, **la téléconsultation pose problème** :

Médecin 4 : « [la téléconsultation] c'est pas bien / [la téléexpertise] ça peut résoudre, pas mal de choses [...] c'est bien ça. »

- Les **conséquences** de ces freins **sur la prescription** d'HAD, si elle mettait en œuvre des moyens de télémédecine sont difficiles à évaluer :

Médecin 13 : concernant les freins que pourrait engendrer la télémédecine à la prescription d'HAD : « ça ne me freinerait pas plus que ça je pense ».

La télémedecine est ressentie par les interrogés comme un tiers chronophage dans la relation au patient et une entrave à la rencontre des soignants entre eux. La rémunération et l'engagement de leur responsabilité sont aussi des freins à sa mise en œuvre.

La téléconsultation est la facette la plus polémique de cet outil.

La télémedecine en HAD n'est actuellement pas une priorité pour les généralistes des Vosges centrales.

3) Facilités offertes par la télémedecine

- En téléexpertise :

Médecin 2 : « vu la réalité actuelle de l'organisation du système, y'a des **spécialistes** qui sont assez **précieux**, euh la télémedecine, ça peut être intéressant. »

Médecin 8 : « On a un souci, on peut l'[le médecin coordonnateur] avoir..., rapidement...ça lui ferait **gagner du temps**. »

Médecin 10 : « ça peut être intéressant d'avoir une **photo** d'un ulcère où on n'est pas forcément obligé de se déplacer pour aller le voir, mais l'infirmière peut prendre la photo de l'ulcère, **en discuter** avec le médecin coordonnateur, en discuter de la façon dont on doit faire le pansement. »

Le médecin 14 évoque la possibilité de transmettre une **photo**, ou **d'adapter à distance un traitement**.

- En télésurveillance :

Médecin 2 : « pour ce qui est de la surveillance du poids, de l'ECG ou quoi je pense que c'est vraiment un très bon outil. »

- Pour le partage du dossier :

Médecin 2 : « le **médecin coordonnateur**, ça serait bien pratique, effectivement s'il pouvait avoir accès directement au dossier depuis, euh, depuis son bureau. »

Médecin 5 : « ça permettrait [...] au médecin coordonnateur, de **recupérer les données** sans se déplacer. »

Médecin 10 : « ça peut être envoyé au médecin généraliste à la limite, au médecin coordonnateur et qui peuvent suivre, avec des **alertes** lorsqu'il y a quelque chose à regarder. »

- Par l'informatisation du dossier médical :

Médecin 10 : « le dossier informatique c'est toujours **plus lisible** pour tout le monde et c'est en général **mieux organisé** qu'un dossier papier, donc ça facilite l'accès aux informations quand on sait bien s'en servir. »

Médecin 11 : « [l'informatisation du dossier du patient à son domicile] Ça m'irait, **sans souci**. »

Médecin 13 : « **Plutôt que** d'avoir un **gros dossier** papier, oui pourquoi pas [...]. Le seul problème c'est toujours la compatibilité [...]. Si on en a nous une **trace dans notre dossier**, y'a un intérêt, si c'est pour renseigner le dossier de l'HAD et qu'il n'y ait qu'eux qui aient accès, ça m'intéresse pas. »

- En termes d'économies :

*Médecin 5 : « ça ferait peut-être des économies de **déplacement** pour certains intervenants [...] pour le médecin lui-même, je ne sais pas. »*

*Médecin 11 : « ce serait un gain de **temps**. »*

Les possibilités en termes de téléexpertise, de télésurveillance, d'informatisation et de partage du dossier médical, et d'économies, sont des principaux points d'intérêt des généralistes pour la télémédecine.

4) La motivation à la télémédecine en HAD n'est pas homogène

*Médecin 4 : « Ça serait même un **frein**, je pense, parce que ça va automatiser les choses, [...] et ça n'ira pas, [...] c'est le contact humain à la fin de toute façon. »*

*Médecin 12 : « je suis **tout à fait favorable** à ce genre de choses, il faut que ce soit un plus dans la pratique de la médecine [...] pourquoi pas, on est en 2013. »*

Au total, la télémédecine reste mal connue ; si plusieurs aspects semblent intéressants aux interrogés, ce mode de communication paraît mal adapté actuellement à l'HAD dans les Vosges centrales pour plusieurs médecins. La télémédecine est, malgré tout, envisagée comme une solution d'avenir.

VIII. Discussion

A. Réalisation de l'enquête

1) Recrutement des médecins

Nous avons choisi d'interroger des médecins qui n'avaient pas prescrit d'HAD, pour analyser leurs freins à la prescription de ce mode d'hospitalisation ; cependant, interroger des médecins prescripteurs aurait pu apporter des éléments de réponse sur le défaut de prescription ultérieure d'HAD.

Nous avons pu interroger autant d'hommes que de femmes, ce qui contraste avec les autres thèses sur le sujet, où le recrutement de médecins féminins avait été difficile, allant de l'absence de femmes interrogées (7), à 29% de femmes répondantes (8). Ainsi, notre enquête reflète davantage la féminisation actuelle (29% des effectifs) et à venir - 55% des moins de 40 ans lorrains sont des femmes- de la profession de médecin généraliste(71).

Nous avons été reçus par des médecins à différents moments de leurs carrières ; cet élément va permettre d'analyser l'influence de l'expérience sur la participation à l'hospitalisation à domicile, ainsi que sur leur propension à utiliser l'informatique et la télémédecine.

Le recrutement par téléphone a permis d'éviter la surreprésentation des médecins les plus impliqués en matière d'HAD, biais qui intervient souvent dans les enquêtes par questionnaires à retourner.

La plupart des médecins exercent en milieu semi-urbain, ce qui correspond à la typologie des bassins de vie du territoire d'intervention de l'HAD d'Epinal (cf. carte 2).

2) Lieu de l'entretien

Les médecins 5 et 7 ont préféré nous recevoir à leur **domicile**, en dehors de leurs horaires de consultations, parce que le cabinet était occupé par leur associée à ce moment. Le médecin 6 nous a reçus aussi à son domicile, dans un bureau à usage professionnel, en dehors de ces horaires de consultations.

Il est difficile de mettre en évidence une influence de ce lieu d'entretien, puisque les médecins 5 et 7 n'avaient pas d'appels professionnels à leur domicile, alors que le transfert d'appel, chez le médecin 6, a interféré avec l'enquête à deux reprises.

Le médecin 4 nous a reçus en dehors de ses horaires de consultation, mais à son cabinet.

C'est davantage l'absence d'appels téléphoniques qui a favorisé la disponibilité des interviewés.

3) Difficultés rencontrées lors de la préparation des entretiens

Il a été difficile de choisir l'attitude à adopter ; si N. Sibelet et M. Mutel (85) recommandent une attitude empathique, mais tout à fait neutre, ce n'est pas le cas de J.C. Kaufmann, qui considère qu'en n'exprimant aucune opinion, en ne montrant aucune réaction, on empêche le dialogue de s'installer, en

raison de l'absence d'interaction : « l'enquêteur qui reste sur sa réserve empêche donc l'informateur de se livrer »(87)(p52) .

Nous avons finalement choisi, après le 1er entretien-test, de prendre une attitude moins neutre pour le deuxième test. Ainsi, il nous a semblé que le dialogue était plus naturel, et que les enquêtés parlaient plus librement.

Lors des prises de rendez-vous, seuls deux médecins n'ont pas souhaité nous recevoir; il s'agit de 2 médecins exerçant dans la même maison de santé ; ce sont aussi les 2 seuls médecins auxquels nous n'avons pas pu parler, en raison du filtrage exercé par la secrétaire.

Elle nous a proposé de consulter chaque médecin de la maison de santé. Lors de notre rappel, elle nous a alors signifié le refus de ces 2 médecins, mais elle nous a aussi mis en contact avec un troisième médecin qui nous a reçu (médecin 13) et un camarade de promotion que nous n'avions pas prévu d'interroger (médecin 11).

Ces refus sont difficiles à interpréter, car ils peuvent dépendre ou non du thème (86) et de la méthode d'enquête.

La piste de la rémunération des entretiens, peu exploitée en France, pourrait-elle être un moyen d'accéder à ces médecins ? Compte tenu des réponses négatives formulées par l'ensemble des médecins de cette étude au sujet des contreparties financières, il ne semble pas que ce soit une solution adéquate.

De même, les réponses concernant la rémunération majorée de la visite de coordination qui ne semble pas faire de cette rémunération un argument pour y participer, corroborent l'inefficience probable d'une telle proposition dans le secteur de notre étude.

Par ailleurs, les médecins qui correspondaient aux critères de l'étude ont accepté de nous recevoir, certains facilement, d'autre après avoir insisté en leur évoquant que leur point de vue était intéressant. La qualité du premier contact s'est ressentie sur l'implication de l'enquêté lors de l'entretien : les réticences des médecins 3, 6 et 12 ont donné lieu à des réponses moins élaborées.

4) Difficultés lors des entretiens

a. Le dictaphone

Pour le premier entretien-test, nous avons choisi de prendre l'entretien intégralement en notes ; à l'issue de ce test, nous avons réalisé que pendant la prise de note, l'enquêtée nous regardait écrire, sans réfléchir particulièrement (elle nous le confirme à l'issue de l'entretien) ; nous décidons donc de ne noter que les mots sur lesquels on souhaite rebondir, en laissant le magnétophone enregistrer la totalité de l'entretien. Pour le deuxième entretien test, nous n'avons pris en note que les quelques mots sur lesquels nous souhaitions revenir avec l'enquêté. La qualité d'écoute a été meilleure, et nous avons pu faire le point sur les questions déjà posées plus naturellement, pendant que l'interviewé parlait.

Le dernier médecin interviewé nous a demandé de ne pas enregistrer l'entretien ; malgré la justification de la restitution plus fidèle des propos, elle n'a pas souhaité que nous enregistrions notre dialogue. La qualité d'écoute a été un peu altérée, mais l'enquêtée a semblé plus dispose dès le dictaphone éteint.

b. Les appels téléphoniques et les retards

Les appels téléphoniques ont été répétés lors des entretiens 6 et un appel particulièrement long est intervenu au cours de l'entretien 14.

Au cours de l'entretien 6, ces appels ont interrompu la conversation, mais en fin de réponse, permettant de passer rapidement à la question suivante au retour de notre interlocuteur. Lors de l'entretien 14, un aparté sur le sujet du coup de téléphone a permis de détendre une atmosphère tendue par la présence d'un patient en salle d'attente. Bien que ce médecin soit arrivé en retard à notre rendez-vous, il ne nous a pas été demandé de terminer rapidement notre enquête.

B. Biais de réponse

Les biais de réponse pouvant entrer en jeu lors des entretiens sont:

- Liés au thème : l'HAD est un mode de prise en charge particulièrement recommandé depuis la loi HPST (78), mais peu utilisé dans les Vosges : l'HAD d'Epinal a réalisé 3160 journées en 2012, pour un bassin de population de 130000 personnes, alors que 4207177 journées ont été réalisées sur la France en 2012 (45) pour une population de 65,3 millions d'habitants(88), contre 25 828113 journées en hospitalisation traditionnelle(89), le sujet est donc controversé, au plan local comme national.
- Liés à la méthode d'entretien : la subjectivité de l'enquêteur peut se traduire dans ses relances(90) ; nous avons contrôlé ce biais en préparant des relances neutres. Cependant une attitude trop impersonnelle n'est pas souhaitable non plus, risquant d'amener des réponses trop aseptisées d'après Kaufmann, « à la non-personnalisation des questions fait écho la non-personnalisation des réponses » (87). Il a donc été difficile de choisir l'attitude à adopter ; nos questions ont pu être par moment trop orientées, mais il nous a semblé qu'elles l'étaient surtout lorsque les questions ouvertes avaient du mal à apporter une réponse.
- Liés au statut social (90): peu de biais sont ici attendus, puisque l'interviewer est également médecin et non prescripteur.
- Liés au sexe et à l'âge de l'interviewer : ce biais est plus difficile à apprécier. La relation genrée peut déstabiliser le rapport interviewer/interviewé si un interviewé masculin ou un interviewé plus expérimenté tente de se charger de la conduite de l'entretien, qui est ici mené par une femme(86). De façon à prendre de l'expérience vis-à-vis de l'HAD, nous avons passé quelques journées au sein de l'HAD d'Epinal et de Châlons-en-Champagne, afin de rencontrer les équipes ainsi que les patients et leur famille.
- Liés à l'enregistrement : nous avons cherché à dissiper ce biais par l'explication de l'utilité de l'enregistrement, ainsi que de ses modalités - en particulier l'anonymat - en début d'entretien. La plupart des interlocuteurs ont été un peu étonnés à la vue du dictaphone, mais il ne nous a pas semblé qu'ils s'y attachaient ensuite, comme le montre la fin de l'entretien, où ces interviewés donnent des coordonnées personnelles ; à aucun moment ces médecins n'ont regardé le dictaphone au cours de l'entretien. Ils ont souvent manifesté un sentiment d'importance de leur propos, de sérieux dans les propos qu'ils allaient tenir ; nous avons alors veillé à maintenir une ambiance empathique et sans jugement, de façon à éviter qu'ils ne recherchent la « réponse juste ». Le médecin 2 a réalisé sa thèse également par entretiens semi-dirigés, il n'a donc pas été surpris par le matériel.

- Biais de désirabilité sociale : il résulte de la volonté du répondant de se montrer sous un jour favorable (91), en amplifiant, dans ses réponses, les comportements considérés comme positifs, et en minorant les aspects négatifs. Les recommandations de l'ARS(41) de prescrire des HAD limitent donc l'énoncé de ce qui freine les médecins généralistes à recourir à ce mode d'hospitalisation. Par ailleurs, un enquêteur considéré comme attractif accroît ce biais de désirabilité sociale (92). Nous avons donc veillé à avoir une tenue vestimentaire neutre lors des entretiens (90).
- Artefacts de questionnement : « il s'agit des erreurs de mesure résultant de l'adoption d'un comportement de réponse spécifique, par le répondant en situation de questionnement s'il croit avoir discerné, même partiellement, l'objectif du questionnement. »(92) Ainsi nous n'avons pas clairement expliqué que l'objectif est d'évaluer les freins à la prescription d'HAD dans le secteur d'Epinal lors de la présentation de notre travail.

Afin de faire ressortir notre impression par rapport à ces biais, nous avons évalué subjectivement l'implication des médecins dans l'entretien : 3/3 correspond à un médecin qui a développé ses réponses, sans s'attacher à trouver la « réponse juste », 2/3 quand il nous a semblé y avoir plus de freins à l'expression du sentiment du médecin, 1/3 lorsque cela était encore plus clair.

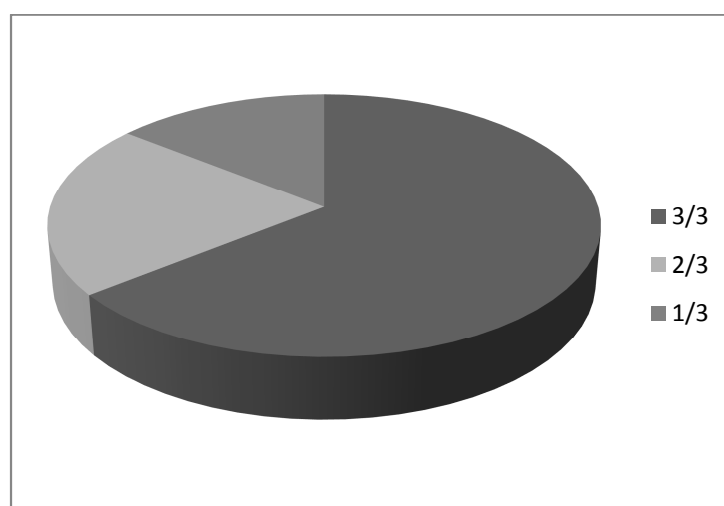


Diagramme 10 : implication des médecins interrogés dans l'enquête

La plupart des médecins ont joué le jeu de l'entretien, et malgré ces biais, tous les entretiens réalisés nous ont paru congruents, c'est-à-dire que les différentes idées exprimées par le même médecin convergent vers le même point de vue.

C. Résultats de l'enquête

1) La Médecine générale dans les Vosges centrales

L'exercice en maison de santé multidisciplinaire intéresse principalement des médecins jeunes, et a été un facteur effectif de leur installation en zone déficitaire pour 2 des interrogés (médecin 2 et 4).

La moitié des médecins interviewés a plus de 20 ans d'expérience ; les différences avec les réponses des plus jeunes sont maigres, donnant l'idée d'une globalité de l'exercice de la médecine générale dans le secteur d'Epinal. Les plus jeunes souhaitent malgré tout laisser une plus grande place à leur vie de famille, comme l'évoquait aussi M. V. Bonnet dans sa thèse sur l'installation des jeunes diplômés en Médecine Générale (93).

L'informatisation des dossiers est quasiment généralisée, même si l'usage des nouvelles technologies pose encore des difficultés à certains, et des questions à beaucoup, au niveau de la sécurité en particulier.

2) HAD et médecins généralistes des Vosges centrales

a. Utilisation de l'HAD

i. Influence de l'expérience sur le nombre de patients suivis en HAD

Au cours de leur carrière, tous les médecins interrogés ont eu affaire à l'HAD, avec plus ou moins d'implications et d'expérience. 13 des 14 médecins ont été le médecin traitant de l'HAD, le médecin 14 a accompagné un ami pris en charge de cette façon.

Dans la thèse réalisée par Delphine Sauvage en 2010, c'étaient 81% des médecins qui avaient pris en charge un patient en HAD au cours de leur carrière. Le caractère qualitatif ne permet pas de juger d'une éventuelle augmentation de l'utilisation de l'HAD, puisque notre échantillon n'est pas représentatif, mais ces 2 études montrent que l'HAD est un mode d'hospitalisation répandu, auquel les médecins sont fréquemment confrontés.

L'expérience de l'HAD reste limitée dans les Vosges centrales, et ne dépend pas de l'âge : si le médecin 6 n'a suivi qu'une HAD alors qu'il est en fin de carrière, les médecins 5, 10 et 13, en début d'exercice, en ont eu plusieurs. Le seul médecin à ne pas avoir eu de patients en HAD est aussi un médecin en fin de carrière. Cependant, le médecin 10, installé depuis 25ans, a participé à une dizaine de prises en charge en HAD.

ii. Influence du milieu d'exercice sur l'utilisation de l'HAD

L'influence du milieu d'exercice ne semble pas jouer sur le nombre d'HAD, puisque les 4 médecins exerçant en milieu urbain n'ont pas eu plus de patients en HAD que ceux exerçant ailleurs.

Le médecin 14, en zone rurale, n'a eu aucun patient en HAD

De même, l'exercice en zone déficitaire ne semble pas favoriser l'utilisation de l'HAD, puisque le médecin 3 n'a eu que 3 patients en HAD en 24 ans, le médecin 4, 1 patient. Cela peut être dû à l'emploi du temps chargé de ces médecins, puisque l'organisation du médecin 4 ne lui laisse que très peu de temps pour aller en visite.

Même si l'HAD ne représente qu'1% environ des hospitalisations, chaque médecin est confronté à l'HAD au cours de son exercice, parfois même dès le tout début de carrière. Le milieu d'exercice n'influence pas l'utilisation de l'HAD dans les Vosges centrales.

b. Freins à la prescription d'HAD

i. Le matériel

Dans notre enquête, les compétences techniques ne constituent pas un frein à la prescription, parce que les médecins généralistes s'en remettent à l'équipe d'HAD et aux infirmières libérales. Ce résultat contraste avec la thèse Crotet/Jehenne (8) réalisée en 2011 à Grenoble, où la crainte des médecins généralistes de manquer de compétence constituait un frein fort à la prescription d'HAD pour 21% des interrogés, et celle de D. Sauvage, où plus d'un tiers des généralistes redoutait cet aspect.

L'absence de frein lié aux compétences techniques pourrait être utilisée comme levier de développement de l'HAD dans les Vosges centrales.

La présence imposante de matériel au domicile du patient a été souvent rapportée comme un élément de mécontentement des patients, comme le retrouvait aussi F. Cuny dans sa thèse (7). Un des médecins y rapportait la nécessité de faire entrer progressivement le matériel au domicile, dès l'apparition des besoins, sans attendre une situation critique.

Cela rejoint l'esprit de la circulaire du 4 décembre 2013, qui envisage l'HAD dans un parcours de soins global.

Un médecin a été surpris de la gestion du matériel livré mais non utilisé, qui doit être jeté. Dans le secteur d'intervention de l'HAD d'Epinal, les consommables sont livrés une fois par semaine par les infirmières coordonnatrices.

L'adaptation de la fréquence de livraison pourrait permettre une meilleure gestion des stocks, compte tenu de l'évolution parfois rapide de l'état du patient.

ii. Prescriptions médicamenteuses

Pour nos interrogés, les prescriptions médicamenteuses, en particulier antalgiques morphiniques, ne constituent pas un frein à leur participation à l'HAD ; plusieurs rappellent même leur usage courant dans leur exercice. Ce constat contraste avec les résultats de la thèse de D. Sauvage, qui retrouvait 20% de médecins généralistes ennuyés par les prescriptions d'antalgiques.

iii. Ethique

La question sur l'éthique a surpris les interrogés, et n'a pas ramené de réponse constructive. Ceci peut être lié aux relances, qui auraient pu aborder davantage de points de réflexion, comme la relation de l'HAD avec les familles, avec le réseau local soignant médical et paramédical, et avec les autorités de tutelle.

L'intervention en HAD n'apporte pas plus d'interrogations éthiques aux interrogés que leur exercice habituel.

iv. Responsabilité

La responsabilité du médecin généraliste ne semble pas être un frein important, puisque seuls 3 médecins l'ont évoqué dans notre travail. Leurs remarques concernaient plus les limites de la responsabilité de chacun que le refus de prendre de nouvelles responsabilités. Le médecin 3, qui n'utilise que des ordonnances triplicata sécurisées, ne s'inquiète d'ailleurs pas de sa responsabilité dans le cadre de l'HAD.

L'engagement de la responsabilité médicale ne constituait pas un frein non plus dans les thèses de D. Sauvage et B. Hammouche (6). Le partage équitable des responsabilités entre l'HAD et le médecin généraliste constitue cependant une attente forte pour plus de la moitié des médecins dans la thèse Crotet/Jehenne). Les médecins généralistes acceptent donc la responsabilité de leurs actes, mais veillent à ce que chaque intervenant fasse de même.

La responsabilité liée au secret professionnel n'a été évoquée que par le médecin 11, qui considère devoir être plus prudent vis-à-vis des intervenants qu'il ne connaît pas, et s'en tenir aux informations strictement nécessaires à la prise en charge du patient.

Ce partage du secret professionnel est autorisé par l'article L1110-4 du code de la Santé publique. Il prévoit que « *les informations la [personne prise en charge] concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.* » Ce partage d'information n'est possible que si le patient ne s'y oppose pas, et s'il concourt à « *assurer la continuité des soins ou [...] déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible* » (94).

Le secret professionnel partagé n'est actuellement encadré légalement qu'au sein d'une équipe de soins, en établissement de santé. Il n'est pas prévu dans la loi de partage du secret professionnel dans le cadre médico-social ou social. Pourtant, l'utilisation de moyens comme l'HAD, la télémédecine, les réseaux de santé, ou encore les groupements de coopération sanitaire mérite l'évolution de la législation concernant le secret professionnel, puisque de fait, il est partagé dans ces situations.

Si le secret doit bien sûr encadrer la santé du patient, son cadre légal doit évoluer, pour pouvoir faire profiter le patient de tous les outils à la disposition du médecin, dans un cadre législatif sécurisant pour tous.

v. Les urgences en HAD

Les urgences ne constituent pas de freins non plus, elles sont considérées comme une charge normale du travail de médecin généraliste, un devoir moral envers les patients. Cela contraste avec la thèse de D. Sauvage, où ce frein était retrouvé chez 32% des patients.

vi. L'augmentation de la charge de travail pour les médecins traitants

Les visites supplémentaires ne sont pas citées comme freins à la prescription d'HAD, bien que la plupart des médecins aient des emplois du temps surchargés. Le médecin 2 évoque quand même cette possibilité. La thèse de Ioana Cucuteanu (5) de 2011 retrouvait les visites d'HAD citées comme une augmentation de la charge de travail des généralistes.

Si la plupart des généralistes de notre enquête sont conscients de l'augmentation de la charge de travail occasionnée par l'HAD, ils la considèrent comme normale dans leur rôle de médecin traitant et l'assument volontiers. La part des médecins considérant la charge de travail comme un frein à la prescription d'HAD semble donc continuer de diminuer, comme l'avait constaté D. Sauvage entre 2003 et 2010, avec une diminution de 42% à 32% de la part des interrogés considérant la charge de travail en HAD comme un frein.

La thèse Crotet/Jehenne, réalisée en 2011, confirme cette idée, puisque l'aspect chronophage de la prise en charge en HAD y est considéré comme un frein à la prescription d'HAD pour environ un quart des interrogés.

Les prescriptions médicamenteuses, l'éthique, le partage du secret professionnel, les responsabilités, le travail supplémentaire ainsi que les urgences inhérentes à l'HAD font partie de l'exercice habituel de la Médecine générale pour les enquêtés, et ne constituent pas un frein à sa prescription.

vii. La mise en œuvre de l'HAD

Le médecin 7 évoque la **faisabilité** de l'HAD au domicile du patient, parfois compliquée, surtout auprès de la population défavorisée qu'elle suit ; elle évoque également le **manque de moyens humains**, en particulier d'aides-soignantes.

La circulaire de décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (12) prévoit l'amélioration de ce point, par la mise en œuvre de plus de moyens matériels et humains : *« Les moyens que doivent et peuvent déployer les établissements d'HAD et leur savoir-faire spécifique les destinent évidemment à répondre aux plus exigeantes des prises en charge possibles au domicile. Ils sont encore trop souvent mobilisés pour des interventions situées en-deçà de leur potentiel et de leur savoir-faire, parce que les prescripteurs méconnaissent leurs capacités, ou parce qu'ils ne parviennent pas encore à répondre aux besoins correspondant à leur mission, ou encore parce qu'ils pallient certaines insuffisances du système (par ex. disponibilité insuffisante de professionnels de santé libéraux, des services médico-sociaux...) »*. L'HAD se doit donc de disposer des moyens de prendre en charge tous les patients, dans les limites des critères d'admission.

La mise en œuvre de l'HAD en **première ligne** paraît encore difficile ; en effet, les objectifs stratégiques nationaux qui *« visent le développement de son activité par substitution aux séjours d'hospitalisation complète »* (12) semblent loin de la vision des médecins généralistes interrogés qui voient l'HAD principalement comme une solution de deuxième recours, ou de premier recours liés aux soins palliatifs.

L'amélioration de la **réactivité**, demandée par plusieurs interrogés, fait aussi partie des objectifs fixés par la circulaire ministérielle relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (12). Cela peut passer par l'intervention d'infirmières salariées et libérales, conjointement, plutôt que de travailler uniquement avec les unes ou les autres.

Les changements de **personnel** et les passages à des horaires irréguliers en cours d'HAD constituent également un point négatif de l'HAD pour les patients, à travers la voix des médecins interrogés. Cet aspect était également retrouvé par le CREDES en 2000(20).

Pourtant, en hospitalisation conventionnelle, le personnel n'est pas toujours le même, et les horaires de passages sont irréguliers. L'hospitalisation au domicile du patient augmente donc le niveau d'exigence : les patients, chez eux, ne sont pas que des patients ; ils aspirent à reprendre le cours de leur vie quotidienne.

Pour les interrogés, la mise en place d'HAD de premier recours passe par une meilleure réactivité à leur demande, la mise en œuvre de plus de moyens, surtout humains, autour de la personne. Pour les patients, l'HAD recadre les soins sur la personne, au lieu de les centrer sur la maladie.

viii. Les formalités administratives

Cet élément est controversé dans notre étude ; dans la thèse d'I. Cucuteanu, c'était un frein à la prescription, mais il portait davantage sur les prescriptions à réaliser. Dans notre étude, ce sont plutôt les conventions à signer lors de l'inclusion du patient qui posent problème ; cependant l'accord du médecin généraliste est indispensable à l'admission du patient (13), et la signature de convention est essentielle pour matérialiser cet accord.

ix. Permanence des soins

L'absence de présence soignante la nuit était relevée comme frein à la prescription par le médecin 4 ; cette faille est également relevée par la circulaire ministérielle du 4 décembre 2013, qui préconise une « *capacité interventionnelle soignante jour et nuit* » (12).

La permanence des soins est actuellement en cours de remaniement, puisqu'à partir du 1^{er} février 2014, les astreintes entre minuit et 8 heures ne seront plus rémunérées. Les demandes seront régulées par le 15, et il n'est pas certain qu'un médecin généraliste sera volontaire pour aller intervenir en HAD pendant ce créneau horaire.

L'organisation de la permanence des soins de l'HAD d'Epinal est complexe aussi, compte tenu de la délocalisation du médecin coordonnateur d'astreinte ; en effet, un médecin coordonnateur HAD France est d'astreinte la nuit pour tous les établissements HAD France. Si l'évolution de son rôle - avec la possibilité de se rendre en visite à la place du généraliste - est controversée pour plusieurs médecins, la réglementation récente ouvre la porte au changement : en effet, cette même circulaire prévoit que lorsque le médecin traitant « *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* » (12) au-delà de la prescription d'urgence actuelle.

x. L'utilisation de réseau personnel

Plusieurs médecins ont évoqué leur habitude de prendre en charge les situations subaiguës avec les SSIAD : cette option a également été évoquée dans la thèse Cucuteanu, mais par un seul des 24 médecins non utilisateurs, tandis qu'elle représentait un frein important à la prescription pour 24% des interrogés de la thèse Crotet/Jehenne (8).

xi. La rémunération des visites

Cet élément controversé est retrouvé également dans la thèse d'I. Cucuteanu, mais il s'agit d'une insuffisance de rémunération liée à l'inclusion ; hors HAD France propose une rémunération à hauteur de 3C, qui vient régler ce problème, conformément aux recommandations de l'IGAS (95).

Cependant, malgré cette rémunération, le médecin traitant n'est pas toujours présent lors des visites de coordination, principalement parce que leur emploi du temps ne leur permet pas d'ajouter cette visite à l'horaire auquel elle est proposée. Ceci rejoint le refus de contrepartie financière à la prescription d'HAD exprimé par tous les interrogés.

L'utilisation préférentielle de réseaux personnels et l'inefficacité des mesures financières incitatives montrent l'esprit d'indépendance des interrogés.

xii. La méconnaissance de l'HAD

➤ Le manque de notoriété de l'HAD d'Epinal s'explique pour partie par sa jeunesse : l'établissement n'a que 4 ans, et l'activité a été suspendue de juillet 2011 à mars 2012. Ce n'est donc pas un outil qui était disponible pour la plupart des interrogés au moment de leur installation. « *Apprendre à prescrire* » une HAD, quand le recours à une hospitalisation peut être évité, selon les recommandations de la circulaire du 4 décembre 2013 (12), est donc difficile dans ce contexte.

Ce frein lié à la nouveauté avait également été aussi cité par un médecin non utilisateur dans la thèse d'I. Cucuteanu ; l'établissement étudié était en effet en activité depuis un an au moment de l'enquête.

➤ L'assimilation de l'HAD à un service de soins palliatifs

Plusieurs médecins assimilent HAD et soins palliatifs dans notre étude. On retrouve ce lien dans la thèse d'I. Cucuteanu, où les situations palliatives sont citées par presque la moitié des médecins comme une des principales pathologies prises en charge en HAD.

Si cette prise en charge n'est pas considérée comme un frein, cet aspect peut mettre mal à l'aise certains médecins, qui se sentent isolés ou insuffisamment compétents dans ce domaine. La formation aux soins palliatifs atténue cette difficulté pour les médecins 2 et 7, ce qui montre l'importance de la formation.

Dans cette thèse, plusieurs médecins évoquaient les pathologies neurodégénératives, alors que personne n'en a parlé au cours de nos entretiens. Pourtant, 72 des 2784 journées réalisées en 2010 portaient le motif principal de prise en charge « Rééducation neurologique » (Données ATIH, Cartographie HAD).

L'idée de ce que prend en charge l'HAD ne correspond donc pas tout à fait à la réalité.

xiii. L'absence d'opportunité de prescription

L'absence d'opportunité citée par le médecin 14 était également relevée par 15 des 24 médecins non utilisateurs d'HAD dans la thèse Cucuteanu (5) ; cependant, la méconnaissance des critères d'admission interfère avec l'identification des situations qui auraient pu être prises en charge par HAD.

La méconnaissance de l'outil HAD gêne l'identification des situations qui seraient éligibles à ce mode de prise en charge.

xiv. Les relations entre l'HAD et les médecins généralistes

La communication est un élément essentiel pour beaucoup des médecins interrogés.

Les difficultés de communication avec l'équipe d'HAD sont évoquées également dans la thèse d'I. Cucuteanu, par 8,5% des médecins, et dans celle de D. Sauvage, par moins de 10% des généralistes. Il semble dans notre thèse que ce problème soit plus souvent exprimé.

F. Cuny rapporte dans sa thèse (7) l'amélioration des relations généralistes/médecin coordonnateur quand ces derniers se connaissent. C'est un argument supplémentaire à la nécessaire présentation de l'équipe d'HAD aux généralistes.

Plusieurs médecins généralistes évoquent la difficulté de **s'intégrer** à l'équipe d'HAD, probablement parce que la plupart d'entre-eux gardent une position un peu paternaliste avec leurs patients, et souhaitent au minimum être tenu informés des prises de décision.

Cette position nous semble ne pas évoluer si rapidement que le suggérait I. Cucuteanu, puisque les médecins les plus jeunes, restent, comme leurs aînés, attachés à leurs prises de décision pour le patient, probablement en raison du lien étroit liant le patient et son médecin, surtout dans des zones où la densité médicale est plus faible. La perte du monopole de la prise de décision constituait également un frein important pour 17% des interrogés de la thèse Crotet/Jehenne (8).

Le sentiment des interrogés que leur rôle est trop approximativement défini au sein de l'HAD peut également entrer en compte dans cette difficulté d'intégration ; cet élément était d'ailleurs un frein fort pour 34% des interrogés de la thèse grenobloise (8).

Les généralistes interrogés n'ont pas rapporté de problèmes relationnels avec le patient ou sa famille au cours de l'HAD ; la tendance évoquée à ce sujet par D. Sauvage se confirme, voire s'amplifie, puisqu'environ 1 médecin sur 5 avait dans son travail rapporté des difficultés.

Quelques médecins évoquent les insuffisances de **coordination** lors de l'HAD d'un de leurs patients, ainsi que la difficulté de mise en place d'une visite de coordination en raison d'horaires incompatibles entre l'HAD et le médecin.

Ces éléments sont aussi retrouvés chez les médecins utilisateurs de l'HADOV dans la thèse d'I. Cucuteanu. Les visites de coordination renvoient probablement aux généralistes l'image des « staffs » connus lors de leur formation initiale hospitalière, et auxquels ils ont pu se soustraire par leur exercice libéral.

Cette représentation est, dans le cadre de l'HAD, erronée, puisqu'il n'y a pas de lien hiérarchique entre l'équipe d'HAD et le généraliste ; par ailleurs, la visite de coordination, au chevet du patient, recentre la discussion sur la santé du patient chez lui, plutôt que sur son dossier.

Ces problèmes sont d'autant plus importants que la coordination fait partie des éléments essentiels de l'HAD, rappelés dans la circulaire de décembre 2013 (12).

Les doléances liées à la communication reflètent les difficultés d'intégration du généraliste à l'équipe d'HAD. Plus de communication est nécessaire pour éviter les incompréhensions au sein du groupe HAD/généraliste.

Pour améliorer la coordination, il semble donc nécessaire que les contraintes imposées par l'exercice libéral soient respectées, sans opposer hiérarchie hospitalière et autonomie libérale.

xv. L'isolement du patient

Le médecin 2 rapporte les difficultés à vivre à la maison, sans présence soignante, des **symptômes pénibles** comme une dyspnée, des vomissements, ou la douleur. Dans une enquête CREDES(20), 2 patients sur 10 évoquaient la « **peur de la solitude** au domicile », ce qui semble peu au médecin 2. Ce critère, peu évalué, mériterait de l'être davantage, d'autant plus que cette enquête date de 2000.

L'HAD peut dans ces situations d'**isolement**, mettre le doigt sur des difficultés et permettre, par le passage d'une assistante sociale en particulier, la mise en place de solutions pérennes. Le médecin 2 évoquait le rôle facilitateur de l'hospitalisation conventionnelle pour l'accès à l'assistante sociale. Dans cette optique, une assistante sociale a été intégrée à l'équipe de l'HAD d'Epinal.

Par ailleurs, la circulaire de décembre 2013 prévoit des **prises en charge particulières en sortie d'HAD** : « *disposer de filières d'aval pour l'HAD est une condition essentielle de sa crédibilité et de sa pertinence.* » (12) L'HAD semble donc être un catalyseur de la modification du paysage soignant à domicile, avec le développement voire la création de moyens pour faciliter le maintien à domicile.

L'HAD permet donc d'intégrer la prise en charge de la dépendance et de l'isolement du patient, dans son cadre de vie habituel. Les filières d'aval de l'HAD et la prise en charge de la dépendance se confondent ici.

c. Facteurs favorisant l'utilisation de l'HAD

i. Mieux être chez soi

Le **respect du désir** du patient **d'être soigné chez lui** est notifié par plusieurs médecins ; on retrouve aussi cet argument dans la thèse d'I. Cucuteanu.

Être mieux chez soi s'illustre par l'amélioration de l'état de santé d'un patient du médecin 9 lors de son retour à domicile. Dans l'étude CREDES de 2000 (20), ce sont 6 patients sur 10 qui étaient améliorées par le retour à domicile, selon leur entourage.

Des réponses concernant le bien être du patient avaient également été formulées dans la thèse d'I. Cucuteanu, même si la dimension morale y a été plus abordée que dans nos entretiens.

L'idée d'une **réponse plus adaptée** aux besoins du patient en HAD plutôt qu'à l'hôpital, évoquée par les médecins 6 et 10, revient également dans le travail d'I. Cucuteanu, en termes d'humanisation et de personnalisation des soins. Ces arguments n'ont été retrouvés que rarement dans notre travail.

ii. La mise à disposition des moyens de l'HAD

Beaucoup des interrogés voient l'HAD comme une possibilité de mise à disposition de **moyens particuliers** au domicile pour les patients et leurs aidants. Cet élément facilitateur est également retrouvé dans le travail d'I. Cucuteanu. L'HAD est effectivement l'unique moyen d'accéder à des médicaments à usage hospitalier, certaines techniques de pansement (VAC) et une surveillance continue à domicile.

Le **service rendu** au médecin reste cependant flou ; en effet, les compétences techniques sont déjà souvent maîtrisées par les IDE en place ; l'utilisation de médicaments à usage hospitalier est davantage un service rendu au patient qu'au médecin. Le traitement des examens biologiques anormaux ou l'organisation de la réhospitalisation des patients, s'ils peuvent être un plus pour le médecin, sont entachés par le manque de communication, pour prévoir qui gère ces analyses et où adresser le patients. Les réflexions récentes concernant des circuits particuliers entre l'hôpital et le domicile, parviendront peut-être à faire évoluer ce point de vue, qui n'a pas évolué, d'après D. Sauvage (4), entre 2003 et 2010.

iii. La conscience des difficultés socio-économiques du système de soins

Les éléments d'organisation des soins permis par l'HAD sont relevés par certains médecins, dans notre travail et dans celui d'I. Cucuteanu (plus de la moitié des interrogés) mais ne constituent pas réellement un déclencheur de prescription, parce qu'ils passent au second plan derrière les freins précités.

L'absence de connaissance approfondie de l'HAD ne permet pas de bénéficier des moyens mis à disposition par l'HAD, au profit du patient, mais aussi de la Société.

iv. Formations

Le manque de formation au fonctionnement de l'HAD est un frein à l'utilisation pour plusieurs médecins de notre enquête ; cette idée apparaît également dans la thèse d'I. Cucuteanu. Cependant, Delphine Sauvage dans sa thèse (4) ne retrouvait la méconnaissance des critères d'admission comme frein que pour un médecin sur cinq. Cet aspect semble plus présent dans notre thèse, probablement en rapport avec l'absence de formation organisée à ce sujet à proximité du lieu d'exercice des interrogés.

Par ailleurs, D. Sauvage a pu mettre en évidence une **augmentation significative ($p=0,008$) des prescriptions** d'HAD chez les médecins généralistes formés à l'HAD ; elle a également montré que les éléments considérés comme des freins avant une formation ne le sont plus après.

Avoir été formé aux soins palliatifs est, pour le médecin 7, un élément rassurant concernant les prescriptions liées à la prise en charge en HAD.

Ces deux points corroborent l'impact de la formation des généralistes sur leur implication dans des prises en charge particulières comme l'HAD ou les soins palliatifs.

Encore faut-il des **candidats à la formation** ! En effet, le diplôme interuniversitaire de formation des professionnels en H.A.D. a dû être annulé cette année à Nancy, faute de participants.

Pour **pallier au faible besoin ressenti de formation**, une information par plaquette avisant de la reprise d'activité et décrivant les possibilités de soins en HAD ainsi que les modalités d'inclusion d'un patient pourrait être proposée aux médecins dont l'emploi du temps ne laisse que peu de liberté pour suivre une formation et à ceux qui ne souhaitent pas rencontrer l'équipe d'HAD.

La formation à l'HAD pourrait également être **intégrée aux plans de développement professionnel continu** ; valoriser l'acquisition de connaissance sur l'HAD par des points de DPC pourrait améliorer la participation à ces formations.

La combinaison d'une formation à la **présentation « physique »** des membres de l'équipe reste malgré tout souvent sollicitée, sous réserve qu'elle apporte une information suffisamment dense, à un moment de la journée qui convienne aux généralistes.

La formation est donc également un moment privilégié pour améliorer les relations entre partenaires de la prise en charge d'un même patient.

A noter que la formation à distance n'a pas été retenue par les interviewés comme un moyen adéquat de développer ses connaissances sur l'HAD.

La formation à l'HAD est une étape essentielle avant la prescription par les médecins généralistes : elle permet de lever les freins et d'identifier les besoins en HAD. C'est aussi un moyen de créer du lien entre les soignants.

Dans la région d'Epinal, la formation devra, pour être bien acceptée et efficiente, s'adapter aux différents profils de médecins. Son intégration au développement professionnel continu sera aussi un plus.

3) Télémédecine

a. Connaissance de la télémédecine

Beaucoup de médecins nous ont **demandé** ce qu'était la télémédecine ; une évaluation de cette connaissance aurait alors pu être réalisée, au lieu d'apporter une réponse ; cela pourra être l'objet d'un autre travail, compte tenu des recommandations actuelles qui appellent au développement de ce mode de communication.

Si le terme de télémédecine n'est pas très évocateur pour la plupart des médecins, les concepts de téléconsultation, téléexpertise, réponse en régulation médicale sont **connus** des interviewés.

b. Facilités offertes

Plusieurs points positifs cités par les interrogés justifient son essor, en matière de télésurveillance surtout, mais aussi de téléexpertise, d'accessibilité du dossier informatisé, permettant la limitation de certains déplacements. C'est en effet l'épargne de déplacement des soignants qui est le fondement de la télémédecine.

c. Freins à l'utilisation de la télémédecine

Les freins à ce mode de communication **rejoignent dans leurs thèmes ceux de l'HAD** :

- le caractère **chronophage**, lié à l'assimilation de la technique et à la retranscription
- la qualité **humaine** de la prise en charge du patient à préserver
- la **rémunération**
- l'engagement de la **responsabilité**, bien plus craint que pour l'HAD
- la **communication**, considérée comme inadéquate vis-à-vis des situations rencontrées et du travail en équipe.

Là où la télémédecine était attendue pour créer du lien entre les protagonistes de l'HAD, les généralistes préfèrent la communication sans écran interposé.

d. Avenir de la télémédecine

La législation récente pousse au **développement** de la télémédecine, avec des **détails** précis comme le matériel d'informatisation recommandé (96), qui semblent à certains interviewés trop prématurés par rapport au niveau de déploiement actuel de l'HAD dans les Vosges centrales et à l'adhésion de certains aux nouvelles technologies.

Par ailleurs, l'article 51 de la loi HPST pourrait faciliter l'utilisation de la télémédecine au sein de l'HAD : en prévoyant des coopérations « *ayant pour objet d'opérer entre eux [les intervenants en HAD] des transferts d'activités ou d'actes de soins ou de réorganiser leurs modes d'intervention auprès du patient* », cet article permet au soignant présent au chevet du patient de réaliser des actes habituellement effectués par le médecin généraliste.

Cependant, ces collaborations sont soumises à la validation de protocoles de coopération par l'ARS et la HAS ; l'élaboration de ce dossier peut être un frein à leurs mises en place, mais l'HAD peut participer à ce travail, et alléger, là encore, le travail du généraliste.

La mise en place de ces collaborations dans le cadre de l'HAD seront alors facilitées et motiveront éventuellement les généralistes à les utiliser ensuite, en dehors de ce contexte.

La télémédecine, bien que méconnue, est pressentie pour faciliter certains aspects de l'HAD. Sa réalisation requiert la levée des freins qui limitent actuellement son utilisation.

4) Impact de l'enquête sur les médecins interrogés

Lors de leur réponse par mail, le médecin 7 parle de garder à domicile des patients « *En cas de soins palliatifs lourds à gérer mais si la famille est présente de préférence pour éviter une hospitalisation* » et ajoute « *mais avant de t'avoir rencontrée pour cet entretien je n'aurais pas osé!!!!* ».

Pour certains médecins, ces rencontres ont donc été une source de réflexion, ce qui confirme l'importance de la communication autour de l'HAD.

D. Propositions pour améliorer la collaboration des médecins généralistes avec l'HAD

Les freins à la prescription qui ressortent de notre enquête paraissent plus proches des réponses des enquêtés de l'Ouest vosgien que de celles des Mosellans, probablement parce que le travail de I. Cucuteanu est plus récent, et compte tenu de l'évolution récente de l'HAD, cette année de différence compte particulièrement ; par ailleurs, l'exercice médical des Vosges centrales est plus proche de celui de l'Ouest vosgien que de l'agglomération messine. Les mêmes éléments freinateurs et facilitateurs ont été aussi rapportés dans la thèse de F. Cuny (7), concernant le Sud meusien, donc un territoire aux aspects également plus proches des Vosges que de la Moselle. La proximité des freins exprimés dans ces différents travaux ne semblent pas être influencés par le statut des établissements (HADOV était un établissement associatif, HADAM, une structure PSPH, et l'HAD de Bar-le-Duc, publique), en dehors bien sûr des réserves émises à l'égard du statut privé à but lucratif de l'établissement spinalien.

Les éléments proposés concernant l'HAD de Neufchâteau par I. Cucuteanu en 2011 restent dans les grands axes les mêmes que ceux à améliorer aujourd'hui à Epinal, notamment en matière de communication et d'information, signifiant le chemin qui reste à parcourir pour rapprocher les généralistes de l'HAD. L'adaptabilité de l'HAD aux préférences de chacun est aussi un élément d'évolution retrouvé dans la thèse de F. Cuny.

Proposition d'amélioration de la collaboration des médecins généralistes avec l'HAD	
Informations	Critères d'admissions en HAD
	Moyens mis à disposition
	Définitions des limites de prise en charges par excès et par défaut
Communication	Présenter l'équipe d'HAD aux généralistes en définissant le rôle de chacun
	Améliorer la communication entre les médecins généralistes et les membres de l'HAD en multipliant les contacts
	Améliorer l'efficacité des contacts (densité et graduation de l'information)
Déroulement de l'HAD	Améliorer la réactivité pour la mise en place de l'HAD
	Alléger les formalités administratives, ou à défaut expliquer l'obligation d'existence légale des contrats à signer
	Organiser des visites de coordination •aux horaires qui conviennent aux MG •tout au long du séjour des patients
	Organisation par l'équipe d'HAD des réhospitalisations par admission directe en service, sans passer par les urgences
Télémédecine	Présenter les outils disponibles en télémedecine
	Evaluer les situations pertinentes d'utilisation
	Evaluer les moyens à utiliser dans le cadre de l'HAD

Tableau 12 : Propositions pour améliorer la collaboration HAD / médecins généralistes

Conclusion

Alliant médecine générale et soins de qualité hospitalière, l'hospitalisation à domicile tient une place spécifique dans l'offre de soins. Bien qu'elle fasse encore majoritairement suite à une hospitalisation traditionnelle, elle doit permettre de soigner chaque patient dans son lieu de vie, quel qu'il soit.

Les soins réalisés en HAD se caractérisent par leur complexité, leur fréquence et leur nécessaire coordination. Ils font intervenir au domicile du patient des intervenants paramédicaux libéraux, les membres de l'équipe d'HAD, ainsi que le médecin généraliste, pivot responsable de cette prise en charge.

L'HAD se heurte cependant à plusieurs écueils ; notre enquête met en évidence une expérience limitée avec l'HAD. Des difficultés persistent, surtout en matière de communication et de connaissance de ce mode d'hospitalisation, tant au sujet de sa mise en place que de son déroulement. Elles prennent le dessus sur les éléments qui ne constituent pas un frein à l'utilisation de l'HAD, comme la gestion des urgences ou l'utilisation de matériel mal connu. Intégrer le médecin généraliste à l'équipe d'HAD reste complexe, compte tenu des préférences de chacun. Proposer des contreparties financières n'apparaît pas comme un moteur de prescription dans notre travail.

La plupart des freins à la prescription de l'HAD pour les médecins généralistes vosgiens concernent les relations humaines ou relèvent d'une meilleure information, et sont donc modifiables. En apprenant à utiliser ce mode d'exercice, les médecins généralistes pourront intégrer l'HAD comme outil, dans leur réseau personnel d'intervenants.

Si l'évolution de l'HAD ces dernières années permet de l'asseoir dans le paysage de l'offre de soins, l'HAD devra devenir plus modulable à l'avenir, comme le prévoit la récente circulaire de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé Marisol Touraine, faisant de l'HAD un segment de la trajectoire de soins du patient, avec une transition plus douce avec les prises en charge d'aval.

La télémédecine, outil d'avenir de l'HAD, tarde à trouver sa justification au sein de l'HAD dans les Vosges centrales. Beaucoup d'arguments en sa faveur méritent un cadre bien défini pour sa mise en œuvre.

Les difficultés de l'HAD à l'avenir seront liées aux exigences de certification, ainsi qu'à l'évolution de la démographie médicale.

L'implication de la Faculté de Nancy, dès 2003, dans la formation des internes à l'HAD, va permettre une plus large information sur ce mode de prise en charge, et certainement une meilleure utilisation.

La formation initiale en Médecine générale et l'HAD nécessitent toutes deux une collaboration entre l'Hôpital et les médecins généralistes, et l'HAD donne à ce titre toute sa cohérence à ce long parcours.

Bibliographie

1. rapport_securite_sociale_2013_version_integrale.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.ccomptes.fr/content/download/60167/1493393/version/5/file/rapport_securite_sociale_2013_version_integrale.pdf
2. Décret no 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000726288&dateTexte=&categorieLien=id>
3. Serveur de statistiques en ligne de l'ATIH [Internet]. [cité 19 août 2013]. Disponible sur: <http://stats.atih.sante.fr/had/intselec.php>
4. Sauvage Delphine. Hospitalisation à domicile et médecins généralistes : enquête réalisée dans le secteur d'activité de l'hospitalisation à domicile de l'agglomération messine. Th Méd Nancy [Internet]. 2010. Disponible sur: http://petale.univ-lorraine.fr/thematic-search.html?menuKey=these_ex&submenuKey=authors&id=sauvage_delphine
5. Cucuteanu Muller Ioana. Implication des médecins généralistes dans l'hospitalisation à domicile de l'ouest vosgien. Analyse d'une enquête d'opinion. Th Méd Nancy [Internet]. 2011. Disponible sur: http://petale.univ-lorraine.fr/thematic-search.html?menuKey=these_ex&submenuKey=authors&id=cucuteanu_muller_ioana
6. Hammouche B. Médecins généralistes et hospitalisation à domicile. Th Méd Nancy [Internet]. 2003. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2003_HAMMOUCHE_BRAHIM.pdf
7. Cuny Florence. Vécu et ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge d'un patient en hospitalisation à domicile : étude qualitative par entretien de groupe réalisée auprès des médecins du Sud meusien. 2010. [Internet]. Disponible sur: http://petale.univ-lorraine.fr/thematic-search.html?submenuKey=authors&id=cuny_florence&menuKey=these_ex&submenuKey=authors&id=cuny_florence
8. 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 : un premier groupe de médecins ayant au moins un patient par an en HAD : un deuxième groupe regroupant les médecins n'ayant jamais eu de patient en HAD et ceux ayant moins d'un patient par an. Th Méd Grenoble. 23 nov 2011. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00645047>
9. Décret n° 2007-241 du 22 février 2007 relatif à l'intervention des structures d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat). 2007-241 févr 22, 2007.
10. Décret n° 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement. 2012-1030 sept 6, 2012.

11. 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. 2012-1031 sept 6, 2012.
12. circulaire HAD - Circulaire_HAD_4.12.2013.pdf [Internet]. [cité 18 déc 2013]. Disponible sur: http://www.fnehad.fr/images/stories/16emes_JN_2012/17_Journes_Nationales_HAD/Circulaire_HAD_4.12.2013.pdf
13. CIRCULAIRE N° DH/EO2/2000/2... - circulaire_295_300500.pdf [Internet]. [cité 13 mars 2013]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_295_300500.pdf
14. Inspection générale des affaires sociales. RM2010-109P. Hospitalisation à domicile (HAD) [Internet]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000664/0000.pdf>
15. Personne âgée vivant à domicile : demande d'Apa [Internet]. Disponible sur: <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F10009.xhtml>
16. Evaluation du coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile - rap1484part1.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2003/rap1484part1.pdf>
17. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-1: Annonce N°30 [Internet]. [cité 2 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-01/a0010030.htm>
18. KantarHealth pour Santé Service. La prise en charge des patients à domicile. 2011.
19. Plan_solidarite_grand_age-2.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/plan_solidarite_grand_age-2.pdf
20. L'hospitalisation à domicile : un patient à satisfaire ? | Base documentaire | BDSP [Internet]. Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/199721/>
21. CP CNUH_20130612 - CP_CNUH_20130612.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.fnehad.fr/images/stories/COMMUNICATION/CP_CNUH_20130612.pdf
22. Résumé rapport 1689. IRDES. Institut de Recherche en Economie de la santé. [Internet]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2008/rap1689.htm>
23. Microsoft Word - chimio_rap.doc - chimio_rap.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/chimio_rap.pdf
24. SANT4 - Bulletin Officiel N°2007-1: Annonce N°30 [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-01/a0010030.htm>
25. Arrêté du 16 mars 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement pour personnes âgées en vertu de l'article R. 6121-4 du code de la santé publique.
26. circulaire HAD - cir_36720.pdf [Internet]. Disponible sur: http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2013/03/cir_36720.pdf
27. Guide méthodologique HAD - sts_20130007_0001_p000.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bos/2013/sts_20130007_0001_p000.pdf

28. Le panorama des établissements de santé - édition 2012 - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/le-panorama-des-etablissements-de-sante-edition-2012,11051.html>
29. Chiffres HAD 2011 - Chiffres_HAD_2011.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.fnehad.fr/images/stories/CHIFFRES/Chiffres_HAD_2011.pdf
30. PMSI HAD [Internet]. Disponible sur: http://stats.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?SeAnnee=5&SeReg=0&SePP=0&SeTailEt=0&SeAge18=0&SeMPCP=99&SeMPCA=99&Submit=lancer+le+traitement&_debug=0&_program=hadprog.int.sas&_service=default&words=&method=
31. PMSI HAD [Internet]. Disponible sur: http://stats.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?SeAnnee=11&SeReg=0&SePP=0&SeTailEt=0&SeAge18=0&SeMPCP=99&SeMPCA=99&Submit=lancer+le+traitement&_debug=0&_program=hadprog.int.sas&_service=default&words=&method=
32. PMSI HAD [Internet]. Disponible sur: http://stats.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?SeAnnee=8&SeReg=0&SePP=0&SeTailEt=0&SeAge18=0&SeMPCP=99&SeMPCA=99&Submit=lancer+le+traitement&_debug=0&_program=hadprog.int.sas&_service=default&words=&method=
33. PMSI HAD [Internet]. Disponible sur: http://stats.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?SeAnnee=12&SeReg=0&SePP=0&SeTailEt=0&SeAge18=0&SeMPCP=99&SeMPCA=99&Submit=lancer+le+traitement&_debug=0&_program=hadprog.int.sas&_service=default&words=&method=
34. Eco-Santé France 2014 [Internet]. Disponible sur: <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=FRAN&langs=FRA&langh=FRA&valeur=HATOENCSDURSEJHATOENMODURSEJHATOENLMDURSEJ&source=1>
35. Analyses des données PMSI 2011 relatives à l'hospitalisation à domicile [Internet]. Disponible sur: <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0004E0002EFF>
36. SAS Output [Internet]. [cité 5 juin 2013]. Disponible sur: <http://stats.atih.sante.fr/had/mahos/nat/2012/tab4.html>
37. RA_2013_29.07.2013 VD COURTE - FNEHAD_RA_2013_29.07.2013_VD_COURTE.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.fnehad.fr/images/stories/RAPPORT_DACTIVITE/FNEHAD_RA_2013_29.07.2013_VD_COURTE.pdf
38. Chiffres clés [Internet]. Disponible sur: <http://www.fnehad.fr/lhad/chiffres-cles.html>
39. Rapport Jacob 140212 - Rapport_Jacob_Pour_la_personne_handicapee_-_un_parcours_de_soins_sans_rupture_d_accompagnement_l_hospitalisation_au_domicile_social_ou_medico-social.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Jacob_Pour_la_personne_handicapee_-_un_parcours_de_soins_sans_rupture_d_accompagnement_l_hospitalisation_au_domicile_social_ou_medico-social.pdf
40. SAS Output [Internet]. Disponible sur: <http://stats.atih.sante.fr/had/mahos/nat/2011/tab1b2.html>

41. Microsoft Word - Le SROS-PRS_partie1.doc - Le_SROS-PRS.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.ars.lorraine.sante.fr/fileadmin/LORRAINE/ARS_LORRAINE/ACTUALITES/PRS/Le_SROS-PRS.pdf
42. Cartographie du PMSI HAD [Internet]. Disponible sur: <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=0008B00001FF>
43. PMSI HAD [Internet]. Disponible sur: http://stats.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?base=deux&impl=1&annee=12&typec=41&typev=1&mpc=99&x=1&depc=88&_program=hadprog.cartehad.sas&_service=default
44. PMSI HAD [Internet]. Disponible sur: http://stats.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?SeAnnee=12&SeReg=41&SePP=0&SeTailEt=0&SeAge18=0&SeMPCP=99&SeMPCA=99&Submit=lancer+le+traitement&_debug=0&_program=hadprog.int.sas&_service=default&words=&method=
45. PMSI HAD [Internet]. Disponible sur: http://stats.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?SeAnnee=12&SeReg=0&SePP=0&SeTailEt=0&SeAge18=0&SeMPCP=99&SeMPCA=99&Submit=lancer+le+traitement&_debug=0&_program=hadprog.int.sas&_service=default&words=&method=
46. Le Projet Régional de Santé arrêté en Lorraine [Internet]. Disponible sur: <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Projet-Regional-de-Sante.127838.0.html>
47. Le panorama des établissements de santé - édition 2012 - Panorama2012.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/Collecte_2011/usr%5C../usr/Panorama2012.pdf
48. III - Rappel_des_enjeux_des_modalites_des_schemas_cibles_et_transitoires.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rappel_des_enjeux_des_modalites_des_schemas_cibles_et_transitoires.pdf
49. Le-marche-francais-de-la-sante-a-domicile_Eurasante-2005.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.eurasante.com/fileadmin/web/pdf-publications/Le-marche-francais-de-la-sante-a-domicile_Eurasante-2005.pdf
50. La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif en 2011 - er859.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er859.pdf>
51. Insee - Populations légales 2010 [Internet]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/default.asp>
52. Insee - Territoire - Écoscopie des Vosges [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=14399
53. Insee - Territoire - Les bassins de vie en Lorraine en 2012 : un accès inégal aux équipements [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=19331#art1
54. Insee - Revenus-Salaires - Seuils de pauvreté mensuels [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=natsos04401
55. Insee - Revenus-Salaires - Bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle au 31 décembre 2011 [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=17&ref_id=revtc04605

56. Insee - Population - Espérance de vie au 1er janvier 2011 [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=17&ref_id=poptc02402
57. 25-etudes.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.orsas.fr/component/phocadownload/category/25-etudes.html?download=185:profils-de-territoires-lorraine>
58. Insee - Population - Décès, taux de mortalité et taux de mortalité infantile en 2011 [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=17&ref_id=poptc02401
59. La cartographie des établissements de santé. [Internet]. Disponible sur: <http://carto-ets.atih.sante.fr/carto.php?ts=410200002>
60. Insee - Santé - Personnes âgées dépendantes : le maintien à domicile, solution privilégiée mais exigeante [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=17&ref_id=18899
61. Insee - Santé - Taux d'équipement en établissements de santé au 1er janvier 2012 [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=17&ref_id=santc06102
62. Insee - Santé - Taux d'équipement en établissements de santé de court séjour en 2012 : comparaisons régionales [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=99&ref_id=t_2002R
63. Insee - Santé - Équipement hospitalier de moyen séjour en 2012 : comparaisons régionales [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=t_2003R
64. Recueil d'indicateurs régionaux : offre de soins et état de santé - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/recueil-d-indicateurs-regionaux-offre-de-soins-et-etat-de,10997.html>
65. Insee - Population - Évolution de la population jusqu'en 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NAtnon02145
66. Etat des lieux du développement des soins palliatifs - Résultats de recherche - La Documentation française [Internet]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/ezexalead/search?SearchText=%C3%A9tat+des+lieux+du+d%C3%A9veloppement+des+soins+palliatifs&cat%5BGroupeThematique%5D=&n=slDocFrancaise>
67. SAS Output [Internet]. Disponible sur: <http://stats.atih.sante.fr/had/mahos/nat/2012/tab5.html>
68. Insee - Territoire - Écoscopie des Vosges [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=14399&page=EL/EL158-159/Sante.htm
69. Places de services de soins infirmiers à domicile au 01/01/2012. PA06-ISD.xls [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/publications-et-services/dossiers_web/action-sociale-departementale/PA06-ISD.xls
70. Atlas régionaux 2011 | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-regionaux-2011-1128>
71. La démographie médicale en région Lorraine. Situation en 2013. lorraine_2013.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/lorraine_2013.pdf
72. Insee - Santé - Densité de professionnels libéraux de la santé au 1er janvier 2012 [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=17&ref_id=santc06107

73. Cartes thématiques - Statistiques locales [Internet]. Disponible sur: http://www.statistiques-locales.insee.fr/carto/ESL_CT_cartethematique.asp?nivgeo=COM&indic_id=1
74. Premiers télésoins pour soldats US. La télémedecine militaire est testée par la force d'interposition américaine en Bosnie. - Libération [Internet]. Disponible sur: http://ecrans.liberation.fr/ecrans/1997/06/06/premiers-telesoins-pour-soldats-usla-telemedecine-militaire-est-testee-par-la-force-d-interposition-_207699
75. elearn Magazine: Second Life for Medical Education [Internet]. eLearn Magazine, an ACM Publication. Disponible sur: <http://elearnmag.acm.org/featured.cfm?aid=2035934>
76. Décret n° 2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la télémedecine | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022932449&dateTexte=&categorieLien=id>
77. Code de la santé publique - Article L6316-1. Code de la santé publique.
78. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires | Legifrance [Internet]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=E7B603376F36B654284C082FF7101A50.tpdjo13v_2?cidTexte=JORFTEXT000020879475&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id
79. telemedecine2009.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/telemedecine2009.pdf?download=1>
80. FNEHAD. Livre blanc des systèmes d'information en hospitalisation à domicile. 2009.
81. La DGOS dévoile ses cinq priorités pour le déploiement de la télémedecine en 2011 [Internet]. Disponible sur: <http://www.ticsante.com/story.php?newsPage=1&story=901&story=901>
82. Guide Grille de pilotage et de securite d un projet de telemedecine [Internet]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/plugins/ModuleXitiKLEE/types/FileDocument/doXiti.jsp?id=c_1622377
83. Télémedecine: la DGOS a recensé 113 projets « opérationnels » [Internet]. Disponible sur: http://www.ticsante.com/Telemedecine-la-DGOS-a-recense-113-projets-operationnels-NS_1213.html
84. Odys désormais utilisé en dermatologie au CHU de Nancy | esante.gouv.fr, le portail de l'ASIP Santé [Internet]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/paroles-aux-regions/odys-desormais-utilise-en-dermatologie-au-chu-de-nancy>
85. Enquetes Cirad IAMM [Internet]. Disponible sur: <https://enquetes-cirad.iamm.fr/>
86. Blanchet A, Gotman A. L'entretien. Paris: A. Colin; 2010.
87. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. Armand Colin.
88. Insee - Population - Évolution de la population jusqu'en 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATnon02145
89. PMSI MCO [Internet]. Disponible sur: http://stats.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?annee=2012&base=0&typett=1&ok=Lancer+le+traitement&_program=mcoprog.affiche_present.sas&_service=default&_debug=0&tab=1
90. Enquetes-Survey-Encuesta [Internet]. Disponible sur: <https://enquetes-cirad.iamm.fr/>

91. Fischer DG, Fick C. Measuring Social Desirability: Short Forms of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Educ Psychol Meas*. 6 janv 1993;53(2):417-424.
92. Butori R, Parguel B. Les biais de réponse-Impact du mode de collecte des données et de l'attractivité de l'enquêteur. *Actes AFM* [Internet]. 2010 Disponible sur: <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00636228/>
93. Bonnet Marie-Violaine. L'installation des jeunes diplômés en médecine générale : enquête qualitative auprès de quatorze médecins installés en Lorraine dans les trois ans suivant la fin de leur internat. *Th Méd Nancy*. 2012. [Internet]. Disponible sur: http://petale.univ-lorraine.fr/thematic-search.html?menuKey=these_ex&submenuKey=authors&id=bonnet_marie_violaine
94. Code de la santé publique - Article L1110-4. Code de la santé publique.
95. Hospitalisation à domicile (HAD).0000.pdf (Objet application/pdf) [Internet]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000664/0000.pdf>
96. PLAN RAPPORT TELEMEDECINE - Rapport_final_Telemedecine.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_final_Telemedecine.pdf
97. L'hospitalisation à domicile (HAD) : espace documentaire juridique et professionnel - Ministère des Affaires sociales et de la Santé - www.sante.gouv.fr [Internet]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/l-hospitalisation-a-domicile-had-espace-documentaire-juridique-et-professionnel.html>

Annexes

Annexe 1 : Indice de Karnofsky

Capable de mener une activité normale	100 %	normal, pas de signe de maladie
	90 %	peut mener une activité normale, symptômes mineurs de la maladie, totalement autonome
	80 %	peut mener une activité normale, mais avec effort, symptômes ou signes mineurs, totalement autonome
Incapable de travailler, capable de vivre chez lui et d'assumer ses besoins personnels, une assistance variable est nécessaire	70 %	peut se prendre en charge, incapable de mener une activité normale, autonome mais à stimuler
	60 %	nécessite une aide occasionnelle mais peut prendre en charge la plupart des besoins, semi-autonome
	50 %	nécessite une aide suivie et des soins médicaux fréquents, semi-autonome
	40 %	handicapé, nécessite une aide et des soins particuliers
Incapable de s'occuper de lui-même, nécessite des soins hospitaliers ou l'équivalent	30 %	sévèrement handicapé, dépendant
	20 %	très malade soutien actif, absence totale d'autonomie
	10 %	moribond, processus fatal progressant rapidement

Annexe 2 : Pondérations individuelles des modes de prise en charge principal, mode de prise en charge associé et indice de Karnofsky(27)

B1) Pondérations associées au mode de prise en charge principal

Mode de prise en charge principal (MPP)	Pondération
01 – Assistance respiratoire	2,1
02 – Nutrition parentérale	1,9
03 – Traitement intraveineux	2,1303
04 – Soins palliatifs	2,066
05 – Chimiothérapie anticancéreuse	1,7686
06 – Nutrition entérale	1,7686
07 – Prise en charge de la douleur	1,7686
08 – Autres traitements	1,7686
09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,6146
10 – Posttraitement chirurgical	1,6146
11 – Rééducation orthopédique	1,4376
12 – Rééducation neurologique	1,4376
13 – Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,3521
14 – Soins de nursing lourds	1,3521
15 – Éducation du patient et/ou de son entourage	1
17 – Surveillance de radiothérapie	1,15
18 – Transfusion sanguine	1,15
19 – Surveillance de grossesse à risque	1
20 – Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	1
21 – <i>Post partum</i> pathologique	1,15
22 – Prise en charge du nouveau-né à risque	1
24 – Surveillance d'aplasie	1,15

B2) Pondérations associées au mode de prise en charge associé

Mode de prise en charge associé (MPA)	Pondération
00 – Pas de mode de prise en charge associé	1
01 – Assistance respiratoire	1,1636
02 – Nutrition parentérale	1,4899
03 – Traitement intraveineux	1,1636
04 – Soins palliatifs	1,4899
05 – Chimiothérapie anticancéreuse	1,4899
06 – Nutrition entérale	1,3616
07 – Prise en charge de la douleur	1,1636
08 – Autres traitements	1,2642
09 – Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)	1,2642
10 – Posttraitement chirurgical	1,1618
11 – Rééducation orthopédique	1,1636
12 – Rééducation neurologique	1,1636
13 – Surveillance post chimiothérapie anticancéreuse	1,1636
14 – Soins de nursing lourds	1,0558
15 – Éducation du patient et/ou de son entourage	1,1618
17 – Surveillance de radiothérapie	1,2642
18 – Transfusion sanguine	1,2642
19 – Surveillance de grossesse à risque	1,0558
20 – Retour précoce à domicile après accouchement (RPDA)	1,0558
21 – <i>Post partum</i> pathologique	1,1
24 – Surveillance d'aplasie	1,2642
25 – Prise en charge psychologique et/ou sociale	1,0558

B3) Pondérations associées à l'indice de Karnofsky

Classes et valeurs de l'IK (%)	Pondération
90-100	1
70-80	1,23
60	1,44
50	1,71
40	1,85
30	1,91
10-20	2,1

CONVENTION DE PARTENARIAT

**POUR LA PRISE EN CHARGE EN HOSPITALISATION A DOMICILE
DE RESIDENTS EN ETABLISSEMENT D'HEBERGEMENT MEDICO-SOCIAL⁸**

- Vu les articles R 6121-4-1 et D 6124-311 du code de la santé publique,
- Vu l'article R 162-32 du code de la sécurité sociale, notamment son 1^o,
- Vu le décret 2012-1030 du 6 septembre 2012 relatif à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements sociaux et médico-sociaux avec hébergement,
- Vu le décret 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,
- *Vu l'arrêté du 16 mars 2007 modifié par l'arrêté du 25 avril 2007 fixant les conditions de prise en charge pour l'admission en hospitalisation à domicile d'un ou plusieurs résidents d'établissement d'hébergement médico-social pour personnes âgées (pour les seuls EHPAD)*

Entre, d'une part :

Nom complet et raison sociale de l'établissement d'hospitalisation à domicile

Numéro FINESS

Adresse complète

Représenté par

Fonction

ci-après dénommé « l'établissement d'HAD »,

Et, d'autre part

Nom complet et raison sociale de l'établissement d'hébergement médico-social

Numéro FINESS (*en l'absence, numéro provisoire délivré par l'ARS*)

Adresse complète

Représenté par

Fonction

Etablissement bénéficiant d'une autorisation délivrée le (une copie de cette autorisation est jointe à la présente convention) et accueillant (préciser les publics),

ci-après dénommé « l'établissement d'hébergement médico-social »,

Il a été convenu ce qui suit :

PREAMBULE

L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une modalité de réponse aux besoins de soins complexes, intensifs et/ou techniques de personnes ne requérant pas nécessairement une hospitalisation avec hébergement. Pour les personnes accueillies en établissements social et médico-social, l'HAD complète la palette de l'offre disponible, contribuant ainsi au respect de l'égalité de tous dans l'accès aux soins.

L'HAD permet en particulier, par ses moyens combinés à ceux de l'entourage habituel, la prise en compte globale des besoins de soins et d'accompagnement des personnes. Elle concourt ainsi à la préservation de leur qualité de vie en évitant la déstabilisation liée à une rupture de l'accompagnement assuré au quotidien par les professionnels de l'établissement d'accueil.

Selon les besoins, l'établissement d'hébergement médico-social transmet toute information utile à la compréhension, par l'équipe d'HAD, des spécificités du public accueilli.

Par ailleurs, chaque structure désigne un référent pour chaque prise en charge individuelle.

⁸ Sont concernés par ce modèle de convention les établissements figurant dans l'annexe 2 de la circulaire DGOS/R4/DGCS/2013/107 du 18 mars 2013 relative à l'intervention des établissements d'hospitalisation à domicile dans les établissements d'hébergement à caractère social ou médico-social pour lesquels est signalé, dans la colonne « Financement » une contribution de l'assurance maladie (AM). n°

L'admission en HAD d'un résident fait l'objet d'une concertation collégiale et la décision est prise conjointement entre les parties signataires, après avis des médecins concernés (médecin coordonnateur, médecin traitant...). Elle s'inscrit dans le cadre du projet personnalisé du résident. L'HAD n'a pas pour vocation de répondre aux besoins de soins habituellement assurés par l'établissement d'hébergement médico-social, et n'interviendra que sur l(es) axe(s) sanitaire(s) qui relève(nt) de sa compétence et de son champ autorisé.

Article 1- Objet de la convention

La présente convention établit les règles de partenariat qui fondent les relations entre l'établissement d'hébergement médico-social et l'établissement d'HAD ; elle précise les modes de fonctionnement établis entre ces deux structures, lors de la prise en charge d'un résident en HAD.

Les deux signataires s'engagent à mettre en place tous les moyens nécessaires à la prise en charge conjointe du patient/résident, afin d'optimiser et sécuriser la prise en charge.

Article 2. Conditions préalables à la mise en œuvre du partenariat

Afin de favoriser et d'assurer la réussite du projet commun, les signataires se sont entendus sur les moyens à mettre en œuvre en vue de garantir un bon niveau de connaissance réciproque entre les équipes partenaires :

(par ex. : organisation d'une présentation de l'activité et du mode de fonctionnement de chaque structure; temps de rencontres entre les équipes; études de cas et retours d'expérience partagée; stages par comparaison; formations communes; etc.)

Pour faciliter la collaboration, préalablement à la mise en œuvre du partenariat, l'échange d'informations et la communication entre structures sera garantie notamment par la transmission de tout document jugé nécessaire entre les parties. *(projet d'établissement, règlement intérieur, livret d'accueil, plaquette, protocoles, etc...).*

La présente convention garantit que la collaboration se fera sur la base du respect de l'organisation de chaque structure.

L'information des résidents sur l'existence et la mise en œuvre du partenariat, fait l'objet d'une réflexion commune et ses modalités sont définies, par exemple au travers de réunions d'information, ordre du jour au Conseil de la Vie Sociale, document d'information, adaptation du livret d'accueil, etc. Les droits des usagers dans ce cadre sont explicités.

Article 3- Prescription de l'HAD

Toute admission en HAD fait l'objet d'une prescription par un médecin hospitalier ou par le médecin traitant du résident.

Lorsque l'établissement d'HAD est sollicité sur prescription d'un médecin hospitalier, il s'assure de l'accord du médecin traitant du résident/patient et, le cas échéant, recueille l'avis du médecin coordonnateur de l'établissement d'hébergement médico-social.

Les raisons du recours à une HAD et de l'impossibilité pour l'établissement d'hébergement médico-social d'assurer les soins requis sont indiquées dans le projet personnalisé de soins du résident (cf. annexe 2).

Article 4- Accord de la personne

Conformément aux articles L 1111-1 à L 1111-9 du code de la santé publique, l'intervention de l'établissement d'HAD auprès d'un résident nécessite son accord ou, le cas échéant, celui de son représentant légal. La signature du document "accord du patient" remis par l'établissement d'HAD formalise cette acceptation.

Si le résident majeur est hors d'état d'exprimer sa volonté de recevoir l'information nécessaire pour effectuer un choix, la personne de confiance (si une personne de confiance a été désignée avant la prise en charge en HAD) ou la famille ou à défaut ses proches seront consultés conformément aux articles L 1111-4 et L 1111-6 du code de la santé publique.

Article 5- Modalités de la prise en charge

Avant toute prise en charge dans le cadre de la présente convention, les représentants de l'établissement d'HAD et de l'établissement d'hébergement médico-social, ainsi que le médecin traitant du patient/résident, signent un protocole d'accord nominatif d'intervention (cf. annexe 1).

L'HAD intervient par principe pour une durée déterminée, éventuellement renouvelable. Les conditions de la sortie de l'HAD doivent donc être envisagées dès l'admission.

L'organisation de la continuité des soins liée à son intervention incombe à l'établissement d'HAD.

En cours de prise en charge, les parties s'accordent sur les modalités permettant de respecter, dans la mesure du possible, les contraintes du projet de soins et celles du projet d'accompagnement du résident/patient. Celles-ci prennent en compte l'éventualité de sorties temporaires du résident (vacances, week-end, etc.), en assurant la continuité des soins, au besoin par recours à une autre structure d'HAD.

Article 6- Projet personnalisé de soins

En cas d'intervention de l'établissement d'HAD auprès d'un résident, la facturation de l'HAD subit un abattement forfaitaire du fait que l'établissement d'hébergement dispose de moyens versés par l'assurance maladie.

En conséquence, chaque admission en HAD fait l'objet d'une planification personnalisée de soins partagée intégrant les modalités spécifiques d'intervention de chacun des signataires auprès du patient/résident (cf. modèle en annexe 2). Toute modification de la prise en charge donnera lieu à l'actualisation du projet personnalisé de soins, en concertation entre les personnels des deux établissements.

Article 7- Responsabilité des interventions

Chaque professionnel est responsable des interventions qu'il diligente, et chaque partie signataire s'assure de l'existence des assurances en responsabilité civile couvrant les actes des professionnels impliqués, qu'ils soient salariés ou libéraux.

Article 8- Gestion du circuit du médicament et du matériel médical

Le stockage des médicaments du patient/résident, au sein de l'établissement d'hébergement médico-social, doit répondre aux règles de conservation et de sécurité adaptées aux produits, que l'établissement d'HAD est tenu de mettre en œuvre.

La mise à disposition, pendant la période d'intervention de l'HAD, des matériels techniques et consommables nécessaires à son intervention relève exclusivement de la responsabilité et de la gestion de l'établissement d'HAD.

Les déchets d'activité de soins liés à l'intervention de l'HAD entrent dans le cadre d'une récupération professionnelle assurée par l'établissement d'HAD. Cette organisation devra faire l'objet d'une communication préalable à l'équipe de l'établissement d'hébergement médico-social.

En cas d'utilisation conjointe d'équipement(s), les signataires assurent la formation des personnels et le partage des informations liées à cette utilisation.

Article 9- Dossier du patient

Les informations à caractère médical et de soin relatives à la prise en charge individuelle sont tracées dans le dossier patient de l'établissement d'HAD et de l'établissement d'hébergement médico-social.

Les parties conviennent de l'organisation permettant de conjuguer l'accessibilité au dossier du patient pour les personnels devant y accéder et le respect de la confidentialité des informations le concernant due au patient/résident, en conformité avec la réglementation.

Article 10- Evaluation du partenariat

Les deux signataires s'engagent à se réunir au moins une fois par an pour évaluation de leur coopération dans le cadre du partenariat prévu par la présente convention. Cette évaluation portera au minimum sur les points suivants :

- évolution du recours, pour les résidents, à l'hospitalisation complète en établissements de soins de courte durée ou de soins de suite et de réadaptation et motifs
- évolution du recours aux services d'urgence et motifs
- nombre de séjours et de journées d'HAD et nombre de résidents bénéficiaires
- qualité de la coordination générale entre les intervenants des partenaires, et notamment les actions communes diligentées pour la qualité du partenariat et difficultés rencontrées
- qualité de la coordination des soins entre les partenaires
- nombre de demandes d'HAD non satisfaites et motifs,
- nombre d'HAD interrompues et motifs,
- satisfaction des usagers, entourages et professionnels.

Cette évaluation sera adressée annuellement à l'ARS concernée ainsi qu'à la caisse qui assure le versement de la dotation soins de la structure d'hébergement médico-social.

Article 11- Date d'effet de la convention

La convention entre en vigueur à la date de sa signature.

Article 12- Durée et résiliation

La présente convention est conclue pour une durée d'un an à compter de sa signature. Elle est renouvelable annuellement par tacite reconduction, sauf dénonciation expresse par l'une des deux parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, moyennant un préavis de 2 mois, copie transmise à l'ARS et à la CPAM concernée.

Les deux parties s'engagent, préalablement à tout courrier de dénonciation, à organiser une réunion de conciliation afin d'envisager des solutions communes aux différends rencontrés. Cependant, en cas de persistance d'un désaccord, elles devront s'entendre a minima sur les modalités permettant d'assurer la continuité de la prise en charge des résidents/patients.

Fait à le / /

Pour l'établissement d'HAD

Pour l'établissement d'hébergement médico-social

ANNEXE 1
PROTOCOLE D'ACCORD NOMINATIF D'INTERVENTION

(document à transmettre impérativement à la CPAM)

Entre :

L'établissement d'hébergement médico-social.....

N° FINESS :

et :

L'établissement d'HAD.....

N° FINESS :

Il est convenu que, en application de la convention de partenariat pour la prise en charge de résidents en hospitalisation à domicile signée le / /

M/Mme

Nom :

Prénom :

N° SS :

Caisse :

Mutuelle :

Est admis(e) en hospitalisation à domicile à compter du / /

Personne de confiance désignée :

Les parties s'engagent à respecter rigoureusement toutes les dispositions figurant dans la convention et ses annexes.

Fait à le / /

Le directeur de l'établissement d'HAD

Le directeur de l'établissement d'hébergement
médico-social

Le médecin coordonnateur de l'HAD

Le médecin traitant

Le médecin coordonnateur de l'établissement
d'hébergement médico-social (le cas échéant)

ANNEXE 2
PLANIFICATION PERSONNALISEE DE SOINS PARTAGEE

Identification de l'établissement d'hébergement à caractère médico-social FINESS :

Identification de l'établissement d'HAD FINESS :

Identification du patient concerné :

Identification du médecin prescripteur :

Date de prise d'effet du projet personnalisé de soins : / /

Motifs et objectifs de l'intervention de la structure d'HAD :

.....
.....

Référent pour l'établissement d'HAD :

Articulation / ajustement du projet personnalisé :

.....
.....

Référent pour l'établissement d'hébergement médico-social :

	Réalisé par l'établissement d'hébergement médico-social	Planning de réalisation ⁹	Réalisé par l'établissement d'HAD	Planning de réalisation
Les soins				
Habillage*				
Elimination*				
Alimentation*				
Déplacements*				
...				
Soins d'hygiène* (en premier – puis « habillage, élimination, ...)				
Injectons*				
Perfusions*				
Pansements*				
Mesures*				
Soins de kinésithérapie*				
Psychologue*				
...				
La transmission des informations				
Support de transmissions				
Réunions de synthèse				
...				
Eléments complémentaires à la prise en charge				
Régime alimentaire*				
...				

⁹ Préciser chaque fois que nécessaire le planning des tâches de chacun dans un tableau plus détaillé (par ex semainier avec horaires), en y précisant qui fait (HAD ou EMS et quel type de professionnel) fait quoi

La surveillance et la continuité des soins				
de ...h à ...h				
de ...h à ...h				
les Week-ends et fériés				
...				

* A détailler suivant les besoins du patient

Signature du médecin traitant

Pour l'établissement d'hébergement médico-social

Signature pour accord du patient

Pour l'établissement d'HAD

Annexe 4 : Cotation de la dépendance selon la grille PMSI des activités de la vie quotidienne (AVQ) (extraits du guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile)(27)

« La cotation de la dépendance répond à la question : « fait ou ne fait pas? ». Elle apprécie la réalisation d'une ou plusieurs activités de la vie courante jugée par un observateur qui n'est pas le patient. Cette grille n'est pas un instrument de mesure de la dépendance du patient ni de la charge en soins du soignant.»

Les six variables de dépendance évaluées

1. L'habillage ou la toilette

On cotera l'habillage lorsque le patient s'habille ou est habillé par l'équipe d'HAD. Dans le cas contraire on cotera la toilette.

L'habillage inclut deux actions :

- *l'habillage du haut du corps* : s'habiller et se déshabiller au - dessus de la taille, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse le cas échéant
- *l'habillage du bas du corps* : s'habiller et se déshabiller de la taille jusqu'en bas, ainsi que mettre en place et enlever une orthèse ou une prothèse le cas échéant.

La toilette inclut deux actions :

- la toilette du haut du corps : se laver au - dessus de la taille, se raser et se coiffer
- la toilette du bas du corps : se laver les régions intimes, les membres inférieurs et les pieds.

2. Les déplacements et la locomotion

Ils incluent cinq actions :

- *les transferts lit-chaise-fauteuil roulant* : se transférer vers le lit, la chaise ou le fauteuil roulant et inversement OU si la marche est le mode habituel de locomotion, passer du lit, de la chaise à la position debout et inversement

- *les transferts aux toilettes* : s'asseoir et se relever du siège des toilettes
 - *les transferts à la baignoire ou à la douche* : entrer et sortir de la baignoire ou de la douche
 - *la locomotion* : marcher une fois en position debout OU utiliser un fauteuil roulant en terrain plat en toute sécurité
 - *l'utilisation des escaliers* : monter et descendre une volée de marches (12 à 14 marches).
- Exception: si le mode de déplacement le plus courant est le fauteuil roulant (ou la chaise roulante, le chariot plat, le tricycle, etc.), ne pas coter l'action d'utilisation des escaliers.

3. L'alimentation

Elle inclut trois actions nécessaires à l'ingestion des repas (lorsque ceux-ci sont préparés et présentés au patient de manière habituelle sur une table ou sur un plateau) :

- *l'utilisation des ustensiles réguliers* pour porter les aliments à la bouche
- *la mastication*
- *la déglutition* (avaler la bouchée ou la gorgée)

4. La continence

Elle inclut deux actions :

- le contrôle de la miction : assurer un contrôle complet et volontaire de la miction OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle
- le contrôle de la défécation : assurer un contrôle complet et volontaire de la défécation OU utiliser de l'équipement ou des moyens nécessaires à ce contrôle.

5. Le comportement

Il évalue l'interaction sociale, définie comme la capacité à s'entendre et à participer avec les autres, à des situations sociales ou thérapeutiques, à assurer ses besoins propres en même temps que ceux des autres.

6. Relation et communication

Elles incluent deux actions:

- la compréhension d'une communication visuelle ou auditive
- l'expression claire du langage verbal et non verbal.

Les 4 niveaux de cotation pour chaque variable

Cotation	Niveau de dépendance	Nécessité d'une aide ou non
1	Indépendance complète ou modifiée	Sans aide
2	Supervision ou arrangement	Présence d'un tiers
3	Assistance partielle	Contact avec un tiers
4	Assistance totale	

Interprétation du score AVQ

Le score AVQ qui est la somme des scores des six dimensions cotées donne une *indication synthétique du degré d'autonomie / de dépendance* du patient au début du séjour et quand l'IK se modifie.

Valeur du score AVQ	Interprétation
≤ 6	Patient totalement autonome
7 - 12	Patient faiblement dépendant
13 - 18	Patient moyennement dépendant
19 - 24	Patient complètement dépendant

Annexe 5 : Comparatif INSEE des quatre départements lorrains

	Département Vosges (88)	Département Moselle (57)	Département Meurthe-et-Moselle (54)	Département Meuse (55)
Population	Vosges (88)	Moselle (57)	Meurthe-et-Moselle (54)	Meuse (55)
Population en 2009	380 192	1 044 898	731 019	194 003
Densité de la population (nombre d'habitants au km ²) en 2009	64,7	168,1	139,4	31,2
Superficie (en km ²)	5 873,8	6 216,3	5 245,9	6 211,4
Variation de la population : taux annuel moyen entre 1999 et 2009, en %	0,0	0,2	0,2	0,1
dont variation due au solde naturel : taux annuel moyen entre 1999 et 2009, en %	0,1	0,3	0,3	0,2
dont variation due au solde apparent des entrées sorties : taux annuel moyen entre 1999 et 2009, en %	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Nombre de ménages en 2009	165 793	436 245	319 367	82 213
Sources : Insee, RP2009 et RP1999 exploitations principales.				
Population estimée au 1er janvier 2012	380 639	1 047 585	733 971	194 390
Naissances domiciliées en 2011	3 883	11 474	8 499	2 119
Décès domiciliés en 2011	3 941	8 978	6 206	1 940
Sources : Insee, état civil et estimations de population au 1er janvier				

	Département Vosges (88)	Département Moselle (57)	Département Meurthe-et- Moselle (54)	Département Meuse (55)
Logement	Vosges (88)	Moselle (57)	Meurthe-et- Moselle (54)	Meuse (55)
Nombre total de logements en 2009	202 286	478 561	351 790	96 087
Part des résidences principales en 2009, en %	82,0	91,2	90,8	85,6
Part des résidences secondaires (y compris les logements occasionnels) en 2009, en %	9,3	1,7	1,5	5,0
Part des logements vacants en 2009, en %	8,7	7,2	7,7	9,4
Part des ménages propriétaires de leur résidence principale en 2009, en %	62,9	59,2	57,3	66,0

Source : Insee, RP2009 exploitation principale.

	Vosges (88)	Moselle (57)	Meurthe-et- Moselle (54)	Meuse (55)
Revenus	Vosges (88)	Moselle (57)	Meurthe-et- Moselle (54)	Meuse (55)
Revenu net déclaré moyen par foyer fiscal en 2009, en euros (1)	19 937	21 975	22 060	19 690
Foyers fiscaux imposables en % de l'ensemble des foyers fiscaux en 2009 (1)	48,5	48,4	51,3	47,8
Médiane du revenu fiscal des ménages par unité de consommation en 2010, en euros (2)	17 148	18 137	18 654	17 109

Sources :

(1) DGFîP, Impôt sur le revenu des personnes physiques.

(2) Insee - DGFîP, Revenus fiscaux localisés des ménages.

	Vosges (88)	Moselle (57)	Meurthe-et- Moselle (54)	Meuse (55)
Emploi - Chômage	Vosges (88)	Moselle (57)	Meurthe-et- Moselle (54)	Meuse (55)
Emploi total (salarié et non salarié) au lieu de travail en 2009	147 262	376 085	271 304	68 797
dont part de l'emploi salarié au lieu de travail en 2009, en %	88,0	91,2	90,4	86,8
Variation de l'emploi total au lieu de travail : taux annuel moyen entre 1999 et 2009, en %	0,1	0,8	0,8	0,3
Taux d'activité des 15 à 64 ans en 2009	71,3	70,5	69,7	71,0
Taux de chômage des 15 à 64 ans	12,8	11,7	11,5	11,6

	Département Vosges (88)	Département Moselle (57)	Département Meurthe-et- Moselle (54)	Département Meuse (55)
en 2009				
Sources : Insee, RP2009 et RP1999 exploitations principales.				
Nombre de demandeurs d'emploi de catégorie ABC au 31 décembre 2011 (1)	26 461	68 526	46 136	12 301
dont demandeurs d'emploi de catégorie A au 31 décembre 2011	18 773	48 800	32 290	8 742
Emploi total estimé au 31 décembre 2010 (au 31 décembre 2009 pour les zones d'emploi) (2)	141 708	371 202	270 966	65 079
Taux de chômage localisés au 3e trimestre 2012 (3)	11,8	10,1	9,9	10,6

Sources :

(1) Pôle emploi, Dares, Statistiques du marché du travail.

(2) Insee, Estimations d'emploi (ESTEL) définitives 2009, provisoires 2010

(3) Insee, Taux de chômage localisés provisoires.

Établissements	Vosges (88)	Moselle (57)	Meurthe-et- Moselle (54)	Meuse (55)
Nombre d'établissements actifs au 31 décembre 2010	29 774	65 863	47 370	14 726
Part de l'agriculture, en %	12,7	6,8	6,9	22,9
Part de l'industrie, en %	8,4	6,5	6,7	7,3
Part de la construction, en %	11,2	11,1	9,9	8,3
Part du commerce, transports et services divers, en %	52,2	58,8	57,2	44,3
dont commerce et réparation automobile, en %	18,0	18,8	17,0	13,8
Part de l'administration publique, enseignement, santé et action sociale, en %	15,5	16,8	19,3	17,2
Part des établissements de 1 à 9 salariés, en %	29,4	29,8	28,9	27,1
Part des établissements de 10 salariés ou plus, en %	7,2	7,7	7,9	6,6

Champ : ensemble des activités

Source : Insee, CLAP (connaissance locale de l'appareil productif).

Annexe 6 : Evolution du guide d'entretien

Guide d'entretien avant les entretiens test :

Introduction

Présentation du projet : « Dans le cadre de ma thèse de doctorat de Médecine Générale, j'ai choisi d'étudier les rapports des médecins généralistes avec l'HAD. »

Présentation de l'enquêteur : médecin remplaçant à St Etienne-lès-Remiremont principalement, internat réalisé dans le sud-est des Vosges

Objectif : faciliter l'accès des populations, via le médecin traitant, à l'HAD

Ne pas prononcer « pourquoi les médecins généralistes ne prescrivent pas plus d'HAD ? »

Pourquoi cet interviewé : pas de prescription d'HAD

Durée : 1/2h, éventuellement 2^e rendez-vous pour compléter celui-ci en fonction des réponses des autres interviewés.

Enregistrement

« Si vous êtes d'accord, l'entretien sera enregistré, mais il reste confidentiel et anonyme. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées. Je ne vous appellerai pas par votre nom tout au long de notre interview. »

Thèmes à aborder

Connaissance de la personne rencontrée :

- « Pour faire connaissance, parlez-moi de votre parcours. »
- « Racontez-moi comment vous travaillez »

Relances : **Civilité** : Age, sexe, année d'installation, personnalité,

Mode d'exercice (seul/groupe, rural/semi-rural/urbain), nombre de consultation hebdomadaire, nombre de visite hebdomadaire, nombre de garde mensuel, activité parallèle, durée d'une consultation, rendez-vous

Gestion du temps : débordé/planifié

Bénéfices : argent, gratitude

Activité extérieure : fonction représentative, électorale ?

Rapports avec l'HAD

Travail en HAD : « Quelle est votre expérience avec l'HAD ? »

Problèmes rencontrés avec l'HAD : « Avez-vous rencontré des problèmes avec l'HAD ? Si oui, de quel ordre étaient ces problèmes ? »

Relances : Economique /financier
 Personnel

Relationnel : famille / patient / infirmière / aide-soignant/ médecin coordonnateur/médecin hospitalier/directeur HAD

Technique : matériel lui-même, utilisation du matériel, technique de soins inconnue

Urgence : réelle/ressentie, gestion de l'urgence techniquement et dans la journée de travail

Ethique

Juridique : responsabilité

Formation : « Avez-vous reçu une formation à l'HAD ? Quelle formation souhaiteriez-vous obtenir ? »

Relances : Thème de la formation : urgence, fonctionnement...
 En ligne/téléconférence
 Formation en salle

Courrier/papier

Prescription par les médecins généralistes

« Pourquoi, d'après vous, les médecins généralistes ne prescrivent pas davantage d'HAD ?

Et vous, quels éléments pourraient favoriser votre prescription d'HAD ? »

Relances : Mauvaise connaissance de l'HAD, des pathologies rencontrées
 Rémunération
 Prescription médicamenteuse
 Formalités administratives

Rôle du médecin coordinateur : nécessité de bien connaître le secteur, ses confrères généralistes ?
Evolution de son rôle ? (dans quelle mesure? prescription ? visite ?)
Rôle des infirmières coordinatrices (+ soignantes ?)
Prescriptions de matériel pré-remplies ? Jusqu'à quel point ?
Expérience concluante en EHPA(D)
Importance du courrier de sortie d'HAD : crée du lien entre HAD et médecin généraliste?

Télémédecine

« Par quels moyens la télémédecine pourrait-elle changer –en bien ou en mal- le rapport des médecins généralistes avec l'HAD ? »

Relances : Rapidité
 Accès
 Dossier
 Doublons
 A distance (contrôle, surveillance, conseil)

Remerciements

« Je vous remercie beaucoup d'avoir accepté de me recevoir. Je vous recontacterai si l'évolution de l'enquête le demande, afin que nous complétions cet entretien. Souhaitez-vous que je vous fasse parvenir les résultats de l'enquête ? »

Guide d'entretien après les entretiens test :

Introduction

Présentation de l'enquêteur : médecin remplaçant à St Etienne-lès-Remiremont principalement, internat réalisé dans le sud-est des Vosges

Présentation du projet : « Dans le cadre de ma thèse de doctorat de Médecine Générale, j'ai choisi d'étudier les rapports des médecins généralistes avec l'HAD. »

Objectif : faciliter l'accès des populations, via le médecin traitant, à l'HAD
Ne pas prononcer « pourquoi les médecins généralistes ne prescrivent pas plus d'HAD ? »

Pourquoi cet interviewé : « parce vous n'avez pas prescrit d'HAD et ... »
-soit « ...vous n'avez participé à une HAD »,
-soit « ...vous avez été partenaire de l'HAD d' Epinal »

Durée : 1/2h, éventuellement 2^e rendez-vous pour compléter celui-ci en fonction des réponses des autres interviewés.

Enregistrement

« Si vous êtes d'accord, l'entretien sera enregistré, mais il reste confidentiel et anonyme. Vos coordonnées ne seront pas enregistrées. Je ne vous appellerai pas par votre nom tout au long de notre interview. Je suis indépendante de l'HAD d'Epinal, n'hésitez pas à me faire part des points négatifs de votre expérience avec l'HAD. »

Thèmes à aborder

Connaissance de la personne rencontrée :

- « Pour faire connaissance, parlez-moi de votre parcours. »
- « Racontez-moi comment vous travaillez »

Relances : **Civilité** : Age, sexe, année d'installation, personnalité,
 Mode d'exercice : seul/groupe, rural/semi-rural/urbain, informatisé, nombre de consultation hebdomadaire, durée d'une consultation, rendez-vous, nombre de visite hebdomadaire, nombre de garde mensuel, permanence des soins, activité parallèle (coordination, PMI...), exercice particulier (homéopathie, acupuncture...)
 Gestion du temps : débordé/planifié
 Bénéfices : argent, gratitude
 Activité extérieure : fonction représentative, électorale ?

Rapports avec l'HAD

Retranscriptions des entretiens

ENTRETIEN 1

Enquêteur : Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, j'étudie les rapports entre les généralistes et l'HAD d'Epinal. Je me présente : je m'appelle Sabrina MICHEL-LEUVREY, je suis médecin remplaçant dans les Vosges, à St Etienne-lès-Remiremont, et j'ai réalisé mon internat dans les sud-est des Vosges, sauf pour le stage obligatoire à Nancy. L'objectif de la thèse est de faciliter l'accès des populations à l'HAD, grâce au médecin généraliste. Vous avez été choisi parce que vous n'avez pas prescrit d'HAD mais que vous avez été partenaire de l'HAD, vous avez eu 2 patients en HAD, c'est bien ça ?

Enquêté : Oui, 2 je crois, mais je ne me souviens pas de grand-chose.

Enquêteur : Ce n'est pas l'essentiel ! Cet entretien va durer une demi-heure, éventuellement, il y aura un deuxième rendez-vous pour compléter celui-ci si les réponses des autres interviewés le demandent. Si vous êtes d'accord, l'entretien sera enregistré et restera confidentiel et anonyme, vos coordonnées ne seront pas enregistrées, et je ne vous appellerai pas par votre nom tout au long de notre interview. Je suis indépendante de l'HAD d'Epinal, n'hésitez pas à me faire part de vos remarques négatives vis-à-vis de l'HAD. Pour commencer, est-ce que vous pouvez me parler de votre exercice ?

Enquêté : Je travaille sur rendez-vous. Ça fait 6 ans que je suis installée ici, à X, mais avant j'étais à Y, donc ça fait plus de 30ans en fait, 32,5 !

Enquêteur : C'est un exercice qu'on peut qualifier comment ? Semi-urbain ?

Enquêté : Avant c'était vraiment rural, mais maintenant, ça n'existe plus médecin de campagne. Je ne suis plus médecin de campagne, alors que je l'ai été, j'ai travaillé nuit et jour pendant 20 ans.

Enquêteur : Qu'est-ce que ça donne en nombre de consultations par jour ? Vous me disiez en arrivant que vous travaillez 11h/jr ?

Enquêté : Oui, c'est ça.

Enquêteur : Et en visite ?

Enquêté : J'en fais très peu.

Enquêteur : Parce que vous n'avez plus assez de temps pour en faire ?

Enquêté : Non, c'est moi qui refuse ; parce que je suis dispensée de garde, pour un problème de vue, moins je conduis, mieux c'est, ça faisait aussi partie de ma dérogation de garde, de ne pas faire autant de visites que les autres. Je ne vois pas pourquoi je vais prendre ma voiture alors que j'ai des problèmes pour conduire, ils n'ont qu'à venir au cabinet... et on travaille mieux ici.

Enquêteur : Vous avez un exercice particulier, avec homéopathie et microkiné...

Enquêté : Oui.

Enquêteur : Vous êtes informatisée ?

Enquêté : Oui.

Enquêteur : Au niveau de la gestion du temps, vous me disiez tout à l'heure que vous êtes plutôt débordée en ce moment ?

Enquêté : Bah...non, c'est-à-dire que je fais des microkinés, je prends une heure pour les microkinés, j'en fais plusieurs par jour, donc forcément...ça va plus !! Donc en fait, je vais changer ça, c'est-à-dire que je vais les prendre en 2 fois les gens, parce que même en une heure, des fois, j'ai pas le temps de tout faire, je vais les prendre en 2 fois, 3/4h la première, 1/2 heure la deuxième, ou je vais essayer de faire 1/2h 2 fois, j'ai tout à gagner avec ça, et comme ça, je pourrai voir plus de monde.

Enquêteur : Oui, ça bloque moins.

Enquêté : Puis alors, l'homéopathie, c'est pareil, ça, je passe une demi-heure vite fait, pour rien de plus, donc je passe beaucoup de temps... pour pas voir un nombre énorme de gens, c'est ça mon problème.

Enquêteur : C'est vrai, c'est des exercices qui demandent beaucoup de temps, j'avais vu ça chez un maître de stage homéopathe...

Enquêté : Et puis le téléphone en plus, alors on fait tout en même temps...

Enquêteur : Qu'est-ce que vous pensez des bénéfices de votre profession ?

Enquêté : Bénéfices ?...

Enquêteur : Oui, comment vous vous sentez ?..

Enquêté : Je me sens exploitée de tout le monde, je me sens une esclave, je dois tout faire pour rien, euh...oui, c'est ça.

Enquêteur : Hum hum, d'accord. Vous n'avez pas de fonctions extérieures, électorale, représentative ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : D'accord. Alors, votre expérience avec l'HAD : vous avez eu plusieurs patients qui ont été hospitalisés, avec une prescription de l'hôpital...

Enquêté : Oui, c'est-à-dire que moi, on m'a contactée, qu'il fallait absolument que j'y aille pour faire des papiers.

Enquêteur : D'accord, pour faire des papiers.

Enquêté : Pour faire des papiers, il fallait que je me déplace, c'était à A, une dame qui est décédée maintenant ;je devais remplir des papiers, alors, il y avait tout un cahier, il fallait que je regarde le tout, que je remplisse, tout ce que je faisais , tout ça ; pis on me disait qu'il fallait que j'y aille toutes les semaines, alors que ça ne nécessitait pas ; en fait, son état s'est amélioré chez elle, et son mari gérait très bien les choses, il lui donnait à manger un gel, finalement ça passait bien, après on a arrêté l'HAD, elle s'était bien améliorée, mais alors oui, elle avait une sonde, elle avait des métastases cérébrales, elle était grabataire dans son lit, mais son mari s'occupait d'elle toute la journée, il allait même la promener dehors. Voilà, qu'est-ce qu'il y avait d'autre ? Elle avait une sonde [geste montrant le trajet d'une sonde naso-gastrique], Il lui donnait à manger, elle avait bon appétit, alors comme elle faisait des fausses routes, avec du gel, ça compensait, des compotes, des choses comme ça, il avait bien trouvé tout ce qu'il fallait, donc plutôt que d'avoir une sonde digestive, et ben, elle avait ça, elle mangeait. J'ai dû y aller quelquefois pour ça, mais toutes les semaines, moi, je ne pouvais pas, alors j'y allais tous les 15 jours, ça n'a pas duré trop longtemps, heureusement !

Enquêteur : Donc au niveau des problèmes, on a dit les visites, qui ne se justifiaient pas forcément.

Enquêté : C'était obligé, et puis on me disait ce que je devais faire, vous voyez ? J'étais soumise...

Enquêteur : D'accord.

Enquêté : Et puis, en plus de ça, comme j'y allais entre midi et deux, ça ne les arrangeait pas, alors, à la limite, il aurait fallu que je laisse mes consultations pour y aller quand ça les arrangeait à partir de deux heures. Alors que moi, je fais ça en plus, donc je n'avais pas le temps de faire autrement, j'ai un agenda qui est plein, c'est entre midi et deux forcément que je fais mes visites, alors j'y allais entre midi et deux...

Enquêteur : Au niveau de la rémunération, est-ce que vous pensez que c'était suffisant au niveau de la rémunération des visites...

Enquêté : Elle m'avait donné je crois 90 euros je crois... il me semble que c'était ça...j'ai rempli des papiers pour qu'on me donne 90 euros, j'ai pas bien compris pourquoi ; mais après, je faisais comme d'habitude, tiers payant, voilà quoi ; de toute façon, ben, non, on n'est pas rémunéré normalement, parce que, quand on y va, on passe du temps, avec ces gens-là, plein de polypathologies, on ne gagne pas plus que pour les autres.

Enquêteur : C'était un peu l'objet de la question, est-ce que c'est suffisant une visite normale pour des patients comme ça ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Vous, par rapport aux fondements de l'HAD, est-ce que c'est quelque chose auquel vous adhérez ou pas ?

Enquêté : [blanc] Non, non, parce que j'ai l'impression qu'on m'utilise encore que je ne fais pas partie, et puis non...

Enquêteur : Vous n'avez pas l'impression d'être partie intégrante de l'équipe en fait... ?

Enquêté : C'est ça, je ne les connais pas, je ne sais pas exactement à quoi je sers, si, à faire des papiers

[Rires]

Enquêteur : D'accord, et l'image de marque de l'HAD d'Epinal, vous avez des soucis avec ça ?

Enquêté : je ne sais pas trop, ça devait venir d'Epinal, mais de Nancy, c'est pire

Enquêteur : d'accord [étonnée]... Au niveau relationnel, quand l'HAD était en place, est-ce qu'il y avait des soucis avec la famille, le patient, l'équipe de l'HAD...

Enquêté : non, ça dépend, la patiente, le mari il s'occupait très bien de sa dame ; mais j'avais une autre dame à Y., mais

elle, elle venait de Nancy, alors là justement, il y avait des problèmes de communication, parce que je n'ai pas eu les 90 euros, je n'ai vu personne, on m'a simplement dit qu'il fallait absolument que j'y aille, que c'était pressant et tout pour les papiers, après ça, elle avait une sonde gastrique et puis elle, elle disait qu'elle ne voulait plus de sa sonde, c'était infernal et tout. Donc, moi, j'ai dit « il faut lui ôter », elle ne dormait plus, ça lui faisait mal, donc on a ôté la sonde, et puis elle a mangé comme il faut ; ben figurez-vous qu'après, je me suis fait incendier par le médecin de Nancy, parce que j'avais fait ôter la sonde, que la patiente elle mangeait bien, et qu'elle était bien contente, elle n'avait plus de douleurs.

Enquêteur : Ah !!

Enquêté : Donc on m'a culpabilisée, après, je ne sais plus, mais enfin...

Enquêteur : Donc, ça, c'était avec le médecin qui a prescrit l'HAD ?

Enquêté : C'était un médecin hospitalier, de Nancy, qui avait prescrit l'HAD.

Enquêteur : Au niveau technique, au niveau du matériel utilisé, il y avait eu des soucis ou pas ?

Enquêté : Moi, je n'y connais rien du tout, je ne m'en étais pas occupée, justement, j'avais fait ôter les sondes

Enquêteur : Vous aviez pu, quand même, en profiter pour dire « vous m'enlevez tout ça »!

Enquêté : Oui, voilà, j'ai plutôt fait ôter, moi.

Enquêteur : Au niveau de ce que les patients vous racontaient des urgences qu'ils ressentaient, comme les douleurs pour la sonde, vous avez trouvé que c'était pressant, que c'était embêtant, normal, attendu du patient?

Enquêté : C'est pas normal

Enquêteur : Qu'il souffre comme ça ?

Enquêté : Non, et pour eux, elle aurait dû continuer à souffrir, puisque je n'aurais pas dû ôter la sonde, c'était normal qu'elle souffre

Enquêteur : Un vrai problème de communication, là. Et avec le médecin coordinateur de l'HAD, il y avait eu des soucis ou pas ?

Enquêté : Je sais pas, j'en n'ai pas vu !

Enquêteur : Vous n'en avez pas vu, d'accord.

Enquêté : Pas vu, pas entendu, rien du tout. Enfin, je n'ai pas beaucoup d'expérience. Les gens étaient mécontents, je peux vous le dire, ils en avaient marre ; ceux d'Y, ils ne comprenaient pas, parce qu'il y avait des gens qui arrivaient chez eux, ils ne savaient pas à quoi ils servaient, qu'est-ce qu'ils venaient faire, il y avait tout le temps quelqu'un chez eux, on ne leur avait pas demandé leur avis, on les avait forcé à accepter ça, et eux, ils étaient contre. Et après, j'ai arrêté ça, on lui a ôté sa sonde, ça allait mieux, quoi. Bon, après, elle est décédée d'une hémorragie à l'hôpital qu'ils n'ont pas pu arrêter, elle avait un cancer du côlon, bon, ben voilà. Autrement, elle a mangé quoi, elle était mieux à la maison, après qu'en arrivant.

Enquêteur : D'un point de vue éthique, l'HAD ça pose des problèmes ou pas ?

Enquêté : Éthique ?.. Comment ça ?

Enquêteur : Le fait de partager ses patients avec quelqu'un ou ...

Enquêté : Ah oui oui, il faudrait connaître les gens avec qui on travaille, il faudrait se réunir, mais on a pas le temps, vu notre emploi du temps

Enquêteur : Et au niveau juridique, au niveau des responsabilités qui se retrouvent du coup un peu partagées, est ce que ça vous pose des soucis ?

Enquêté : On ne sait jamais, on n'est jamais sûr de rien...

Enquêteur : D'accord, vous aviez eu une formation pour l'HAD ou pas du tout ?

Enquêté : Non pas du tout.

Enquêteur : Si vous deviez en avoir une, comment vous aimeriez que ça se passe ? Est-ce que vous pensez que vous en auriez besoin ou pas ?

Enquêté : C'est sûr, j'ai besoin de plein de formations. On a pas le temps de lire ce qu'on devrait lire, on n'a pas le temps d'aller aux formations auxquelles on devrait aller.

Enquêteur : Ce ne serait pas prioritaire quoi...

Enquêté : ça change tellement la médecine, qu'on n'aurait pas le temps de travailler tellement il faudrait se former...Donc c'est vraiment un gros problème. Mais c'est sûr qu'il y a plein de choses qui m'intéressent, y'a plein de choses que je voudrais faire, alors ça se fait les jeudis parce qu'ils y a plein de médecins qui travaillent pas les jeudis,

mais moi je travaille les jeudis et les samedis. Le soir je conduis pas de nuit, c'est toujours après 8h de toutes façons, de toutes façons à 8h, je finis mon travail, j'ai même pas le temps de manger, je vais pas redescendre sur Epinal pour finir à minuit, c'est ça mon problème.

Enquêteur : C'est vrai que le lendemain matin, on n'est pas frais !

Enquêté : Si vous voulez, l'homéopathie c'est mieux fait, c'est une fois de temps en temps à Nancy, c'est deux jours, ça commence à 10h le matin, ça finit dans l'après-midi, on mange là-bas, c'est convivial, c'est merveilleux comme formation, on partage, ça c'est bien !

Enquêteur : C'est vrai que ça peut être un mode de formation agréable. Pourquoi, d'après vous, les médecins généralistes ne prescrivent pas plus d'HAD ?

Enquêté : Parce qu'ils ne savent pas comment ça fonctionne, parce que ben ... c'est compliqué, pis on a l'habitude de se débrouiller tout seul.

Enquêteur : D'accord, pas de besoin, l'habitude de travailler tout seul aussi.

Enquêté : Oui.

Enquêteur : Est-ce qu'une mauvaise expérience ça peut jouer éventuellement ?

Enquêté : Oui oui, parce que là, j'en garde un mauvais souvenir, j'ai pas envie que ça recommence.

Enquêteur : Concernant la rémunération, on en a parlé...

Enquêté : Ben oui, je n'ai même pas eu les 90euros pour la deuxième, j'ai rien eu du tout.

Enquêteur : Oui mais c'est peut-être normal, je sais que sur Epinal ils mettent une visite de coordination rémunérée, mais ce n'est pas obligatoire.

Enquêté : Donc sur Nancy, ils ne l'appliquent pas.

Enquêteur : Ils peuvent dire, on fait les papiers et point barre.

Enquêté : On nous prend vraiment pour des chiens quoi...

Enquêteur : Est-ce que vous imaginez éventuellement qu'il puisse y avoir des contre- parties ? Par exemple, s'il y avait un médecin coordinateur sur place, on va dire sur site, sur Epinal, et qu'il prenne les nuits profondes, quelque chose comme ça. Est-ce que vous pensez que ça pourrait aider ou

pas ?

Enquêté : Oui c'est sûr. Moi je suis pour qu'il soit dans le système de garde. Mais c'est sûr qu'on ne peut pas travailler nuit et jour, il faut savoir...

Enquêteur : Au niveau des prescriptions médicamenteuses, est ce que vous pensez que ça pose un souci aux médecins généralistes? C'est-à-dire tout ce qui est morphinique, médicaments qu'on n'a pas forcément l'habitude de prescrire...

Enquêté : Les patchs de Durogésic, moi je sais que j'en ai prescrit, je sais gérer...

Enquêteur : Oui, c'est pas ça le problème. Les formalités administratives, on en a parlé. Le médecin coordinateur, vous avez dit qu'il n'y avait pas eu de soucis particuliers avec lui ...

Enquêté : Non.

Enquêteur : Est-ce que l'évolution de son rôle pourrait être un élément favorisant l'HAD ou pas ?

Enquêté : Ben oui, ça fait un médecin avec qui on pourrait partager...

Enquêteur : ...Le dossier et le travail sur site ?

Enquêté : Oui, c'est ça.

Enquêteur : Les prescriptions pré-remplies, vous en avez déjà eues ou pas ? C'est souvent les prestataires de service qui font ça. Vous dites « Bah voilà, mon patient il a une sonde naso-gastrique » et eux ils listent la sonde, les poches,...

Enquêté : Bah oui c'est bien ça, parce que nous, on ne connaît pas les sondes, c'est bien qu'ils nous disent ce qu'il faut qu'on prescrive.

Enquêteur : Ça, ce serait un élément favorisant !

Enquêté : C'est tout du matériel vraiment spécial. Et c'est bien quand l'infirmière me dit : « j'ai besoin, de ci, de ça », moi j'aime bien. Comme ça, c'est elle qui fait le travail. [Rires]

Enquêteur : En EHPAD, vous n'avez jamais eu de patient en HAD ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : D'accord. Le courrier de sortie de l'HAD, vous en aviez reçu ou pas ?

Enquêté : Y'a une fois, je n'avais même pas eu de courrier ouais, à Y., la deuxième, vraiment je n'avais même pas eu de courrier alors qu'eux, à l'HAD, le médecin coordinateur avait reçu le courrier, mais pas moi. Je n'avais même pas eu le courrier de sortie de ma patiente, c'est les gens qui m'ont dit, à travers les ordonnances, j'ai compris ce qu'il y avait et il a fallu que je réclame une lettre, et je l'ai eue mais longtemps après....Je suis pas la seule dans ce cas-là.

Enquêteur : Et le courrier de sortie d'HAD, vous en aviez eu à chaque fois ?

Enquêté : Alors la... Non de toutes façons, à X. je n'en ai pas eu.

Enquêteur : Est-ce que vous pensez que ça peut être un moyen de créer du lien entre l'HAD et le généraliste ou est-ce que ça n'a pas beaucoup d'importance ?

Enquêté : Non, ça ne va rien changer.

Enquêteur : Alors pour finir, la télémedecine, je ne sais pas si vous voyez ce que c'est...

Enquêté : On en fait tous les jours gratuitement depuis toujours.

[Rires]

Enquêteur : Est-ce que vous pensez que ça peut changer en bien ou en mal les rapports du médecin généraliste avec l'HAD ?

Enquêté : Alors, ça, moi je ne veux pas faire de télémedecine, moins on en fait, mieux c'est hein, parce que par téléphone, par fax, ça prend du temps, c'est toujours pareil, c'est du travail qu'on fait pour rien et puis il faut se méfier, la télémedecine, de toutes façons il faut se méfier parce que les gens, on les a pas vus non plus en, général, c'est dangereux quoi. Et je sais maintenant que chaque fois qu'on a eu un coup de fil comme ça, qu'on a dit quelque chose à quelqu'un, il faut le noter. Par précaution, parce que ça peut être mal interprété, ça pose des problèmes, maintenant je note.

Enquêteur : Ça fait partie des nouvelles recommandations, de tenir systématiquement un dossier, de dire qui a fait quoi, à quelle heure.

Enquêté : Vous vous rendez compte quand même ce qu'on fait, ce n'est pas possible, il faut réfléchir tout le temps à ce qu'on doit faire, ce qu'il faut faire...

Enquêteur :... Aux responsabilités quoi...

Enquêté : Oui.

Enquêteur : Donc, télémedecine et HAD, est-ce que vous pensez que du coup ce serait presque pire s'il y avait la télémedecine.

Enquêté : Ah oui ! Et ça remplace pas les contacts humains, se voir, parler. Et vis-à-vis du patient, c'est encore pire. Allez hop ! Des papiers et voilà...

Enquêteur : C'est vrai que la téléconsultation, c'est particulier...

Enquêté : Je ne suis pas pour, parce que je vois bien par exemple des patients, je pense à une de mes patientes une fois, c'était un soir un weekend end, elle téléphone au SAMU, elle avait mal au ventre. Donc le gars lui dit : « Pas de problème, vous pouvez attendre demain ». Pis alors le lendemain, elle me téléphone, je la prends tout de suite, malheureusement, elle a fait une pancréatite aigüe, nécosante et tout, elle a été 6 mois à l'hôpital, elle est revenue de loin, heureusement que moi ça a pas bavé, elle a été direct et tout...Si elle m'avait vu la veille, elle allait à l'hôpital, et ça aurait peut être limité la nécrose, ça en serait resté à la pancréatite. Et y'en a plein comme ça, plein ! Y'a plein de problèmes, de complications qui sont dus à la télémedecine.

Enquêteur : Avec des patients faussement rassurés quoi...

Enquêté : Une otite, « Y'a pas de problèmes, vous pouvez attendre », ça peut perforer et faire des problèmes d'audition après c'est sûr c'est pas une urgence, vous voyez...On fait des économies là mais au détriment des gens.

Enquêteur : Vous, ce qui pourrait vraiment favoriser votre prescription d'HAD...

Enquêté : Déjà une formation, une formation là-dessus, savoir exactement ce que c'est, j'ai toujours du mal avec les trucs là, pis après avoir des relations avec quelqu'un, voilà et puis pouvoir parler du dossier et tout, pis être rémunérée normalement, parce que à ce moment-là ça prend beaucoup de temps...

Enquêteur : Voilà, nous en avons terminé. Merci de m'avoir reçue. Est-ce que je peux vous recontacter si besoin pour compléter cet entretien ?

Enquêté : oui ; les autres, ils sont comme moi, à peu près ?

Enquêteur : Ce dépend des sujets, mais c'est vraiment la question des rapports avec l'équipe qui ressort à chaque fois, on ne connaît pas, on ne sait pas ce que c'est.

Enquêté : Parce que ça n'existait pas quand je me suis installée. J'ai rien appris là-dessus, je n'ai pas eu de formation. Peut-être qu'il y en a eu des formations, mais, comme je disais, je ne peux pas y aller.

Enquêteur : Très peu, en fait.

Enquêté : Et puis, ce n'est pas souvent qu'on a affaire à l'HAD.

Enquêteur : Oui, mais si c'est amené à se développer, qu'est-ce qu'on fait ?

Enquêté : Comment on va faire ?!

Enquêteur : Est-ce qu'on sera assez disponible pour aller en visite, ou est-ce qu'il faut que le médecin coordinateur s'y colle ?..

Enquêté : Oui, puis après on vous prend un patient.

Enquêteur : Ce serait un peu comme un médecin hospitalier ?

Enquêté : Oui, entre les deux. Alors les gens qui ont un cancer, ils sont bien pris en charge, global et tout, et on les voit plus du tout pendant 6 mois, et après quand ils reviennent, bon on a eu quelques lettres mais ça fait longtemps qu'on l'a pas vu, ils arrivent vraiment quand c'est fini, que l'autre ne peut plus rien faire, nous on sert de...bouche trou... Alors qu'il ne devrait pas prescrire les antihypertenseurs, le diabète que les gens puissent encore revenir, qu'on puisse encore les voir.

Enquêteur : Oui, il y a une rupture de prise en charge quoi...

Enquêté : Oui rupture de prise en charge, c'est ça, j'en ai plusieurs comme ça. On les voit que par épisodes.

Enquêteur : Même si ça commence à changer, j'ai une patiente qui a un cancer du sein, son oncologue ne lui prescrit pas les « à côté », sur le coup, ça m'avait même surprise, je m'étais dit « Il pourrait le faire sur son ordonnance ». Mais finalement, c'est une bonne idée...

Enquêté : ... Parce que sinon on les voit plus du tout. Et cette patiente qui est morte de son cancer du côlon, en fait c'est parce qu'elle ne venait plus, elle avait été opérée à Nancy, elle retournait à Nancy, toujours pour avoir ses médicaments, et pis en fait, bah elle était fatiguée, elle était pâle, elle avait une anémie très grave, c'était son cancer qui avait saigné, mais l'autre il n'a pas vu. Si elle était venue me voir, j'avais les dépistages du cancer du côlon, elle ne serait peut-être pas morte de ça. Parce que nous, on est généralistes, et les gens se disent « Comme ça j'ai pas

besoin d'aller voir mon généraliste » alors elle avait plus de contrôle, rien du tout, mais elle pensait qu'elle était bien soignée, parce qu'elle avait, pour elle, que sa maladie de Parkinson. Ils ne me l'ont pas renvoyée, ils l'ont gardée pendant deux ans et quand elle est revenue, eh bah voilà elle était en phase terminale de son cancer du côlon, et eux là-bas, ils n'ont pas vu qu'elle était pâle.

Enquêteur : En même temps, quand on voit les gens tous les 6 mois, c'est pas évident, faut prendre le temps...

Enquêté : Déjà tous les 3 mois, il y a déjà beaucoup de choses, on ne peut pas faire en une fois, c'est tout le problème de la profession, tout le monde doit dire un peu comme moi non ?

Enquêteur : Ça dépend.

Enquêté : Moi j'en ai vraiment marre de travailler comme ça, alors j'ai des projets, moi je dois travailler encore trois ans, et puis je compte prendre ma retraite, je ne sais pas combien j'aurai, je n'aurai pas grand-chose, 2400 euros je crois, et puis je travaillerai encore, je m'installerai chez moi, je me déconventionnerai, je ne ferai que micro kiné et homéopathie. La micro kiné c'est bien pour les douleurs, quand on est en échec avec la médecine traditionnelle. On est souvent soumis à l'échec, et les gens attendent tellement de nous... Il y a une démesure entre ce que les gens attendent et ce que nous on peut pour eux.

Enquêteur : C'est vrai, il y a un déficit de l'éducation à la santé...Alors c'est difficile pour les patients qui se retrouvent en HAD de bien comprendre les enjeux thérapeutiques. Vous souhaitez que je vous fasse parvenir les résultats de l'étude ?

Enquêté : Oui.

ENTRETIEN 2

Enquêteur : Comme je vous l'ai dit hier au téléphone, le but de ma thèse est de favoriser l'accès des populations à l'HAD, grâce aux médecins généralistes. Vous avez été choisie, parce que vous n'avez pas prescrit d'HAD et vous n'avez pas été partenaire d'une HAD ; Si vous êtes d'accord, l'entretien sera enregistré et restera confidentiel et anonyme, vos coordonnées ne seront pas enregistrées, et je ne vous appellerai pas par votre nom toute la durée de l'interview. Je suis indépendante de l'HAD d'Epinal, n'hésitez pas à me faire pas de vos remarques négatives.

Pour commencer, on va parler de votre parcours, vous m'avez dit que vous étiez installée depuis un mois, c'est ça ?

Enquêté : Voilà, même un petit peu moins, depuis le 7 novembre [entretien réalisé le 22/11]!

Enquêteur : Donc vous êtes installée en maison de santé pluridisciplinaire ; y a-t-il d'autres médecins ?

Enquêté : Voilà, il y a 2 autres médecins qui sont déjà installés, et j'ai fini mon internat par un stage de 6 mois chez l'un de ces 2 médecins.

Enquêteur : D'accord, ce qui explique votre installation ici... alors en nombre de consultations hebdomadaires, pour l'instant, c'est calme...

Enquêté : Oui, c'est calme, je tourne autour de 5 consultations par jour, parce que je m'installe sans remplacer de médecins, mais on est dans une zone qui est désignée comme déficitaire par l'ARS, donc, c'est déjà pas mal on va dire pour un début, et il y a des médecins qui partiront en retraite dans les années à venir, donc, ça va s'étoffer.

Enquêteur : Oui, les visites, vous en faites beaucoup, ou pas ?

Enquêté : Non, des visites, j'en fais pas, sans doute parce que les patients à visiter sont des gens âgés qui ont déjà leur médecin, mais je suis pas opposée à en faire, c'est juste que...

Enquêteur : Oui, pour l'instant, vous n'avez pas...Les gardes, vous en faites beaucoup ou pas?

Enquêté : Les gardes, c'est un petit peu compliqué, sur le secteur de X, j'ai repris les gardes d'un médecin qui souhaitait arrêter. A ma connaissance, il y a 8 médecins qui tournent sur les créneaux de garde, donc théoriquement, ça fait une garde tous les 8 jours, mais lui, il en avait déjà un petit peu moins

Enquêteur : ça fait une garde tous les 10 jours

Enquêté : En dehors de ça, je participe aux gardes de nuit profonde, de minuit à 8h, sur le grand secteur de Y qui réunit 3 secteurs.

Enquêteur : La permanence des soins, comment est-elle organisée ici ?

Enquêté : En journée, il y a vraiment très peu de garde, puisque les gens sont envoyés vers leur médecin habituel, ou s'il ne travaille pas ce jour-là, les gens passent souvent chez un autre médecin, peut-être un peu préférentiellement vers ceux qui sont en maison de santé. Et donc après, la garde de huit heures à minuit, elle est faite par un médecin local, et de

minuit à 8h, je ne sais plus, ça change tous les 2 mois ici, je crois que c'est rattaché au grand secteur d'Epinal, mais je n'en suis pas sûr, parce qu'à la base, c'est ce qui devait être fait; mais les médecins d'ici n'étaient pas tout à fait d'accord, ils voulaient le faire eux même; il y a un moment où la nuit profonde a été carrément supprimée, mais à terme, normalement, c'est les médecins de X qui vont reprendre la nuit profonde

Enquêteur : Apparemment, c'est assez dantesque, les nuits profondes, avec le grand secteur d'Epinal...

Enquêté : Oui, oui !

Enquêteur : Et entre 18-19h, je ne sais pas à quelle heure vous terminez, et...

Enquêté : Je reste jusque 19h, comme je suis en train de faire ma patientèle, je reste, voilà...

Enquêteur : Est-ce que vous avez une activité parallèle, de coordination, de PMI...

Enquêté : Non

Enquêteur : Pas d'exercice particulier, acupuncture, homéopathie...

Enquêté : non

Enquêteur : Qu'est-ce que vous attendez comme bénéfices de votre profession ?

Enquêté : Oh, c'est compliqué, ça ! Principalement, de venir en aide aux gens. C'est ce qui m'a motivé à venir en zone déficitaire, il y a plus de besoins qu'en ville. Au sens large, venir en aide aux gens.

Enquêteur : D'accord. Pas de fonction annexe, électorale, représentative?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Votre expérience en HAD? On a dit qu'il n'y en avait pas pour l'instant ; est-ce que vous en aviez vue quand vous étiez interne des HAD ?

Enquêté : j'ai vu une patiente quand j'accompagnais le Dr A, lors de mon dernier stage et il me semble bien qu'elle était en HAD, plus ou moins équipe mobile de soins palliatifs ; j'ai vu un autre patient quand j'ai fait un bref remplacement d'un médecin ici, et j'ai vu un patient qui était en HAD, dans une situation palliative,...et je me suis retrouvée au moment où, l'HAD n'a pas pu être maintenue; il a fallu le ré hospitaliser! C'est ma seule expérience, mais

c'était une expérience intéressante! C'était un patient qui était quand même assez en difficulté, la fille qui était présente, qui était en HAD, que j'ai découvert le premier jour de mon remplacement, avec tout un dossier, etc., l'information pas forcément très simple à retrouver, et on a discuté ; il avait une fille qui n'était pas dans le domaine de la santé, mais qui était bien présente et qui comprenaient bien les enjeux des traitements, et la situation palliative. On a discuté avec le patient et avec sa fille, ensemble et séparément ; manifestement, tout le monde était partant pour qu'il reste à domicile ; donc, il était fragile quand moi je l'ai connu, tout le monde était partant pour qu'il reste à domicile, et en fait, le lendemain ou le surlendemain, j'ai appris qu'il avait été hospitalisé dans la nuit parce qu'il avait présenté des symptômes pénibles, je ne me souviens plus précisément ce que c'était, pas des vomissements, ça devait être des troubles neurologiques, il était perdu, il y avait un problème d'incontinence, et en fait, ça a mis la fille en souffrance, de façon je pense tout à fait légitime, et donc on l'a mis en hospitalisation à l'hôpital local.

Enquêteur : Donc sur épuisement familial?

Enquêté : Voilà ; et je suis pas sûr que l'HAD aurait pu être maintenue : il n'y avait qu'une fille entre guillemets, il n'y avait pas d'épouse, les autres enfants, il n'y en avait pas, ou ils étaient plus loin, et du coup, la fille, elle était tout le temps sollicitée, c'était à la limite, et il y a un moment où ça n'a plus tenu.

Enquêteur : Oui, c'était tendu. D'un point de vue personnel, les fondements de l'HAD, c'est quelque chose qui vous parle, auxquels vous adhérez ?

Enquêté : Alors, moi, je suis extrêmement favorable à l'HAD! Je trouve que c'est très bien, alors, j'ai peut-être le tort de limiter l'HAD aux situations palliatives, mais c'est vrai, qu'HAD, ça me fait tout de suite penser au souhait de mourir à domicile. Je pense que beaucoup de gens veulent mourir à la maison, et il y a beaucoup de pathologies d'évolution relativement lente où on peut essayer de laisser les gens chez eux...

Enquêteur : Oui

Enquêté : Oui, j'y suis favorable, j'y suis sensible.

Enquêteur : Les soins palliatifs, c'est une grosse activité en HAD

Enquêté : J'ai oublié de vous préciser, je fais un DU de soins palliatifs, je prépare en ce moment un DU de soins palliatifs à Nancy.

Enquêteur : Ce qui explique un peu votre sensibilité pour le

sujet ! Concernant l'image de marque d'Epinal, vous en avez entendu parler ?

Enquêté : Non, j'en ai eu vent un peu pendant mes cours, mais...

Enquêteur : Vous n'aviez pas d'a priori particulier ?

Enquêté : Non, je n'ai pas entendu de choses négatives...

Enquêteur : D'accord ; d'un point de vue relationnel, on a parlé avec cette fille avec laquelle c'était un peu tendu puisqu'elle était sur-sollicitée ; il n'y avait pas eu de soucis particulier avec l'équipe de l'HAD ? Vous n'avez pas été témoin de choses comme ça ?

Enquêté : Au niveau du fonctionnement, c'était satisfaisant. Il y avait un classeur, on communiquait, c'était rempli, les choses que j'ai eu un petit peu plus de mal à trouver, c'était par rapport au dossier du médecin que je remplaçais, donc ce n'était pas une remise en question de l'HAD... Non, ça fonctionnait bien! Si ça c'est terminé par une hospitalisation, je pense que c'était à cause de la situation, c'était la faute de personne, ce n'était pas un problème de fonctionnement.

Enquêteur : Ce serait les limites de l'HAD, la présence de l'entourage au domicile?

Enquêté : Ouais, ouais.

Enquêteur : D'un point de vue technique, vous n'avez pas eu de soucis particuliers, vous n'avez pas été en difficultés avec une pompe...

Enquêté : Non, alors, je suis désolé, je n'ai plus trop la situation en tête, c'était il y a 7-8 mois...

Enquêteur : Pas de problème!

Enquêté : Il y avait une pompe dans mes souvenirs, et ça fonctionnait bien, là aussi, la fille avait bien compris le fonctionnement.

Enquêteur : Ah, c'est bien

Enquêté : Ce n'était pas problématique finalement!

Enquêteur : Vous n'avez pas été dérangé par une urgence particulière, soit réelle, soit ressentie, d'un patient qui vous appelait toutes les ...

Enquêté : Non, il y avait une ambiance de difficultés, qui m'a amené à voir le patient, je ne sais plus, mais sur la semaine, j'ai dû le voir 2-3 fois à domicile, et après 2-3 fois

à l'hôpital, tout ça sur une dizaine de jours. C'était un patient fragile, donc, il y avait beaucoup de demandes. Là, du coup, c'est peut-être ce qui peut mettre en difficulté par rapport à l'HAD, un médecin qui a plus d'expérience...c'est que si j'avais eu un emploi du temps de fou, ça aurait été compliqué, parce que moi quand j'étais remplaçant, j'avais moins d'activités que le médecin habituel, donc 4 visites dans la semaine, chez le même patient, je pouvais me le permettre; mais un médecin qui a déjà toute sa patientèle, surtout à X, les médecins ont beaucoup de travail, ça aurait été compliqué...

Enquêteur : c'est une autre limite de l'HAD, effectivement. D'un point de vue éthique, pas de problème particulier avec l'HAD ?

Enquêté : Non, non.

Enquêteur : Et d'un point de vue juridique, au niveau des responsabilités ?

Enquêté : Je pense que sur le plan strictement juridique, ça me pose pas de soucis; je pense que, peut-être, ça peut être parfois pas très simple, parce que le patient revient souvent, de l'hôpital; et il est remis en HAD à domicile et en fait, la responsabilité de la prise en charge passe d'une équipe hospitalière à des intervenants à domicile. Il y a une équipe d'HAD qui a l'air assez bien coordonnée et qui fonctionne etc... et un médecin traitant qui n'a plus travaillé en équipe, depuis fort longtemps, il a 60 ans, il ne sait plus, il ne sait pas trop ce qu'on peut ou pas demander à l'HAD ; donc ça, c'est la jonction entre l'équipe d'HAD et le médecin traitant, qui peut être difficile. J'ai pas spécialement l'expérience de ça, mais, c'est quelque chose que j'ai un peu entendu dans ma formation: parfois le médecin traitant se sent un peu obligé de gérer une situation qui lui paraît pas simple à gérer, parfois il a l'impression que ce n'est plus lui qui prend les décisions, parce que, entre le médecin coordinateur, l'équipe mobile de soins palliatifs, et les spécialistes, tout est déjà un peu géré, il n'y a plus trop besoin de lui...

Enquêteur : C'est souvent ce qui est rapporté, avec un rôle du médecin généraliste qui se résume des fois à refaire une ordo d'antihypertenseurs

Enquêté : Ouais, voilà...

Enquêteur : Alors que la tension, c'est pas tellement le problème du moment?

Enquêté : Ben oui! Mais de toute façon, les HAD s'adressent en partie à des situations qui ne sont pas simples!

Enquêteur : Vous aviez eu une formation ou pas à l'HAD, au cours de votre cursus universitaire?

Enquêté : Euh... j'essaie de réfléchir, là ce ne me revient pas. Quand j'ai choisi de faire un diplôme universitaire, là cette année, je me suis renseigné à plusieurs endroits, notamment au D.U. HAD qui a été annulé cette année par ce qu'il y avait trop peu de participants. Dans la formation de base, il y a des moments où c'est abordé, mais abordé dans le détail, franchement, non! C'est pendant les stages hospitaliers qu'on voit, le jour où on essaie de renvoyer un patient en HAD, qu'on téléphone, qu'on voit... dans mon parcours, ça a été ça. L'assistante sociale et les médecins du service qui m'ont dit, l'HAD ça fonctionne comme ça...

Enquêteur : Et vous auriez aimé en avoir une de formation ? Vous pensez en avoir besoin ou pas ?

Enquêté : Euh... je ne sais pas... ce qui peut compliquer les choses, c'est que les médecins, ils font tous leurs études à Nancy, ensuite ils partent, pas forcément en Lorraine; ils vont partir dans différents secteurs qui ont des HAD différentes, je pense que les choses qui sont importantes à savoir avec l'HAD, c'est des questions très pratico-pratiques d'organisation, donc à mon avis, il faut voir avec l'HAD de son secteur, une fois qu'on est installé.

Enquêteur : D'accord!

Enquêté : Donc une formation, pourquoi pas... ou alors, la première fois qu'on a un patient en HAD, s'accorder un temps pour en parler, mais le temps, c'est toujours le problème pour les médecins. Sur le papier, c'est vrai que ce serait bien de se donner le temps d'en parler, mais en réalité, c'est vrai que ça va être compliqué pour tout le monde!

Enquêteur : C'est vrai, alors après, est-ce qu'on organise une formation en soirée? Est-ce que la soirée, c'est compliqué ? J'en parlais avec une généraliste de presque 60ans, qui me disait« le soir, moi, non, le lendemain, je tiens pas »

Enquêté : Je crois que c'est très compliqué, voire illusoire de réunir des intervenants d'HAD et des médecins traitants, c'est trop compliqué! A mon avis, il faut faire, soit une plaquette qui résume les modalités, mais quelque chose qui soit très pratique : l'HAD peut être mise en place dans telles conditions... Je sais que ça peut être un peu les règles de base: voilà il faut qu'il y ait de l'entourage, etc., etc., euh, rappeler que ça correspond à une vraie hospitalisation, et puis des choses d'ordre technique, combien de fois on peut passer par jour, est-ce qu'on peut compléter avec l'équipe mobile, le SSIAD, voilà.

Enquêteur : Oui

Enquêté : Oui, alors, soit une plaquette, soit, l'autre possibilité, c'est « sur le tas », le jour où on a un patient, le médecin prend son téléphone, et demande « Mais moi, est-

ce que je peux demander ça en HAD ? Est-ce qu'ils peuvent faire un passage supplémentaire ? Est-ce qu'on peut faire comme ci, comme ça».

Enquêteur : D'accord, oui!

Enquêté : Situation par situation, ça me paraît aussi tout à fait défendable; comme ça, on voit ce qui peut être fait précisément pour le patient qui est en face.

Enquêteur : Si c'est vrai qu'au moment de mettre en place une HAD, s'il faut encore appeler pour se renseigner, ça risque d'être compliqué ; mais bon, il n'y a pas de solution parfaite. Pourquoi d'après vous, les généralistes ne prescrivent pas plus d'HAD ?

Enquêté : Je le sais pas bien ; je pense que globalement, d'une façon générale, ça leur complique la vie, c'est-à-dire, qu'il y a tout un tas de choses, de questions à régler. Sur le plan malheureusement financier, eux, ils sont moins gagnants que sur une simple visite à domicile de la mamy hypertendue à qui il faut renouveler sa surveillance et son traitement; donc il doit y avoir des critères financiers. Et les médecins généralistes sont peut-être des gens qui aiment fonctionner de façon autonome et indépendante, et après plusieurs années à fonctionner comme ça toute la journée, revenir à un travail d'équipe, c'est quelque chose qui n'est pas simple.

Enquêteur : Au niveau des formalités administratives, je ne sais pas si vous aviez eu à vous en occuper ou pas ?

Enquêté : Non, parce que l'HAD était déjà en place, mais à ma connaissance – là aussi j'ai très peu d'expérience – beaucoup de choses sont faites par l'hôpital et l'équipe d'HAD!

Enquêteur : Voilà!

Enquêté : Je ne sais pas si les médecins traitants ont tant à faire que ça?

Enquêteur : Le problème, c'est si le médecin généraliste décide, lui-même, de prescrire l'HAD...

Enquêté : Ah, oui! Oui, tout à fait! En plus, je pense que c'est plus spécifiquement ce qui vous intéresse.

Enquêteur : Oui!

Enquêté : Euh...c'est peut-être un peu compliqué effectivement sur le plan administratif, sur le plan médical... peut être aussi que c'est plus rare parce que on arrive à l'HAD en général sur des situations un peu complexes, et peut-être que c'est bien de commencer par une

hospitalisation conventionnelle pour mettre un peu les choses à plat. Souvent, il peut y avoir des examens qui s'imposent, prendre l'avis d'un spécialiste et ensuite renvoyer le patient chez lui.

Enquêteur : C'est une des conditions pour faire une HAD, il faut avoir un diagnostic?

Enquêté : Ouais, ouais. Mais on pourrait imaginer hypothétiquement que le médecin, il a son patient, qu'il connaît, il connaît la maladie et au bout d'un moment ça va être compliqué, on passe en HAD. Euh oui, c'est une possibilité, mais sans doute qu'à un moment, comme ça où on sera arrivé au bout des ressources, quand le patient est encore à domicile, euh à mon avis, il y aura souvent besoin de faire une petite étape hospitalière, pour mettre un peu les choses à plat.

Enquêteur : C'est un peu ce qui était envisagé, avec un passage aux urgences et ensuite, directement retour à domicile.

Enquêté : Alors, le passage aux urgences, c'est bien malheureux pour les patients, pour les urgences, pour tout le monde hein? C'est malheureux à dire, y'a peut-être aussi la question de l'accès à l'assistante sociale, on sait que les démarches, voilà, le patient il est à domicile, il s'en sort plus, il a une pathologie, assez sévère etc., il est en perte d'autonomie, il a besoin de soins, qui étaient gérés par un infirmier à domicile, le jour où on va dire, « Bon là on n'y arrive plus, il va falloir trouver une autre solution », par exemple une HAD, on sait que les assistantes sociales vont étudier la situation et mettre beaucoup de choses en place; ça c'est vrai que pour le côté administratif et social, l'hospitalisation, ça permet de faire beaucoup de choses au mieux.

Enquêteur : Maintenant, il commence à y avoir des assistantes sociales qui commencent à faire partie des équipes d'HAD.

Enquêté : A mon avis, c'est tout à fait souhaitable.

Enquêteur : Oui, ça va se développer a priori. Si on imagine que l'HAD se développe, qu'est-ce que vous pensez du rôle du médecin coordinateur ? Est-ce qu'il serait nécessaire de le faire évoluer, ou est-ce qu'il reste à sa place de médecin coordinateur, qu'est-ce que vous en pensez ?

Enquêté : Euh, il me semble que c'est au cas par cas, vu que les médecins ont des profils différents; euh, ils vont avoir, selon la pathologie du patient, selon la proximité du médecin avec son patient, selon l'intérêt qu'a le médecin pour l'HAD, selon ses capacités à travailler en équipe, selon sa connaissance du fonctionnement de l'HAD, selon tout un tas

d'« ingrédients ». Euh le médecin généraliste va être plus ou moins présent, le médecin co va être plus ou moins présent, c'est un peu le ressenti que j'ai. Des échos qui me sont revenus quoi! Et je pense que c'est difficile de mettre une règle, parce que j'ai l'impression que, des fois, les médecins co font beaucoup de choses et arrivent même à prescrire des traitements habituels pour dépanner; ce qui normalement ne devrait pas trop être leur rôle! Mais voilà, y'a des moments où le généraliste est un peu évanescent, donc voilà il va falloir... Mais peut-être dans d'autres situations, le médecin généraliste sera très motivé; ce sera bien et le médecin co pourra être nettement en retrait. Donc je dirais pas qu'il faut que ça prenne telle ou telle direction, je dirais que malheureusement, ils ont le rôle difficile d'accepter d'avoir un rôle variable.

Enquêteur : Bah c'est un peu ça hein... [Rires] Euh... est-ce que pour vous, ce serait possible que le médecin coordinateur aille en visite, parce que y'a trop de boulot et ...

Enquêté : Ben si, si ça dépanne, si... c'est compliqué, parce que, s'il commence à se déplacer, ça risque d'ouvrir la porte à ce que le médecin généraliste dise : « Bah non, moi j'ai déjà trop de visites, trop de travail, c'est le médecin co qui se déplacera ».

Enquêteur : Et pourquoi pas finalement ?

Enquêté : Alors, euh, c'est vrai pourquoi pas? Au final on pourrait adapter la situation à ce que veut le médecin ou le patient etc.... Si le médecin, il est surchargé de travail, qu'il a peut-être pas un investissement sentimental pour son patient, que le patient il est partant, pourquoi pas gérer la situation avec un médecin co qui se déplace.

Enquêteur : Les infirmières coordinatrices, je ne sais pas si vous savez ce qu'elles font...

Enquêté : Pas bien, je pense que c'est celles qu'on a au téléphone quand on appelle...

Enquêteur : Tout à fait! Elles ont un rôle vraiment de coordination, c'est à dire qu'elles vont gérer vraiment les entrées, elles vont aller voir les patients pour mettre en route l'hospitalisation, elles passent après régulièrement pour gérer le matériel, voir si tout se passe bien: voilà, où en est la famille? Elles essayent de trouver le temps, alors je sais bien qu'elles essayent de trouver un temps pour discuter, pour voir comment ça va, si ça reste gérable. Si l'HAD est amenée à évoluer, est ce que ce serait bon d'après vous, qu'elles soient plus soignantes ou d'après vous, c'est mieux qu'elles restent simplement coordinatrices ?

Enquêté : Euh, j'ai... j'ai pas assez d'expérience je pense

pour me positionner par rapport à ça.

Enquêteur : Euh, les prescriptions pré-remplies, qu'est-ce que vous en pensez ? Vous avez déjà eu affaire à ça ?

Enquêté : Euh, y'a des moments où c'est bien! J'ai côtoyé ça pour de l'insuline, euh, c'est bien, c'est vrai qu'on sait pas... J'y suis plutôt favorable, parce que pour le matériel... J'ai eu beaucoup de fois le cas du... on rappelle parce qu'il manque du matériel de perfusion, parce qu'en fait, l'interne ou quoi, ou même le médecin généraliste ne savait pas qu'il fallait prescrire, donc oui, plutôt favorable à des choses pré-remplies.

Enquêteur : Vous n'aviez pas vu de patient en HAD en EHPAD ?

Enquêté : Là, ça remonte encore à un peu plus loin, j'en ai renvoyé quand j'étais hospitalier, en EHPAD, et après une fois qu'ils étaient partis, je sais pas ce qu'ils sont devenus.

Enquêteur : Avec un début d'hospitalisation qui s'était passé sans problème, la famille ne s'était pas opposée ?

Enquêté : Euh, je me rappelle plus bien... Je suis désolé.

Enquêteur : Il n'y a pas de problème. Les courriers de sortie d'HAD, vous en aviez vu ou pas ? Peut-être pas vu passer, comme vous remplacez...

Enquêté : Je n'en ai jamais vu.

Enquêteur : Pour finir, une petite question sur la télémédecine. Est-ce que vous pensez que ça peut changer en bien ou en mal, les rapports de l'HAD avec les médecins généralistes ? Et des généralistes avec l'HAD ?

Enquêté : Alors, la télémédecine en général, j'y suis assez favorable, comme une solution de secours; je pense que la technologie nous le permet bien! Ça restera toujours inférieur à une consultation en face à face, quand la possibilité existe, mais vu la réalité actuelle de l'organisation du système, y'a des spécialistes qui sont assez précieux, euh la télémédecine, ça peut être intéressant. Alors, quand vous parlez de l'intérêt de la télémédecine pour l'HAD, vous voulez dire par exemple, vous pensez au fait que le médecin généraliste ou le médecin coordinateur puisse ponctuellement voir comment va le patient, ou ce genre de choses ?

Enquêteur : Alors, il y a plusieurs facettes, oui, ça peut en être une partie, ça peut être aussi de la télé expertise, avec le patient qu'on trouve d'un coup pas bien, on se dit : « Bah tiens, on va rappeler le spécialiste » et éventuellement avec une caméra dire « Qu'est-ce que tu penses de la plaie là ? »,

et ça peut être plus simplement et plus couramment, une télésurveillance avec l'infirmière qui trouve le tracé ou le poids du jour, comme ça commence à se faire par exemple pour l'insuffisance rénale.

Enquêté : Oui, oui, oui! Alors, gérer des situations un peu d'urgence, ou de semi urgence, par télémedecine à mon avis, ça va être compliqué. Ça va être compliqué parce que soit l'urgence est, on va dire, assez réelle et dans ce cas-là, on aime quand même assez bien qu'il y ait un médecin sur place, soit l'urgence elle est, euh ressentie, il y a de l'angoisse etc... dans des situations difficiles et dans ce cas-là être face à l'écran avec le médecin qui dit euh « ne vous inquiétez pas », je pense ça va pas, ça va pas vraiment aider. Donc, dans les situations, dans les situations de mise en difficulté on va dire, je suis pas sûr que ça soit trop la solution. Par contre pour ce qui est de la surveillance du poids, de, de, de l'ECG ou quoi je pense que c'est vraiment un très bon outil quoi, hein. Euh c'est, c'est un très bon outil, euh, technique de traçabilité etc... euh il faut pas oublier que ce qui est difficile peut-être avec l'HAD par rapport avec l'hospitalisation conventionnelle, c'est le côté euh, se sentir seul chez soi, euh sentir que quand on a besoin, bon ben, on va appeler sa fille ou voilà quelqu'un qui est dans l'entourage mais pas un professionnel de santé! Et pour ça l'hospitalisation classique à l'hôpital est rassurante, on sait qu'à n'importe quelle heure il y aura quelqu'un quoi. Euh, donc, il faut pas que la télémedecine diminue euh, excessivement le temps de présence, parce que le temps de présence il est nécessaire quoi et euh, c'est déjà le fait qu'en hospitalisation à domicile il y ait moins de temps de présence de soignants, c'est déjà quelque chose qui fait un petit peu hésiter parfois à mettre en hospitalisation à domicile.

Enquêtant : Tout à fait, même si apparemment c'est quand même, c'est à peu près 2 patients sur 10 - je lisais ça sur un truc du CREDES- qui rapporte spontanément, on va dire, la crainte d'être seul à domicile.

Enquêté : Ouais euh, alors le fait de le témoigner, c'est une chose, mais euh, euh on s'en rend compte, surtout quand il y a des symptômes gênants. Quand il y a des symptômes euh, comme la douleur et pis je pense donc encore une fois aux situations palliatives, dès qu'il y a les symptômes gênants, euh c'est difficile à gérer à la maison en l'absence d'un soignant. Parce qu'un soignant, euh, des gens qui vomissent, des gens qui, des gens qui toussent, des gens qui sont dyspnéiques, il a vu, on peut espérer qu'il ait vu ça des dizaines et des centaines de fois et donc il va aborder ça euh avec une certaine confiance, une certaine connaissance et va, rassurer les gens quoi! C'est ce qui se passe dans les hospitalisations, enfin à l'hôpital. Euh quand la famille voit quelqu'un qui présente ce genre de symptômes gênants à

domicile, c'est souvent la première fois et la personne se sent démunie, démunie et, et donc ça peut mettre en difficulté quoi. Il me semble.

Enquêteur : Et, et il y a toute la facette du dossier médical informatisé avec la télémedecine, ça, qu'est-ce que vous en pensez, vous pensez que c'est gérable ?

Enquêté : Moi je suis toujours très favorable aux nouvelles technologies etc... je pense que c'est compliqué de..., pour les médecins plus anciens euh de se mettre aux nouvelles technologies, c'est compliqué! Euh si on fait un dossier informatisé, il faut qu'il soit sur un support, donc après peut-être qu'il faut un ordinateur portable ou des choses comme ça. Ça peut être un peu, un peu compliqué! Finalement le classeur à la maison, euh ça fonctionne assez bien, j'ai, j'ai, il me semble quoi! Euh ça fonctionne assez bien, il n'y a pas énormément de situations où ça va être problématique, finalement les gens ont le classeur dans le placard et pis enfin on va, on va le chercher et, donc je suis pas opposé aux nouvelles technologies mais j pense que... j pense que finalement on a du mal à y mettre les médecins. Et puis le problème ou la crainte avec les nouvelles technologies, c'est toujours : qu'est-ce qui se passe le jour où ça marche pas? Qu'est-ce qui se passe le jour où l'ordinateur est en panne ou il n'y a plus accès à internet etc... on n'arrive plus rien à faire, donc ça met énormément les médecins en difficulté surtout les vieux médecins! Alors que bon ben, voilà, le classeur, on va dire normalement, il ne bouge pas de son tiroir et pis voilà. Avec tous les défauts aussi que ça a, c'est à dire que le classeur, et ben le médecin co, il y a pas accès. Si on l'appelle le soir en disant euh, le patient il tousse et puis le médecin lui a mis un médicament ou quoi, euh, le médecin coordinateur, ça serait bien pratique, effectivement s'il pouvait avoir accès directement au dossier depuis, euh, depuis son bureau.

Enquêteur : C'est vrai que toutes les situations où il y a un dossier informatisé qui est prévu, euh, tous les projets doivent avoir une solution dégradée; donc après les doublons ou pas, on imprime le dossier informatisé! Enfin qu'est-ce qu'on gagne, c'est tout le problème de la télémedecine quoi.

Enquêté : Mais euh, des technologies en général c'est toujours ça! Dès que c'est fait par ordinateur c'est super parce qu'on y accède partout, c'est pratique, c'est bien enregistré etc., etc. Mais quand il y a, quand il y a un blocage on, on se retrouve à ne plus avoir accès du tout du tout quoi.

Enquêteur : Hum, oui! Bon ben voilà on a fini. Euh, éventuellement s'il y a besoin par rapport aux réponses des autres médecins, je peux être amenée à vous rappeler pour

compléter un petit peu mais ça a l'air d'être à peu près complet quand même. Est-ce que vous voulez que je vous fasse parvenir les résultats de la thèse ?

Enquêté : Et ben je veux bien, par voie informatique.

Complément par email Médecin 2

Suite aux entretiens que j'ai réalisés après le vôtre, 2 questions se sont ajoutées au guide d'entretien :

-Votre vision de l'HAD : est-ce toujours du 2e recours?

Non

-Cela peut-il être du 1er recours, prescrit par vos soins?

Oui, en cas de demande du patient et de sa famille, de pathologie de durée intermédiaire entre aigue et chronique, pathologie de sévérité intermédiaire (par exemple pyélonéphrites, infection chronique...), ou encore pour les soins un tout petit peu trop "lourds" pour une IDE à domicile et trop "légers" pour l'hôpital.

Encore une fois très majoritairement des situations de soins palliatifs dans mon expérience.

-Que représente l'HAD pour vous? Une solution économique? Suffisante?...

C'est une solution alternative très intéressante. Pas toujours suffisante, parfois l'équipe mobile de soins palliatifs doit s'y associer.

- Comment considérez-vous les moyens à votre disposition pour soigner vos patients, dans les Vosges? Ressentez-vous des carences?

Je n'ai pas assez d'expérience pour répondre. J'ai entendu dire qu'il existait une espèce de concurrence avec les prestataires de service qui font aussi du très bon travail à domicile avec en particulier un bon suivi et une bonne disponibilité. Mais mon expérience professionnelle est limitée.

ENTRETIEN 3 :

Enquêteur : on en parlait hier, vous me disiez que vous étiez pas favorable tellement à ça...

Enquêté : Favorable, c'est pas le problème! De toute façon, c'est pas moi qui met ça en route, donc c'est sur proposition de l'hôpital, c'est sur proposition de tout ça...

Enquêteur : Ouais, oui, oui

Enquêté : En fonction des besoins?

Enquêteur : Oui! Alors après, le médecin généraliste est

censé pouvoir la prescrire aussi, l'hospitalisation à domicile, voilà, c'est, pour avoir votre sentiment là-dessus. Alors, euh donc vous exercez tout seul ici ?

Enquêté : Hum....

Enquêteur : Toujours sans rendez-vous ?

Enquêté : Hum...

Enquêteur : D'accord, vous faites beaucoup de visites ou pas ?

Enquêté : Si!

Enquêteur : Ouais, peut-être trois/quatre par jour, au moins ?

Enquêté : Ouais

Enquêteur : D'accord. Euh, vous n'êtes pas informatisé, d'accord. Vous diriez que vous êtes débordé ou que ça va ?

Enquêté : Euh...

Enquêteur : Vous diriez que vous avez le temps, que vous êtes débordé ou non?

Enquêté : ça va!

Enquêteur : D'accord!

Enquêté : J'arrive à gérer...

Enquêteur : D'accord, euh c'est la seule fonction que vous avez, médecin?

Enquêté : Oui!

Enquêteur : Ou êtes-vous représentatif de quelque chose d'autre ? D'une association? Euh d'accord, pas de fonction électorale?

Enquêté : Non!

Enquêteur : D'accord, d'accord... Euh, donc vous avez eu, vous m'avez dit, vous avez eu plusieurs patients, deux c'est ça, le dernier en début d'année, quelque chose comme ça...

Enquêté : Oui enfin, moi personnellement deux, plus le mari d'une patiente, ça fait deux et demi quoi!

Enquêteur : Ouais d'accord, d'accord, d'accord...

Enquêté : En l'absence de son médecin habituel!

Enquêteur : Hum, hum... Des soucis que vous aviez eus

avec l'HAD, vous m'avez dit, trop lourd, niveau euh...

Enquêté : Oui

Enquêteur : Vous m'aviez parlé au téléphone des stocks chez un patient...

Enquêté : Oui, des stocks,...

Enquêteur : Ouais!

Enquêté : Pis, faut toujours être là pour les patients, les familles se sont...

Enquêteur : Ouais

Enquêté : ...se sont un peu rebellées aussi, contre...

Enquêteur : Oui...

Enquêté : l'HAD!

Enquêteur : Alors pourquoi ? Parce qu'il y avait toujours du monde chez eux ? Ou bien?

Enquêté : Bien sûr, parce que, oui, c'est un défilé permanent et pis...

Enquêteur : Oui...

Enquêté : ...Il fallait ci, il fallait ça et puis bon il fallait une pièce pour pouvoir ranger le machin et pis il fallait...

Enquêteur : Oui c'est vrai que l'organisation à domicile c'est pas simple!

Enquêté : Non

Enquêteur : C'est vrai que quand il faut rajouter un lit et tout ça, c'est pas simple....

Enquêté : Ouais!

Enquêteur : Euh... pour vous, le fondement même de l'hospitalisation à domicile, qu'est-ce que vous en pensez ? Vous êtes pour ou finalement, euh, hospitaliser quelqu'un à la maison c'est pas une bonne idée ?

Enquêté : Quand le besoin s'en fait sentir C'est...

Enquêteur : Ouais, vous n'êtes pas opposé là-dessus

Enquêté : Ouais, j'ai rien à dire de ce côté-là!

Enquêteur : D'accord, d'accord! Vous avez dit que la famille était pas trop euh, que ça c'est mal passé avec

l'équipe; vous-même avec l'HAD vous avez eu des soucis avec les aides-soignants, les infirmières, les médecins co ?

Enquêté : Non pas spécialement! Bon il y a une association, c'était Autrement, c'est une association qui est basée en Meurthe et Moselle ; c'était pas mal, il y avait du suivi, chaque fois que le chef ou la chef passait, il y avait un courrier en bonne et due forme, bien détaillé...

Enquêteur : C'est important ce que vous dites, parce que c'est rare...

Enquêté : J'ai retrouvé le nom que je cherchais hier, c'était Mme A. qui s'occupait de ça avant, mais c'est plus ça maintenant...

Enquêteur : Non, maintenant, le responsable d'établissement, c'est Mme B, et je ne crois pas qu'elle est d'ici, je crois qu'elle venait plutôt de Y. où elle était cadre aussi

Enquêté : Elle était cadre ici, Mme A, à l'hôpital!

Enquêteur : D'accord. Il y avait des urgences particulières, avec des gens qui vous disaient « il faut venir tout de suite », soit l'équipe, soit les patients ?

Enquêté : [non de la tête]

Enquêteur : Pas spécialement par rapport à ça. Au niveau des responsabilités, est-ce que ça vous a posé problème de voir comme ça le patient, ou le patient d'un autre comme vous le disiez ?

Enquêté : Bof, non!

Enquêteur : Pas spécialement, au niveau des responsabilités, pas de soucis. Vous aviez, vous, une formation à l'HAD ?

Enquêté : Non

Enquêteur : Et vous pensez que vous en auriez besoin ?

Enquêté : Pas tellement!

Enquêteur : Pas tellement...parce que vous vous dites, l'HAD, bof, ou...

Enquêté : Non, mais enfin, bon ...

Enquêteur : Vous vous débrouillez comme ça ?

Enquêté : Oui, j'arrive à me débrouiller; je faisais de temps en temps intervenir une infirmière à domicile, ils faisaient des prescriptions aussi, quelques changements de traitement, ils m'en avertissaient; c'est déjà ça, donc...j'ai pas eu trop

de difficultés! Je demandais « vous regarderez » un ou deux trucs comme ça, simplement point de vue des dosages... Sachant que c'est des patients que j'ai depuis que je suis installé, je commence à les connaître, un petit peu par cœur !

Enquêteur : C'est peut-être ça aussi le problème, des fois, que quelqu'un vienne mettre son grain de sel pour un patient qu'on connaît bien, on sait qu'il va réagir comme ça, voilà. Ça vous avait pas posé de soucis que le médecin coordinateur prescrive...

Enquêté : [blanc]

Enquêteur : Non, vous aviez été tenus au courant ; alors après, plus particulièrement pour la prescription par les médecins généralistes, pourquoi pensez-vous, est-ce que personne n'en fait ?

Enquêté : [blanc]

Enquêteur : Parce qu'on ne connaît pas ?

Enquêté : Peut-être pas apprécié les besoins réels pour les deux et demi où j'ai été partie prenante, c'est l'hôpital qui a mis tout ça en route ; de moi-même...

Enquêteur : Après, le besoin même, comme vous disiez, avec le réseau Autrement, est-ce que ça peut suffire à pallier... ça peut être une possibilité?

Enquêté : Oui, oui!

Enquêteur : D'accord. La rémunération des visites, vous en avez pensé quoi ?

Enquêté : [blanc]

Enquêteur : Est-ce que vous pensez que ça peut être un obstacle ou pas ?

Enquêté : Euh...non!

Enquêteur : Pour vous, c'est une visite normale?

Enquêté : Oui, ça allait, c'était payé régulièrement, il n'y a pas eu d'impayé, il n'y a pas eu de doublons, il n'y a rien eu du tout.

Enquêteur : D'accord...

Enquêté : Le bon tarif...

Enquêteur : Très bien... Au niveau de l'utilisation de certains médicaments, il n'y avait pas eu de problème, avec les morphiniques, les poches de soluté...

Enquêté : Non, c'est eux qui gèrent, avec leurs infirmières qui font le tour...

Enquêteur : Et qui après vous disent « il nous faut... »

Enquêté : oui!

Enquêteur : Concernant les formalités administratives, vous m'avez dit que c'était lourd, ça ?

Enquêté : OUI. Il y a pas mal d'imprimés à remplir, enfin bon, il y a les contrats, il y a tous les machins là, les papiers. Pour celle qui avait eu une oesophagectomie, ça avait été un classeur avec plein d'intercalaires, des transparents, des papiers comme ci, des papiers comme ça, le suivi des infirmières, le passage du docteur, les frais de déplacement d'un côté, hyper-hyper détaillés ; pour les autres, c'étaient les feuilles d'observation quand on y allait, bon; c'était bien rempli, hein, les infirmières avaient fait leur boulot aussi, quand on sait où on va.

Enquêteur : Oui

Enquêté : Enfin, je ne peux pas trop... c'était bien coordonné, ça il n'y a pas de problème!

Enquêteur : Vous aviez eu des prescriptions pré-remplies ou pas ?

Enquêté : Non, ça me dit rien.

Enquêteur : Et qu'est-ce que vous en pensez de ça ? C'est une bonne chose ou c'est pas à eux de mettre sur une liste ce qu'il vous faut ?

Enquêté : J'aurais tendance à ne pas trop accepter ce genre de prescriptions... [Rires gênés]

Enquêteur : C'est pour ça que je vous en parle, il y a des gens qui disent « ah, ben oui, c'est bien, parce que j'aurais oublié tel détail » et d'autres qui disent « ben, non, je connais mon travail et je peux faire tout ça ». Est-ce que vous pensez que, éventuellement, le médecin coordinateur, il pourrait devenir plus soignant ou est-ce que pour vous, c'est pas une bonne chose, parce que vous connaissez vos patients et vous êtes capables de les voir vous-même ?

Enquêté : Oui!

Enquêteur : ça vous va comme ça?

Enquêté : C'est eux qui s'occuperaient de tout, et moi, je ne m'occupe plus de rien...

Enquêteur : Eventuellement, comme un médecin

hospitalier?

Enquêté : [moue désapprobatrice]

Enquêteur : Pour terminer, une petite question sur la télémédecine : est-ce que vous pensez que ça peut changer le rapport du médecin généraliste avec l'HAD, en bien ou en mal ?

Enquêté : [blanc]

Enquêteur : C'est-à-dire télésurveillance, par exemple, on envoie le poids du jour, pour les insuffisants cardiaques ; est-ce qu'il faut ramener aux domiciles des tablettes pour faire un dossier électronique, ou est-ce que on ne va pas s'en sortir, ça va prendre trop de temps ?

Enquêté : Là, je ne peux pas trop vous répondre...

Enquêteur : C'est pas trop votre truc ?

Enquêté : C'est pas trop mon truc, non ! [Rires]

Enquêteur : Et pourquoi, vous, vous n'êtes pas informatisé ? Vous avez l'habitude avec vos dossiers, vous trouvez que c'est plus rapide ?

Enquêté : J'avais fait un remplacement, le médecin était parti en vacances, le premier jour, j'ai tout planté, ça m'a stressé un maximum ! [Rires] Non, fini, fini, fini !! Je fais un blocage complet sur l'informatique.

Enquêteur : C'est vrai que j'avais remplacé un médecin qui travaillait comme vous, avec les dossiers papier et des ordonnances triplicata, finalement, c'était bien pratique...

Enquêté : Oui, et même sécurisées ; comme ça, si les gens me disent « il manque ça, c'est pas écrit », je regarde et je leur dis « comment ça, c'est pas écrit ? » C'est plus simple, largement. Même pour les transmissions, j'avais un système, c'était l'enfer, le lecteur de cartes, ça passait pas, je fais ce que je dois, je dois arriver juste, juste au pourcentage qu'il faut de télétransmission, je n'en demande pas plus, c'est bien ! La Sécu ne me harcèle pas, j'avais peur qu'ils fassent le forcing, comme au début !

Enquêteur : Oui, après...tant mieux

Enquêté : Je fais le minimum syndical [rires]. Ils nous cassent assez les pieds comme ça !

Enquêteur : Ouais ? En paperasse et tout ?

Enquêté : Tout, les rappels à l'ordre, les machins, gnagnagna ! C'est un peu dur !

Enquêteur : Je découvrirai ça en m'installant !! Vous voulez que je vous fasse parvenir les résultats de l'enquête.

Enquêté : Bah, oui...

Enquêteur : Vous avez une adresse internet, je pense que ce sera sur un site mais...

Enquêté : Ben, oh, là, là...

[Rires]

Enquêteur : Si vous voulez, je vous envoie un petit compte-rendu papier?

Enquêté : Oui, un petit compte-rendu.

ENTRETIEN 4

Enquêteur : Comme je vous l'avais dit je crois, je travaille sur l'HAD d'Épinal, et le but de ma thèse est de favoriser l'accès des populations à l'hospitalisation à domicile grâce au médecin traitant.

Enquêteur: Oui

Enquêteur : Puisque le médecin généraliste peut prescrire. Pour commencer est-ce que vous pouvez me parler un peu de votre parcours, de votre façon de travailler ?

Enquêté : Ma façon de travailler ou mon parcours?

Enquêteur: Les 2

Enquêté : Je suis installée depuis 2010, ici à A ; on a la maison de santé depuis 2011, euh... [Blanc]

Enquêteur : Vous travaillez à temps plein?

Enquêté : Au départ, j'avais dit temps partiel. Mais ici à A., on n'a plus beaucoup de médecin. Donc c'est temps plein. Enfin je travaille lundi mardi, je travaille ni le mercredi, ni le samedi matin

Enquêteur: D'accord.

Enquêté : Presque temps plein. Parce que les journées sont grandes.

Enquêteur : C'est-à-dire, vous travaillez jusqu'à 20h.

Enquêté : Les consult' normalement se finissent à 19h mais j'ai souvent du retard. Donc les consult' finissent à 20h.

Enquêteur : Et vous démarrez le matin à 8h.

Enquêté : Oui le matin c'est 8h.

Enquêteur : Oui c'est un exercice plutôt rural ici?

Enquêté : Du côté de B., c'est semi-urbain, mais du côté de C., c'est rural.

Enquêteur : D'accord, donc l'exercice est diversifié ; beaucoup de visites ?

Enquêté : Non!

Enquêteur : D'accord...

Enquêteur : Les gens sont éduqués, ils n'ont pas le choix parce qu'il n'y a pas de médecin donc ils viennent!

Enquêteur : D'accord!

Enquêté : Ils viennent même quand ils ont un gros truc, c'est bien pour l'instant, ça va...

Enquêteur : Vous êtes informatisée ?

Enquêté : Oui

Enquêteur : Vous avez une secrétaire ?

Enquêté : Deux!

Enquêteur : Deux, d'accord! Et vous diriez que vous êtes débordée ou que c'est bien planifié? Que bon, malgré les grandes journées, et bien ça roule....

Enquêté : Ça roule, parce que l'on est sur rendez-vous, parce que l'on a un secrétariat, parce qu'on a une maison de santé, euh parce que, les gens sont corrects...

Enquêteur : Oui!

Enquêté : Ils n'appellent pas pour rien et ils viennent!

Enquêteur : D'accord

Enquêté : Et ils se déplacent oui!

Enquêteur : D'accord...

Enquêté : Du coup l'activité est possible et est agréable et somme toute agréable, agréable malgré tout!

Enquêteur : D'accord, d'accord... Ouais, tant mieux, tant mieux. Et qu'est-ce que vous attendez de votre profession,

euh, du côté, euh, gratitude, enfin bénéfice du métier de médecin ?

Enquêté : Ben euh, bénéfice pour moi ?

Enquêteur : Oui!

Enquêté : Bénéfice pour moi ? Ben qu'on puisse concilier la vie de famille et activité, activité de généraliste de campagne...

Enquêteur : Oui!

Enquêté : Et qu'on puisse permettre aussi à une population plus défavorisée d'accéder aux soins!

Enquêteur : D'accord. Ça a joué sur votre installation ici?

Enquêté : Oui j'étais installée en Alsace au départ et je suis partie d'Alsace parce qu'il y avait trop de médecins, de concentration médicale et j'avais envie de revenir aux sources, là où il y a besoin de médecins!

Enquêteur : D'accord, d'accord...

Enquêteur : Euh, vous n'avez pas d'autre fonction que celle de médecin? Pas de fonction représentative, électorale ?

Enquêté : J'ai failli mais non, parce que je n'ai pas le temps!

Enquêteur : D'accord, ouais...

Enquêté : Donc non, pour l'instant!

Enquêteur : Pas terrible...

Enquêté : J'aurai bien aimé mais je fais maître de stage!

Enquêteur : Ouais d'accord ! Oui, des fois, ça prend un petit peu de temps!

Enquêté : Oui ça prend du temps en plus, oui, mais c'est bien! C'est formateur et puis ça nous permet de voir des jeunes

Enquêteur : Oui tout à fait, d'avoir des remplaçants aussi (rires)

Enquêté : D'échanger et, oui j'ai trouvé en fait...

Enquêteur : Oui c'est bien, tant mieux, tant mieux. Votre expérience avec l'HAD ? Vous avez déjà des patients ?

Enquêté : Oui !

Enquêteur : Oui vous ne l'aviez pas prescrit vous-même ?

Enquêté : Non !

Enquêteur : D'accord ! C'était donc prescrit par l'hôpital, vous avez eu beaucoup de patients, ou pas ?

Enquêté : Non, un !

Enquêteur : Un seul patient, d'accord! Et il y avait eu des soucis avec l'hospitalisation ou pas ?

Enquêté : Bon ouais, ça ne s'était pas trop bien passé.

Enquêteur : Ça ne s'était pas trop bien passé, c'est intéressant, c'est à dire ?

Enquêté : Surtout la fin, ben au moment où le monsieur est mort, ça s'est mal passé...

Enquêteur : Oui,

Enquêté : En fait, c'était mon associé, parce ce que avec mon associé, on était tous les deux sur le même patient, en fait avec mon associé....

Enquêteur : Oui

Enquêté : Parce que c'est mon associé qui a été appelé à la fin...

Enquêteur : Oui

Enquêté : Et on n'arrivait pas à contacter l'HAD, c'était un peu compliqué!

Enquêteur : Vous n'arriviez pas à les contacter, ah d'accord!

Enquêté : Oui il y a longtemps, il y a de ça, 5 ans!

Enquêteur : D'accord, d'accord. Et parce que l'entourage était un peu démuni à ce moment-là?

Enquêté : Oui, la panique de l'entourage!

Enquêteur : D'accord, d'accord, Sur le plan financier est ce qu'il y a eu des soucis, euh est ce que vous avez été payé normalement?

Enquêté: Oui!

Enquêteur : Il n'y a pas eu de problème, d'accord. Et pour vous les fondements mêmes de l'HAD, l'image de marque de l'HAD d'Epinal, il y a eu des soucis ou est-ce que...?

Enquêté : Je ne travaille pas trop avec alors...

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Moi je travaille plutôt avec le réseau Autrement!

Enquêteur : D'accord, oui...

Enquêté : Donc c'est pas vraiment une HAD mais c'est pour les soins palliatifs donc,

Enquêteur : Oui!

Enquêté : Et je travaille vraiment avec eux de façon régulière. Donc du coup c'est pour ça, que du coup, l'HAD je ne l'utilise pas, quoi...

Enquêteur : C'est une des pistes pouvant expliquer pourquoi l'on n'utilise pas l'HAD éventuellement le réseau Autrement doit dire que l'on ne fait pas du tout l'HAD (rires). Donc quand je leur en ai parlé, « Est -ce que vous pensez être une piste ? », eux ne pensaient pas du tout l'être, vous êtes le deuxième médecin qui dit que si ...

Enquêté : Ouais moi je trouve... mais ils travaillent en complément... enfin ils travaillent avec les infirmières locales, ce qui est bien mais ce que vous n'avez peut-être pas mais je m'en rappelle plus, euh, ils travaillent avec les infirmières du patient.

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Nous, on a nos infirmières ici, avec qui je parle, que je vois tous les jours, etc... avec qui je communique très bien. Donc on travaille du coup avec elles,

Enquêteur : Oui...

Enquêté : dans mais avec Autrement. Euh, moi le généraliste, l'infirmière d'ici et Autrement. Et on est donc on à trois et on travaille ensemble!

Enquêteur : Hum, hum, d'accord...

Enquêté : L'infirmière a des relations avec Autrement, Autrement a des relations avec moi, et moi j'ai des relations avec l'infirmière, donc c'est sain!

Enquêteur : Donc c'est une relation sur un plan d'égalité?

Enquêté : D'égalité, ouais, hum...

Enquêteur : D'accord, d'accord... Euh, oui l'image de marque de l'HAD? Il n'y avait pas de soucis particuliers, vous n'avez pas eu, comment, de point de vue négatif qui soit revenu?

Enquêté : [fait non de la tête]

Enquêteur : Pas spécialement, d'accord. Donc d'un point de

vu relationnel avec la famille, on a dit que sur les derniers moments ça avait été compliqué. En début d'hospitalisation est ce que ça c'était bien passé ?

Enquêté : Non, ça c'était bien passé.

Enquêteur : Ça a été accepté facilement ?

Enquêté : Oui pas de soucis, ça a été accepté, oui, oui!

Enquêteur : D'accord...

Enquêté : Il y a juste une chose dont je me rappelle: la chose qui a été un petit peu embêtante, c'était que, mais c'est normal en début d'hospitalisation, donc euh....

Enquêteur : Hum

Enquêté : Donc tout le matériel, ça prend de la place dans la salle, le salon etc...

Enquêteur : Oui!

Enquêté : Donc la dame, la dame m'a dit, « c'est plus une maison que j'ai, c'est un hôpital » quoi!

Enquêteur : Oui, c'est le problème de faire venir un petit peu l'hôpital à la maison...

Enquêté : Oui!

Enquêteur : Oui, voilà c'est le problème. Avec le médecin coordinateur, il y avait du mal à le joindre à la fin?

Enquêté : Oui, donc ça c'était mon associé, c'était pas moi!

Enquêteur : Oui,

Enquêté : Donc je ne vais pas parler pour lui. Mais moi, je n'ai pas eu de problème pour contacter le médecin coordinateur.

Enquêteur : D'accord, vous avez eu besoin de lui ?

Enquêté : Oui, pour adapter une dose une fois!

Enquêteur : Oui...

Enquêté : C'était urgent, c'était la morphine il me semble, je ne me souviens plus...

Enquêteur : Oui d'accord, pas de soucis avec le directeur de l'HAD, avec les responsables ?

Enquêté : [non de la tête]

Enquêteur : Non rien de particulier. Au niveau technique, alors le matériel, son utilisation, les techniques de soin, il n'y pas eu de difficultés pour vous ?

Enquêté : Euh...

Enquêteur : Vous ne vous rappelez pas avoir été mise en difficulté par euh...

Enquêté : Non!

Enquêteur : D'accord, est ce qu'il y avait eu des urgences ? Soit réelles soit ressenties par le patient? Avec des visites un peu imprévisibles, ou est-ce que ça c'était bien passé ?

Enquêté : Non!

Enquêteur : Vous n'en avez pas eu, d'accord... ça tient à votre éducation des patients alors (rires)...

Enquêté : Ouais, non... c'est vrai qu'ils sont ...

Enquêteur : Oui, tant mieux, tant mieux. D'un point de vue éthique est-ce que ça vous pose des soucis, l'hospitalisation à domicile ?

Enquêté : Non, comme toute hospitalisation...

Enquêteur : Oui, mais bon voilà. On pourrait se dire avec le patient à la maison, il y a quelqu'un d'autre qui le voit que moi....

Enquêté : Oui, ah oui! Ben justement je trouve que c'est bien.

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Plus on est, chacun a sa spécialité, son travail, sa spécificité, il faut travailler ensemble...

Enquêteur : Oui...

Enquêteur : D'un point de vue juridique, au niveau des responsabilités, ça vous avait posé question ou pas spécialement?

Enquêté : Non!

Enquêteur : Non pas du tout, d'accord. Vous avez eu une formation à l'HAD ou pas ?

Enquêté : Non!

Enquêteur : Et vous pensez que vous en auriez besoin ou pas?

Enquêté : Non, je ne sais pas trop quoi faire. Oui peut-être pour tout ce qui est, gestion des soins, de la morphine, des traitements en palliatif, l'hypnovel, tout ça je pense qu'à la fin....

Enquêteur : Oui...

Enquêteur : Après vous savez précisément comment fonctionne l'HAD ? Comment on en prescrit une, c'est quoi les critères, tout ça ?

Enquête : Pas trop non. Mais moi je sais que j'appelle Autrement!

Enquêteur : Hum, Hum, d'accord...

Enquêté : J'ai une patiente chez qui la dame d'Autrement va voir le patient....

Enquêteur : Hum, hum!

Enquêté : Et voilà ça commence comme ça...

Enquêteur : Hum, hum!

Enquêté : Et l'HAD je sais pas comment ça se passe....

Enquêteur : D'accord, d'accord.

Enquêté : Et puis c'était prescrit par l'hôpital la dernière fois!

Enquêteur : Oui!

Enquêté : Donc l'hôpital m'avait appelé : « est-ce que c'est bon ? »

Enquêteur : Oui!

Enquêté : Et puis l'HAD m'avait appelé, « est-ce que c'est bon ? » On avait tout signé, les conventions, les papiers...

Enquêteur : Oui, oui, les contrats quoi. D'accord, d'accord. Pourquoi d'après vous, les généralistes ne prescrivent pas plus l'HAD ?

Enquêté : Ben, par manque de connaissance....

Enquêteur : Ouais! Au niveau des besoins dont vous parliez tout à l'heure, vous avez le réseau Autrement ?

Enquêté : Oui, et puis on a notre réseau qui marche bien!

Enquêteur : Hum, Hum

Enquêté : Moi, c'est pour cela...

Enquêteur : D'accord

Enquêté : Je ne sais pas pour mes confrères, mais...

Enquêteur : D'accord, donc vous, vous n'avez jamais eu de mauvaise expérience avec l'HAD même antérieure à votre exercice ?

Enquêté : Non, non, sauf là je vous dis...

Enquêteur : D'accord.

Enquêté : Mon collègue qui a eu un petit peu des soucis...

Enquêteur : Oui, oui...

Enquêté : Mais c'est pas moi!

Enquêteur : D'accord, d'accord, les formalités administratives ne vous ont pas paru...

Enquêté : Ah si un peu,... fastidieux!

Enquêteur : C'était fastidieux quand même....

Enquêté : Plus que Autrement, ça quand même...

Enquêteur : D'accord, d'accord, et l'usage du dossier, ça vous a paru simple, ou ...?

Enquêté : Pfff ...Complicé!

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Oui je m'en rappelle, il y avait plein fiches, plein de machins...

Enquêteur : Oui, plein d'intercalaires (rires)

Enquêté : Plein d'intercalaires et on tombait jamais dans la bonne, les équipes médicales, paramédicales, on ne regardait jamais où il fallait, quoi, c'était jamais....

Enquêteur : D'accord, le rôle du médecin coordinateur c'est quoi pour vous ?

Enquêté : de l'HAD ?

Enquêteur : Oui.

Enquêté : Ben, nous orienter, nous aider nous....

Enquêteur : D'accord.

Enquêté : Les généralistes...

Enquêteur : D'accord.

Enquêté : Et puis d'organiser, enfin de... de comment dire, d'orchestrer!

Enquêteur : D'accord

Enquêté : D'orchestrer les paramédicaux...

Enquêteur : D'accord (rires)

Enquêté : Des différents paramédicaux....

Enquêteur : D'accord. Qu'est-ce que vous pensez éventuellement de l'évolution de son rôle ? C'est à dire que si on fait plus d'HAD, est-ce qu'on demande au médecin coordinateur, de se rendre en visite ? Ou est-ce que vous préférez aller voir vos patients vous-même, si on détermine qu'il y a plus d'hospitalisations à domicile, comme c'est recommandé ...

Enquêté : Oui

Enquêteur : Par pas mal d'autorités

Enquêté : oui, en fait ça il faudrait qu'on fasse un petit peu un mix des deux

Enquêteur : Oui

Enquêté : Que ce soit le médecin coordinateur...

Enquêteur : Oui

Enquêté : qui y aille aussi ou peut-être dans le cadre de l'urgence ...

Enquêteur : Hum, hum, oui

Enquêté : Et puis... et que nous, on continue à les voir quand même, nous-mêmes...

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Parce qu'on ne peut pas les abandonner....

Enquêteur : Ben oui! Et puis de toutes façons, si après, ils sortent de l'HAD....

Enquêté : Ah, bien sûr....

Enquêteur : Il faut prendre le relais!

Enquêté : Faut que ça soit les deux!

Enquêteur : Donc plutôt un mix d'accord. Et les infirmières coordinatrices, qu'est-ce que vous en pensez? Pareil si l'HAD est amenée à se développer ?

Enquêté : Ah! Je crois qu'il faut que les patients soient habitués à leur infirmière...

Enquêteur : D'accord, hum, c'est ce qui ressort...

Enquêté : Ah oui! C'est une relation quand même particulière entre les infirmières de campagne et surtout ici et les patients...

Enquêteur : Oui, ils sont très attachés!

Enquêté : Et puis, elles les connaissent par cœur.

Enquêteur : Et est-ce que vous avez déjà eu affaire à des prescriptions de matériel pré-remplies ?

Enquêté : Matériel pré-remplies ?

Enquêteur : Un peu comme, je ne sais pas si vous avez déjà eu ça, euh avec des prestataires de service...

Enquêté : Ah oui!

Enquêteur : Ils marquent trois poches de machin, quatre poches de truc

Enquêté : Ouais j'ai déjà eu ça!

Enquêteur : Oui. C'est quelque chose que vous appréciez ou pas ? Ce sont des choses ...

Enquêté : Ça me... ça me simplifie la vie!

Enquêteur : Ce sont des choses qui vous simplifient la vie?

Enquêté : Oui!

Enquêteur : D'accord, parce que il y a des médecins qui n'en veulent pas!

Enquêté : Ah bon ?

Enquêteur : Oui, en disant ben, je suis grand pour faire ma prescription tout seul...

Enquêté : Ouais, ben non! Parce que je trouve qu'il y a des choses qui nous dépassent; enfin l'Hypnovel, ça nous dépasse, les prescriptions de poches moi j'en...

Enquêteur : Hum, hum!

Enquêté : On n'en fait pas tous les jours quoi!

Enquêteur : Oui, oui, oui...

Enquêteur : On peut le faire mais mal quoi...

Enquêté : Oui voilà, après c'est la galère pour tout le monde!

Enquêteur : Euh, vous n'aviez pas eu de patient en EHPAD, d'HAD en EHPAD ?

Enquêté : Ah, non ...

Enquêteur : D'accord... Est-ce que vous avez eu un courrier de sortie après l'hospitalisation de votre patient ?

Enquêté : [blanc]

Enquêteur : Ça ne vous dit rien, ça ne vous a pas marqué?

Enquêté : Non!

Enquêteur : D'accord. Est-ce que vous pensez que ça peut être un levier pour aider les généralistes à prescrire plus ou avoir de meilleures relations ?

Enquêté : Oui, oui, oui!

Enquêteur : Oui vous pensez ?

Enquêté : Une conclusion, une sortie d'hospit'

Enquêteur : Hum hum, d'accord!

Enquêté : Je crois qu'on n'en a pas eu, je ne m'en rappelle plus!

Enquêteur : D'accord, d'accord et vous pensez que ça pourrait améliorer le lien avec le généraliste ?

Enquêté : Oui !

Enquêteur : D'accord, d'accord... Qu'est-ce qu'on avait d'autre? Vous, qu'est ce qui pourrait favoriser votre prescription d'HAD ? Le temps ?

Enquêté : Prescription, d'HAD? Oui, le temps oui... euh peut-être plus de communication ?

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Parce que je sais que ça existe ...

Enquêteur : Oui...

Enquêté : Mais en fait, je ne sais pas où il faut que je m'adresse...

Enquêteur : D'accord. Donc, dire « on existe, voilà ce qu'on fait », venir se présenter....

Enquêté : Oui,

Enquêteur : Se présenter, d'accord; et qu'est-ce que vous auriez comme attente par rapport à une hospitalisation à domicile pour vos patients ?

Enquêté : Euh, une présence la nuit aussi...

Enquêteur : Oui!

Enquêté : Une aide technique...

Enquêteur : Hum, hum....

Enquêté : Quand on a des prescriptions de trucs qu'on connaît pas comme hypnovel ou je ne sais pas quoi...

Enquêteur : Oui, oui....

Enquêté : Et puis un travail en équipe, quoi!

Enquêteur : Oui, c'est-à-dire vraiment comme vous disiez tout à l'heure, sur le même plan quoi?

Enquêté : Oui, voilà pas de hiérarchie!

Enquêteur : D'accord, d'accord. La petite question subsidiaire, la télémedecine est ce que vous pensez que ça pourrait changer, en bien ou en mal, les rapports des généralistes avec l'HAD ?

Enquêté : La télémedecine c'est quoi ça, c'est euh ... ?

Enquêteur : La télémedecine, il y a plusieurs facettes. Il y a, euh, tout ce qui est dossier informatique, choses comme ça, et la télésurveillance...

Enquêté : Oui?

Enquêteur : Et la réponse en garde, par exemple, donc la télésurveillance avec l'interprétation des données, par qui, comment, ..., c'est des fois le problème. Euh, il y a la télé-expertise, c'est à dire un médecin qui contacte son collègue qui est plus callé dans un certain domaine. Il y a la téléconsultation avec un patient qui est chez lui, tout seul ou avec une infirmière ou avec un médecin, voilà...

Enquêté : C'est pas bien, moi le dernier truc, moyen...

Enquêteur : La téléconsultation ?

Enquêté : Oui, la téléconsultation! Le reste pourquoi pas ?

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Le dernier truc, là, je trouve que la relation quand même médecin-malade, mettre une main sur un ventre, l'infirmière peut le faire mais

Enquêteur : Voilà...

Enquêté : Mais est-ce que ça sera d'aussi bonne qualité ?

Enquêteur : Hum?

Enquêté : Peut-être que si elles sont super formées oui mais...

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Pour l'instant, elles ne le sont pas malheureusement!

Enquêteur : C'est compliqué quand même...

Enquêté : Oui, pour l'angine, c'est pareil, faire un TDR l'infirmière peut le faire...

Enquêteur : Oui, au niveau de tout ça, qui est rapidité de contact, qu'est-ce que vous en pensez ? C'est bien, c'est pas bien la télémédecine ou ça ne change rien ?

Enquêté : Pour la rapidité, ça peut résoudre, pas mal de choses, là vous dites expertise, c'est bien ça !

Enquêteur : Oui, des fois pour les conférences, pour les réunions...

Enquêté : Ah oui les conférences, oui ça c'est bien, mais bien sûr, pourquoi pas ?

Enquêteur : D'accord, et avec l'HAD est ce que vous pensez que on pourrait en faire avec l'HAD ou que ça va être compliqué parce que c'est déjà des gens âgés?

Enquêté : Ah oui!

Enquêteur : C'est à dire qu'on pourrait être amené à avoir des tablettes au domicile des patients....

Enquêté : Au domicile des patients?

Enquêteur : Oui, soit pour les consulter, soit pour faire un dossier informatisé, des choses comme ça...

Enquêté : Ah, c'est moyen ça, je trouve...

Enquêteur : Oui, pourquoi ?

Enquêté : Ben, parce que souvent ils sont en bout de course en général...

Enquêteur : Oui.

Enquêté : Pas toujours, bien sûr, mais...

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Oui s'ils sont en soins palliatifs, en fin de vie, si on leur ajoute en plus un truc un peu lointain, il n'y a pas de contact humain....

Enquêteur : Oui...

Enquêté : On perd quand même quelque chose parce l'objectif du soin palliatif c'est quand même de soigner le mieux, dans sa maladie, le mieux mentalement, pas physiquement mais surtout mentalement!

Enquêteur : Oui du point de vue psychologique! Même si, en même temps, on pourrait penser que, admettons, la nuit il pourrait y avoir quelqu'un...

Enquêté : Ça peut être rassurant mais dans nos campagnes les gens ne sont quand même pas

Enquêteur : dans 30 ans quoi ?

Enquêté : Non, mais peut-être que dans 10 ans, ça leur fait peur d'en utiliser un !

Enquêteur : Il y a des patients qui vous disent qu'ils n'ont pas d'ordinateur ?

Enquêté : Ah ben, bien sûr! J'en ai plein moi qui me dise qu'ils n'ont pas internet ou ils ont le téléphone quand même, mais ils ne sont pas informatisés ... ça leur fait un peu peur, oui!

Enquêteur : Vous pensez qu'un dossier informatisé, vous pensez qu'ici ce ne sera pas une bonne chose?

Enquêté : Un dossier informatisé, si, entre professionnels, entre nous, ça oui!

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Mais pas que le patient ait à l'utiliser...

Enquêteur : Oui...

Enquêté : Comme quand il vient en consult', c'est comme moi et l'ordinateur, c'est pas lui et l'ordinateur.

Enquêteur : Oui, Oui, Oui...hum...Mais ça peut quand même permettre l'accès du médecin coordinateur au dossier!

Enquêté : Oui, ben oui, donc ça c'est bien, je trouve que c'est plutôt pas mal même!

Enquêteur : Et la surveillance à distance ? Si on avait, je ne

sais pas moi, ça commence à se faire pour l'insuffisance rénale ou cardiaque, une balance un peu particulière, le patient se pèse, le poids est transmis directement, c'est des choses qui vous semblent réalisables, utiles ?

Enquêté : C'est toujours pareil, utile, ouais...

Enquêteur : Oui ?

Enquêté : Utile mais difficile pour lui, si il est âgé ! Ou à vivre et à accepter, il peut le vivre comme ça en fin de vie...

Enquêteur : Oui, oui, oui, oui...

Enquêté : Il peut le vivre comme ça en fin de vie: « Plus personne ne s'occupe de moi, y'a plus que des machines qui s'occupent de moi » il peut le sentir comme ça quoi.

Enquêteur : Oui, ben, tout à fait, tout à fait!

Enquêté : Je pense qu'il est fragile en fin de vie

Enquêteur : Oui, oui,

Enquêté : Le contact humain, c'est tout ce qu'il leur reste à la fin de la vie, si on leur en laisse pas...

Enquêteur : Donc ça ne serait pas forcément un bien pour l'HAD, en tout cas, d'après vous, ça va pas être un déclencheur pour les généralistes d'en prescrire plus ?

Enquêté : Non!

Enquêteur : Oui, d'accord...

Enquêté : Ça serait même un frein, je pense, parce que ça va automatiser les choses.

Enquêteur : Hum, hum

Enquêté : Les rendre mécaniques, et ça n'ira pas

Enquêteur : Ah oui! Ça ressort régulièrement...

Enquêté : Je trouve que c'est logique, c'est le contact humain, à la fin, de toute façon.

Enquêteur : Oui, oui,

Enquêté : Moi, j'avais un patient avec Autrement, il est mort à la maison, sa fille était là, l'infirmière était là, j'étais là, on était tous là, et c'était, voilà, d'ailleurs si ça avait été un robot [rire] J'exagère, j'exagère, mais...

Enquêteur : [rire], Très bien, on a en a fini, vous voulez que

je vous fasse parvenir les résultats par email

Enquêté : Oui, alors je vais vous donner ma nouvelle boîte mail ...

Réponse par email

Toujours en 2^{ème} recours car il faut le plus souvent faire un bilan diagnostique avec des examens complémentaires (radios) non faisables en HAD, puis avoir un avis spécialisé pour mettre en route un traitement que l'on peut secondairement prolonger en HAD. L'HAD est pour moi le relais d'une hospitalisation conventionnelle mais ne peut pas la remplacer. Cela peut-être à mon avis une solution économique car une fois que le traitement est débuté, la surveillance est faisable en HAD avec possibilité de ré-hospitalisation en cas de dégradation de l'état du patient.

Dans notre département, nous manquons effectivement d'interniste (hématologue) et d'ophtalmologue. La pédiatrie spécialisée manque aussi. Le service d'urgence semble avoir du mal à faire face à l'affluence. Il semble manquer des lits de médecine interne. Les généralistes ne sont probablement pas assez surtout en zone déficitaire, ceci va s'aggraver les années avenir en raison de la féminisation de la profession et du départ en retraite de beaucoup d'entre nous qui travaillent aujourd'hui encore beaucoup.

ENTRETIEN 5

Enquêteur : Alors donc oui, comme je vous avais dit, je travaille sur l'HAD d'Epinal, parce qu'il y a moins de prescriptions qui viennent des médecins généralistes sur le secteur d'Epinal qu'ailleurs en France. Ailleurs, c'est à peu près, 20, 25%, ici c'est 13%, à peu près. Voilà, donc je suis médecin remplaçant à St Etienne... Vous, vous n'avez jamais prescrit d'HAD mais vous avez eu déjà des patients en HAD, vous m'avez dit.

Enquêté : Oui.

Enquêteur : Alors, redites-moi un petit peu au niveau de votre mode d'exercice et un peu de votre parcours, donc vous êtes informatisée... ?

Enquêté : Oui, on s'est informatisé depuis 1 an et demi et on vient de...en fait, je me suis installée en 2008, après une période de remplacement sur place, et... On vient de construire une maison médicale qui a ouvert en juillet 2012, voilà, c'est du libéral et je travaille 3 jours par semaine.

Enquêteur : D'accord, donc sur rendez-vous uniquement ?

Enquêté : Non, rendez-vous ou consultations libres, tous les

jours, il y a une plage de consultations libres et une partie de rendez-vous.

Enquêteur : D'accord, et vous diriez que ça marche bien comme ça ou que c'est un peu débordé par moment ?

Enquêté : Ah, bah c'est un peu débordé oui, mais sinon ça marche.

Enquêteur : D'accord, beaucoup de visites ?

Enquêté : Euh, qu'est-ce que vous appelez beaucoup ?

Enquêteur : Ah, ça c'est selon le ressenti de chacun...

Enquêté : Non, je ne dirais pas beaucoup de visite, non, je n'ai pas beaucoup de visites, mais j'en ai tous les jours, je pense 3 en moyenne par jour.

Enquêteur : D'accord, d'accord.

Enquêté : Sachant qu'il y a les maisons de retraite dedans en plus.

Enquêteur : D'accord. Qu'est-ce que vous attendez comme bénéfice de votre profession ?

Enquêté : Comme bénéfices ????!!

Enquêteur : Oui, qu'est-ce que ça vous apporte d'être médecin, qu'est-ce que vous attendez ?

Enquêté : Moi, de toutes façons, c'est un boulot qui me plaît, autant humainement que intellectuellement, après c'est vrai que la liberté dans son travail, c'est une des grandes qualités de notre boulot je pense, la variété c'est aussi une grande qualité de travail en médecine générale et puis l'évolutivité, c'est pas mal non plus ! C'est à dire qu'on peut très bien commencer à faire de la médecine générale banale, enfin banale, classique en début de carrière, et puis, s'orienter sur des thèmes qui nous plaisent plus à d'autres moments de notre carrière, ça permet de ne jamais tomber dans l'ennui je pense.

Enquêteur : Hm hm, est ce que vous avez une activité extérieure, je veux dire représentative, électorale ou quelque chose comme ça ?

Enquêté : Euh non... [Rires]

Enquêteur : La journée ne fait que 24 heures c'est ça ?

Enquêté : Oui, je n'ai pas le temps...

Enquêteur : Alors, au niveau de votre expérience avec l'HAD, déjà combien est ce que vous avez eu de patient, est

ce que vous savez à peu près ?

Enquêté : En HAD ?

Enquêteur : Oui.

Enquêté : Pas beaucoup, très peu hein, je dirais moins de 5 patients en HAD.

Enquêteur : D'accord, et il y avait eu des soucis au moment des hospitalisations ou pas ?

Enquêté : Non, non, ça c'est bien passé, oui franchement ça s'est bien passé.

Enquêteur : Sur le plan financier, vous n'aviez pas eu de soucis, pas de doléances, vous avez été réglée comme il fallait ?

Enquêté : Non pas de soucis. Bah réglée... en fait je ne sais même pas ce qui diffère d'une consultation normale, quand on va chez des gens on est réglé de la visite parce qu'on se fait régler normalement en fait.

Enquêteur : Ouais, ouais, est-ce que c'est une visite normale ?

Enquêté : Bah oui.

Enquêteur : D'accord. Je ne sais pas si vous avez eu peut être une visite de coordination au début ?

Enquêté : Je n'en ai pas eu.

Enquêteur : D'accord. Pour vous, l'image de marque de l'HAD d'Epinal, il n'y a pas de soucis particuliers, vous n'aviez pas d'a priori... ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : D'accord, le fondement de l'hospitalisation à domicile ?

Enquêté : Bah, ça me semble très bien, ce serait mieux si c'était plus développé en fait.

Enquêteur : Ouais, c'est un petit peu ce qu'il se passe en ce moment, c'est dans l'air du temps quoi.

Enquêté : Surtout que c'est vrai que plus on avance, plus il y a des choses qui se font en hospitalier, les fins de vie les choses comme ça se font en hospitalier, c'est un peu dommage quoi...et puis ça se fait aussi parce qu'il n'y avait pas trop d'autres choix... alors si l'HAD se développait un peu, ce serait possible pour certaines familles de garder les gens à domicile, ça pourrait être bien.

Enquêteur : D'un point de vue relationnel avec la famille, le patient ou alors avec l'équipe de l'HAD, il y avait eu des problèmes ou pas ?

Enquêté : Pas spécialement non.

Enquêteur : La famille était partante ?

Enquêté : La famille... Les familles, oui, ont été partantes à chaque fois. Par contre moi, au niveau relationnel, je n'avais de relation qu'avec mes patients, c'est-à-dire que je n'ai pas eu de relations particulières avec l'équipe d'HAD, à part en lisant le cahier qui reste à domicile, mais sinon je n'ai jamais eu quelqu'un au téléphone ou quoi que ce soit.

Enquêteur : Et vous auriez aimé ?

Enquêté : Pffft, je ne sais pas, je pense que ça pourrait être enrichissant, après c'est vrai qu'on n'a pas énormément de temps mais c'est vrai que ça pourrait être intéressant.

Enquêteur : Hmm hmm d'accord. Au niveau matériel, technique est ce qu'il y avait eu des soucis ou pas particulièrement, c'est-à-dire pas une pompe qui a posé soucis ?

Enquêté : Non, j'ai un monsieur qui a eu un VAC, alors je ne sais pas comment ils appelaient ça, un pansement avec aspiration, euh le truc ne fonctionnait plus bien, ça a été pris en charge tout de suite, c'est vrai que ça a été bien fait.

Enquêteur : Oui, il y a une grande expertise technique. Au niveau de l'urgence, alors ressentie ou réelle, que le patient a pu ressentir, est ce qu'il y en avait eu ou pas ?

Enquêté : De l'urgence par rapport à quoi ?

Enquêteur : Bah un patient ou un membre de l'entourage qui dit : « Il faut que vous veniez tout de suite parce qu'il vomit, parce qu'il n'arrive pas à respirer. »

Enquêté : Ça je n'en ai pas eu.

Enquêteur : Vous n'avez pas eu ce genre de choses, d'accord, donc ça ce n'était pas le souci. Euh, au niveau des responsabilités, est ce que ça vous avait posé question ?

Enquêté : Bah non, en fait le truc c'est que... Enfin oui et non parce que je dirais qu'une fois qu'il y a un système comme ça qui se met en route, on ne sait plus trop où est notre responsabilité, parce que quelquefois, le patient échappe à... à nos soins, parce que il y a le système HAD qui est là, il y a l'hospitalisation, la véritable hospitalisation, bah avant, c'est à dire un suivi, en tout cas pour les miens il y avait eu un suivi hospitalier qui fait que en fait moi, je

recevais des bilans sanguins, je recevais le double souvent de ce qui avait été prescrit en milieu hospitalier, réalisé par l'équipe d'HAD euh... plusieurs fois j'ai appelé, parce qu'il y avait une urgence en disant : « La prise de sang est pas bonne » et on m'a répondu, : « Oh, bah le monsieur est déjà hospitalisé, ça a déjà été géré » enfin c'était... Parce qu'en fait, le bilan sanguin était interprété j'imagine par le médecin hospitalier et l'équipé d'HAD devait gérer, ou la famille devait gérer l'urgence, enfin... Donc c'est vrai, qu'on est un peu, peut-être la cinquième roue du carrosse, nous on sert... Voilà, à venir de temps en temps quand tout fonctionne bien, mais quand ça ne va plus, le patient nous échappe un petit peu, mais après, c'est vrai que des patients lourds comme ça, n'ont pas toujours le temps d'attendre le généraliste en continu.

Enquêteur : Après c'est un peu la question par rapport au médecin coordinateur, si l'HAD se développe, est ce qu'on va lui demander de venir plus, qu'est-ce que vous en pensez, est ce que ce serait une bonne chose ou pas ?

Enquêté : Bah je pense que si le médecin coordinateur vient et travaille avec le patient etc., je pense que là, il faudrait au moins une collaboration entre le généraliste et le médecin coordinateur. Parce qu'on ne peut pas faire chacun sa sauce dans son coin sans savoir ce que l'autre fait, ça ne rime à rien. Voilà, parce que moi, c'est vrai que moi les patents que j'ai eu... je n'ai pas trop vu le travail du médecin coordinateur, je ne sais pas ce qu'il a fait, je suppose, qu'il a fait quelque chose mais je ne sais pas quoi, donc voilà, ça ne m'a pas posé problème qu'un autre médecin ait fait quelque chose puisque je ne sais pas du tout quelle était sa fonction. Moi j'ai fait mon boulot, mais après si lui doit venir au domicile, faire des choses etc., je pense qu'il faut quand même qu'on ait au moins un entretien entre nous pour savoir quel est son rôle, quel est le mien, parce que sinon... ça rime à rien quoi, on ne va pas faire deux fois les mêmes choses...

Enquêteur : Tout à fait. Et vous, ça ne vous poserait pas de soucis qu'il vienne en visite, soit dans le domaine de l'urgence, soit parce que vous n'avez pas le temps.

Enquêté : Ah bah non.

Enquêteur : Vous, ça vous conviendrait. Vous aviez eu une formation pour l'HAD ou pas ?

Enquêté : Euh je ne crois pas, non. J'ai eu... Au tout départ... Alors, comment ça s'est passé au tout départ? Ça fait longtemps... En fait on m'a signé un contrat pour participer aux HAD. Je ne sais plus comment ça a été fait, je crois que ça a été envoyé par courrier, si je me souviens bien.

Enquêteur : Et c'était en dehors d'une hospitalisation particulière de vos patients. ?

Enquêté : oui, c'était tout au début, à la création de l'HAD il me semble. Donc on nous demandait si on voulait bien participer au truc, euh de signer le fameux contrat et de le renvoyer, je pense que c'est ça que j'ai eu, il devait y avoir une information avec, mais j'avoue que j'ai un peu oublié, j'ai dû le lire mais....

Enquêteur : D'accord d'accord. Vous pensez que vous auriez besoin d'une formation ou pas ?

Enquêté : Alors, je dirais que dans l'absolu oui. Je dirais aussi qu'au niveau formation, bah voilà, c'est vrai que... tout le monde fait sa petite formation, tout se rajoute à la quantité de travail qu'on a déjà, donc oui ce serait bien effectivement d'avoir quelque chose, mais quelque chose de rapide, concis, précis, et efficace.

Enquêteur : C'est la réponse qui ressort régulièrement aussi. Sous quelle forme est ce que vous voudriez une formation, avec justement l'occasion de rencontrer l'équipe, euh ou alors voilà, la plaquette qui dit « On peut faire une hospitalisation. A domicile quand y'a ça, ça, ça, on peut faire ça en hospitalisation.... »

Enquêté : Je pense que rencontrer l'équipe serait quand même intéressant, rencontrer l'équipe c'est quand même la base. Mais ça peut être fait rapidement, je veux dire ce n'est pas...

Enquêteur : Oui ce n'est pas une soirée qui dure 3 heures de temps.

Enquêté : exactement

Enquêteur : Pourquoi d'après vous les généralistes ne prescrivent pas plus d'HAD ?

Enquêté : A mon avis, c'est de la méconnaissance. Enfin en tout cas pour moi, c'est ça, parce que finalement ... déjà on a nos habitudes et puis quand se présente un problème, on va avoir, c'est vrai, plus tendance à partir sur quelque chose qu'on connaît plutôt que sur quelque chose dont on n'a pas forcément l'habitude. En plus, l'HAD finalement c'est un grand terme mais on ne sait pas qui peut rentrer dedans, qui ne peut pas y rentrer, j'ai dû avoir une plaquette hein, je ne dis pas, elle doit être quelque part dans mon bureau mais euh bah c'est vrai que là dernièrement j'ai eu un monsieur qui a fait un AVC à domicile, le gens ne voulait pas l'hospitaliser, enfin la famille ne voulait pas qu'il soit hospitalisé, alors j'ai prévu, bah voilà, les choses qu'il y avait à faire, mais je

pense qu'il aurait pu bénéficier d'un HAD dès le départ puisque en fait elle a été mise en place après. Et pourtant je l'ai pas fait parce que...Bah parce que voilà je savais pas vraiment s'il pouvait rentrer dans l'histoire, je ne savais pas dans quel délai, est ce que ça allait être compliqué ou pas, est ce que ça allait être efficace, alors c'est vrai que quand on a trop de questions comme ça, on fait pas l'effort de mettre en place, on va plutôt partir sur des choses qu'on connaît, c'est-à-dire que moi j'ai contacté les kinés que je connais, j'ai contacté les infirmiers pour qu'ils viennent faire les premiers soins de toilette avant que l'ADMR se mette en place, voilà, j'ai essayé de mettre en place..

Enquêteur : Vos réseaux locaux ?

Enquêté : Voilà, tout ce qui fonctionne localement, et ce monsieur, en fait, secondairement, a bénéficié de l'HAD parce que les infirmiers ont vu que c'était lourd et ont, je pense mis eux-mêmes la famille en relation avec l'HAD.

Enquêteur : D'accord.

Enquêté : Et donc du coup, je ne sais pas qui a prescrit l'HAD, j'imagine que c'est le médecin coordinateur ?

Enquêteur : Ce n'est pas possible.

Enquêté : Alors qui est ce qui prescrit dans ce cas-là ?

Enquêteur : Alors là... Si ce n'est pas vous... Il n'est pas passé par l'hôpital votre patient ?

Enquêté : Non, il n'est pas passé par l'hôpital, donc je ne sais pas ...comment ça a pu se faire, mais toujours est-il que le système HAD s'est mis en place.

Enquêteur : Ou alors c'est passé comme si c'était vous qui l'aviez prescrit ?

Enquêté : Alors moi, j'ai prescrit, j'ai prescrit les soins infirmiers, j'ai prescrit les soins de kinés, j'ai prescrit le matériel, c'est moi qui ai fait toutes les ordonnances, mais je ne crois pas, à aucun moment avoir fait une ordonnance disant « Hospitalisation à domicile ». Parce que ça se prescrit comment, ça se prescrit comme ça ?

Enquêteur : Il faut demander à l'HAD, voilà, si tout est ok, pour savoir si tous les critères sont remplis pour rentrer en HAD, après ils demandent votre avis et c'est parti, y'a pas une ordonnance particulière à faire, comme on prescrirait de la kiné ou autre chose...

Enquêté : Je ne sais pas, ou alors ça s'est fait comme ça par téléphone, de vive voix, mais ça ne me dit rien du tout...

Enquêteur : D'accord, donc c'est passé totalement inaperçu quoi...Donc on a parlé de la mauvaise connaissance, au niveau des besoins, donc finalement y'en a quand même apparemment.

Enquêté : Ah oui, je pense qu'il y a des gens qui pourraient en bénéficier. Après je ne connais pas spécialement les critères donc...

Enquêteur : Ok. Il n'y a jamais eu de patient qui vont ont dit : « Non, non moi je veux pas être en HAD ? »

Enquêté : Non mais ceci dit, je n'en ai jamais proposé, donc...

Enquêteur : Oui, c'est vrai mais des fois en relais de l'hospitalier avec une famille qui aurait pu venir vous dire « Voilà, il reste à l'hôpital parce qu'on ne veut pas qu'il rentre ».

Enquêté : Non.

Enquêteur : D'accord, d'accord. Alors, au niveau des prescriptions on en a parlé, il n'y avait pas eu de soucis particuliers. Au niveau administratif, ça vous a semblé lourd ou plutôt fluide ?

Enquêté : Plutôt fluide.

Enquêteur : D'accord, le médecin coordinateur, on en a parlé un petit peu tout à l'heure, les infirmières coordinatrices, est-ce que vous pensez qu'elles pourraient devenir plus soignantes ou pas ?

[Blanc]

Enquêteur : Est-ce que vous savez ce qu'elles font ?

Enquêté : Alors, je ne sais pas ce qu'elles font

Enquêteur : Elles viennent au domicile des patients, elles surveillent, bon que la famille va bien aussi, que le patient va bien, mais leur principal rôle c'est d'amener le matériel, de voir qu'il y a le nombre suffisant, c'est des fois un petit peu fastidieux, et c'est des fois un peu mal vu par les familles qui disent « Ah, vous êtes encore en train de compter combien j'ai d'aiguilles », ce n'est pas toujours simple. Et elles essaient encore après de s'aménager un temps de parole, d'évaluation de comment va la famille, ce n'est pas toujours simple quoi...

Enquêté : Bah je ne sais pas, je n'ai pas de jugement sur elles puisque je ne vois pas leur travail, mais ceci dit, les dernières personnes qui m'ont parlé de l'HAD, euh on sent qu'ils étaient contents. Dès l'instant où la famille et le

patient sont contents, ça me semble correct.

Enquêteur : Est-ce que vous pensez que vos patient sont attachés à leurs infirmières libérales ou est-ce que, si quelqu'un d'autre intervenait, ça ne poserait pas de problème ?

Enquêté : Je pense que les patients préfèrent toujours voir quelqu'un qu'ils connaissent ou dont ils ont déjà entendu parler qu'un inconnu, mais après... je pense que tout le monde peut s'adapter.

Enquêteur : Tout à fait. Est-ce que vous avez déjà eu affaire dans votre exercice à des prescriptions pré-remplies de matériel ?

[Blanc]

Enquêté : Alors, pour l'HAD ou... ?

Enquêteur : Oui, pour l'HAD ou en général.

Enquêté : Oui, en général oui, pas pour l'HAD mais en général.

Enquêteur : Vous êtes plutôt favorable à ça ou pas spécialement ?

Enquêté : Oui, oui, oui.

Enquêteur : C'est quelque chose qui vous va, ça ne vous pose pas de soucis ?

Enquêté : Bah c'est pratique.

Enquêteur : En EHPAD, vous n'avez pas eu de patients en HAD ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : D'accord, vous aviez reçu un courrier de sortie ou pas ?

Enquêté : De sortie de quoi, de l'HAD ?

Enquêteur : Oui.

Enquêté : Non.

Enquêteur : Non, ça ne vous dit rien ? Est-ce que vous pensez qu'il a une importance particulière au niveau du lien surtout entre vous et l'équipe d'HAD ? Est-ce que c'est un courrier informatif et c'est tout ?

Enquêté : Bah, je pense que logiquement il n'a pas spécialement lieu d'être puisqu'on est sensé avoir suivi le

parcours autant que le reste de l'équipe, donc on est sensé savoir ce qui s'est passé, comment, pourquoi, etc.

Enquêteur : Oui, mais le médecin coordinateur est là aussi pour coordonner s'il y a l'avis d'un spécialiste qui est pris, voilà, pour regrouper un peu les différentes interventions, kiné, infirmières... Certes oui, on surveille ce que fait le kiné et l'infirmière mais le coordinateur est sensé regrouper tout ça.

Enquêté : Ouais, je pense que ça, ça me semblait pas super nécessaire, ça fait du travail je pense pour finalement pas grand-chose.

Enquêteur : D'accord. Pour terminer, une question sur la télé médecine, est ce que vous pensez que ça pourrait changer, alors, en bien ou en mal, les rapports des généralistes avec l'HAD ?

Enquêté : La télé médecine ?

[Blanc]

Enquêté : Alors, dans quel sens, c'est-à-dire qu'on pourrait... [Blanc]

Enquêteur : Alors, dans les différentes facettes de la télé médecine, c'est-à-dire soit, dans la télésurveillance avec l'équipe d'HAD qui reçoit le poids du jour sur une balance un peu spéciale chez les insuffisants cardiaques ou rénaux, ça peut être de la télé-expertise, avec la prise d'avis d'un spécialiste, ça peut être de la téléconsultation, et ça peut être aussi simplement la réponse en régulation médicale.

Enquêté : Redonnez voir votre question, j'ai oublié...

Enquêteur : [rires] Est ce que vous pensez que la télé médecine pourrait changer en bien ou en mal, les rapports des généralistes avec l'HAD ?

Enquêté : Je ne sais pas, franchement je ne sais pas quoi vous répondre. La télé médecine, moi je m'en méfie un peu, franchement, enfin rien ne remplace un examen classique, enfin voilà quoi, donc tout ce qui se fait comme ça par télé interposée ou par téléphone, pour de la médecine, ça ne me semble pas très adapté.

Enquêteur : D'accord. Et pour l'HAD en particulier ?

Enquêté : Pour l'HAD, ça peut être intéressant dans le sens où ça ferait peut-être des économies de déplacement pour certains intervenants, etc., et pour le médecin lui-même, je ne sais pas, franchement.

Enquêteur : Et pour tout le pan, informatisation du dossier

au domicile du patient, qui est un petit peu en discussion, le fait d'amener des tablettes au domicile des patients, qui remplacerait les gros classeurs

Enquêté : Ca, à mon avis, c'est de la perte d'argent. Franchement, pour avoir fait l'effort de nous informatiser au cabinet, c'est vrai l'informatisation, apporte... Enfin, ça a quand même des avantages de classement, de pouvoir prendre moins de place, d'archives etc., ceci dit, ça complique un peu les choses quand même, euh je ne vois pas l'utilité chez un patient comme ça qui est chez lui hospitalisé, finalement la masse d'information n'est pas, je pense suffisamment importante pour justifier d'une informatisation.

Enquêteur : D'accord, ça vous semble superflu.

Enquêté : Superflu, enfin voilà... Et puis en plus, plus on introduit comme ça de choses qui sont compliquées, plus ça éloigne le patient de... de l'équipe je pense. Parce que tout le temps où l'infirmière va être sur sa tablette en train de rentrer les données, etc., c'est du temps finalement où le patient est « mis à l'écart », c'est ce qu'on voit un peu dans nos cabinets, c'est vrai que travailler sur un ordinateur, c'est pas la même chose que travailler sur papier, autant c'est facile d'écrire à la main et de discuter avec quelqu'un, autant taper sur un ordinateur en discutant avec quelqu'un, c'est possible, mais c'est un peu moins riche déjà, au niveau de la relation. Alors, je ne sais pas ce que vous en pensez.

Enquêteur : On peut se cacher en plus, un petit peu derrière l'ordinateur...

Enquêté : voilà, en plus les patients se posent toujours la question de savoir ce qu'il y a sur l'ordinateur, voilà, ça introduit un tiers l'ordinateur, je trouve. Et en plus à la maison, un simple classeur c'est pratique, il y a des intercalaires, c'est classé, on ne perd pas de temps, enfin ça me semble pas....

Enquêteur : Oui, oui c'est ce qui ressort énormément. Honnêtement, des médecins les plus jeunes aux plus anciens, ce n'est vraiment pas...

Enquêté : Après voilà, quand on est informatisé en cabinet, c'est vrai que c'est mieux d'être informatisé que sur papier, c'est évident mais pour un patient, ça me semble superflu d'informatiser. Même si pour vous, je ne sais pas, ça permettrait de récupérer, ou peut-être au médecin coordinateur, de récupérer les données sans se déplacer...

Enquêteur : Voilà, c'est un peu les points importants pour l'HAD.

Enquêté : mais je pense en plus que ça retire un peu du

travail d'équipe, puisque on peut consulter les données depuis chez soi, on a plus aucune raison de contacter l'infirmière, les dames qui font les toilettes, et puis finalement, plus personnes n'a de raison de se parler dans l'histoire quoi...

Enquêteur : C'est tout le problème de l'informatique hein...

Enquêté : Donc après c'est plus vraiment un travail d'équipe, hors je pense que dans ces cas-là le travail d'équipe est important.

Enquêteur : C'est ce que vous attendez un peu de l'HAD, c'est d'être sur un pied d'égalité ?

Enquêté : Je pense qu'au niveau de l'HAD, je pense que... Enfin, de façon optimale ce serait ça, ce serait pouvoir avoir une petite phrase des infirmières pour résumer la situation, dire quels sont les problèmes, etc.... Une phrase ou deux du kiné pour dire quels sont les progrès etc.... C'est ça en fait qui serait intéressant, bon c'est pas toujours facile de le faire dans la pratique, mais le fait d'avoir un petit cahier où les gens écrivent ce qu'ils ont fait, etc. ça permet nous quand on passe, de feuilleter les pages, de regarder ce qui a été fait dernièrement, ça permet aussi euh de voir comment ça a fonctionné avec les autres professionnels, euh c'est ...Bon, ce n'est pas vraiment une conversation avec les autres, mais quelque part c'est...

Enquêteur : Une prise de contact ?

Enquêté : C'est quand même de la communication.

Enquêteur : D'accord, d'accord. Est-ce que vous voulez que je vous fasse parvenir les résultats de l'enquête ?

Enquêté : Si vous voulez oui.

Enquêteur : Par quel biais alors ? Par mail ?

Enquêté : Par mail oui si vous voulez.

ENTRETIEN 6

[Hors enregistrement, au moment où j'installe le dictaphone, l'enquêté montre sa surprise]

Enquêteur : Vous allez être interrogé, enregistré, oh là là !

Enquêté : ça va être sommaire, je vais vous dire !

Enquêteur : C'est beaucoup plus simple –je vais peut-être le mettre là- c'est beaucoup plus simple, après pour la retranscription, pour être plus fidèle à ce que vous avez dit en fait.

Enquêté : oui...

Enquêteur : Je travaille sur l'HAD d'Epinal, et le but c'est de voir pourquoi les généralistes ne prescrivent pas d'avantage d' HAD, ce qui pourrait aider l'accès de la population puisqu'ils y ont droit, on va dire grâce à vous donc. Vous m'avez dit que vous avez déjà eu des patients en HAD ?

Enquêté : Pas beaucoup!

Enquêteur : Quelques-uns, combien à peu près ?

Enquêté : Ben, je serais assez limité, je dirais un!

Enquêteur : Oui d'accord, sur votre exercice: un malade en HAD d'accord?

Enquêté : C'est un patient qui avait un mésothéliome, en fin de vie, et qui ne voulait pas aller à l'hôpital...

Enquêté : D'accord, d'accord oui ben c'est.., voilà donc, vous vous exercez ici, c'est cela?

Enquêté : Pas ici mais dans un autre bâtiment, ailleurs, à X.

Enquêteur : A X. d'accord, vous êtes tout seul ?

Enquêté : Non à deux, mais plus pour longtemps je vous ai dit ...

Enquêteur : Oui, oui c'est cela, rendez-vous, pas rendez-vous ?

Enquêté : Pas de rendez-vous, oui bien sûr!

Enquêteur : Pourquoi pas de rendez-vous ? Pas de plage libre ?

Enquêteur : Y a de temps en temps une urgence, un truc comme ça, que l'on intercale, mais pas de plages libres...

Enquêteur : D'accord, beaucoup de visites ?

Enquêté : Surtout les personnes très âgées, les maisons de retraite et puis les personnes très âgées en général, oui, autrement ça fait peu au total...

Enquêteur : Y en a quand même tous les jours ?

Enquêté : Pas tous les jours

Enquêteur : Pas tous les jours d'accord...

Enquêté : On essaye aussi de grouper un peu aussi, d'ailleurs ...

Enquêteur : Oui, oui! C'est vrai que j'ai déjà vu ça aussi! Y avait M. A. qui fait comme ça aussi, un après-midi de visites. Euh pas d'exercice particulier, homéopathie ? Acupuncture ? Euh rien de particulier comme exercice chez vous ?

Enquêté : Non, je n'ai pas un mode d'exercice particulier, j'ai une petite activité annexe, c'est ce qu'on appelle visite de permis de conduire, mais ça n'a strictement rien à voir ! Pas d'euh ...

Enquêteur : Ben un petit peu quand même...

Enquêté : Oui, c'est vrai parce qu'ils ne voient plus clair! Certaines personnes ...

Enquêteur : Non, mais disons que voilà, ça donne un peu une image de.., voilà, comment vous fonctionnez si vous êtes voilà que comme certains médecins ...

Enquêté : Ah ben, si vous voulez savoir, je vais aussi faire de la régulation de temps en temps!

Enquêteur : D'accord,

Enquêté : Une à deux fois par mois...

Enquêteur : D'accord oui, oui, oui! Et, euh, qu'est-ce que je veux vous demander d'autre, pas de fonction électorale, représentative, de choses comme ça ?

Enquêté : Hum, électorale au sens politique du terme ? Euh non!

Enquêteur : Oui, ni président d'association, de je ne sais pas quoi ...

Enquêté : Non, je suis à MG FRANCE quand même, mais ça c'est, et puis il y a quoi, oui la GMF vous connaissez aussi ?

Enquêteur : La GMF ? Euh

Enquêté : Le groupe Pasteur mutualité, je fais partie du comité...

Enquêteur : Oui, oui, ben oui!

Enquêté : Que je vous recommande si vous n'êtes pas inscrite pour vos assurances complémentaires etc., je ne sais pas, je ne surveille pas la liste, moi...

Enquêteur : Si ben, c'est le sous médical...

Enquêté : Non, ce n'est pas le sous médical

[Sourires]

Enquêteur : Non, justement, c'est les concurrents!

Enquêté : C'est les concurrents, oui c'est ça [sourires]!

Enquêteur : Oui d'accord.

Enquêté : Normalement, le groupe Pasteur, ça restait dans le style mutuelles encore, mais c'est très difficile. Ils veulent supprimer, les mutuelles sont en voie de disparition, euh enfin ça évolue, le sous médical a été racheté par un gros groupe qui s'appelle MACSF qui est une banque ni plus ni moins...

Enquêteur : Oui, oui. Ben oui...

Enquêté : Ce n'est pas une mutuelle hein?

Enquêteur : Ah ben non, non! C'est chacun sa pomme et puis [rires] tu fais une bêtise tu raques !

Enquêté : Ah ben oui, au sous médical, c'est chacun sa pomme mais c'est tout le monde qui paye les fonds de masse et puis on pioche dedans!

Enquêteur : Oui bien sûr, bien sûr... Euh, au niveau de la gestion du temps, vous diriez que vous êtes débordé ou que c'est bien planifié et que voilà vous avez un exercice qui est somme toute agréable ?

Enquêté : Pour moi, ça va !

Enquêteur : Pour vous, ça va d'accord.

Enquêté : Je pourrais, mais ça, c'est des fois un petit problème de relation avec mon collègue qui bon ...

Enquêteur : Hum, hum?

Enquêté : On avait des moments de libres dans la semaine et puis on les a rapidement plus respectés; donc euh...

Enquêteur : Ah mince c'est moche!

Enquêté : c'est le problème des situations personnelles de chacun...

Enquêteur Oui, oui, oui.

Enquêté : Euh, on a chacun une situation différente: ma femme est... toujours là bien sûr, mais elle était médecin, elle est en retraite maintenant...

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Depuis peu, elle était médecin à l'hôpital à Epinal. On a pas la même situation que mon collègue où sa femme était coiffeuse, elle a arrêté de travailler quand il s'est installé puis voilà quoi....

Enquêteur : Oui, oui, oui!

Enquêté : Donc c'est pas les mêmes besoins, c'est pas les mêmes optiques etc....les mêmes situations familiales; enfin toujours, quand même pour, euh, ça paraît à peu près identique au départ, mais en fait c'est très différent, et les objectifs et les besoins sont différents aussi!

Enquêteur : Tout à fait, tout à fait! Qu'est-ce que vous attendez de votre métier de médecin, comment vous vous sentez gratifié ?

Enquêté : C'est un peu tard pour demander maintenant ! Mais...

Enquêteur : Comment vous le vivez ?

Enquêté : C'est difficile de répondre, je ne sais pas...

Enquêteur : Comment vous voyiez ça avant? Est-ce que finalement après, est-ce qu'il y a des désillusions ?

Enquêté : Oui, il y a des désillusions parce qu'on fait de moins en moins de choses, on n'ose plus faire trop de choses...

Enquêteur : Oui, oui.

Enquêté : ...Techniques en particulier, parce qu'on est, on pense toujours au parapluie qu'il faut ouvrir pour plein de choses. Et puis, il y a les confrères, des spécialistes qui viennent nous dire par exemple dans les... en rhumatologie, les infiltrations « faites très, très attention et ci, et ça etc. » enfin et puis on n'a plus le droit à l'erreur quand même aussi.

Enquêteur : Sous-entendu « Tu marches sur mes plates-bandes » quoi?

Enquêté : Des fois ! Pourtant, ils ne manquent pas de travail!

Enquêteur : Vous faisiez avant des ongles incarnés, des choses comme ça ?

Enquêté : Oui, ça arrivait ; oui, pour débrider de temps en temps...

Enquêteur : Oui, oui! J'avais un maître de stage qui recoupait carrément!

Enquêté : Oui, on peut jusqu'à la racine réduire là [montre le

geste technique] ...

Enquêteur : Oui, oui, je n'avais jamais vu ça! Mais c'était intéressant de voir ça, euh...

Enquêté : Mais il y aurait plein de choses à faire! Mais d'un autre côté, cela prend du temps et c'est le moyen de gratifier!

Enquêteur : Oui, tout à fait! C'était à la fin de consultation, le soir, de 7 à 8 quoi, quasiment...

Enquêté : Oui effectivement, il faut les mettre le soir...

Enquêteur : Oui alors vous, par rapport à l' HAD, une petite expérience, un seul patient! Euh, est ce qui y avait eu des soucis au niveau de cette hospitalisation ? Est-ce que tout s'était bien passé ?

Enquêté : Eh ben non, ça s'est mal passé à la fin ! [Rire] C'est normal, ça de toute façon. Euh non, ça c'est pas trop mal passé, ça m'a paru très lourd comme système...

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Euh ce qui m'est apparu aussi, et c'est surtout après que l'on me l'a dit, c'est le [blanc] ...la logistique!

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Où ils sont arrivés avec des montagnes de médicaments, des montagnes de perfusions, de tas de trucs...

Enquêteur : Oui

Enquêté : Et puis, euh, tout est reparti très... euh, ils en ont apportés dix fois trop!

Enquêteur : Oui

Enquêté : Et puis après, je ne sais pas comment cela a été comptabilisé, ça a dû être comptabilisé et puis après je ne sais pas ce qu'ils en font, s'ils en faisaient du trafic ou pas ! j'en suis à me poser pratiquement ce genre de question!

Enquêteur : Parce que vous voulez dire que cela est reparti quand le patient est décédé ?

Enquêté : Oui! Et il y en avait, euh, il n'a pas été très longtemps, ça a été une quinzaine de jours maximum, peut-être 3 semaines quand même... et il restait des montagnes de produits qui étaient là, alors s'ils ont été livrés, à mon avis, ils ont été enregistrés quelque part et je me demande où c'est jeté, ce serait stupide...

Enquêteur : Oui c'est jeté!

Enquêté : C'est jeté ? Ben, c'est une gabegie totale!

Enquêteur : oui, ben c'est... oui, mais bon à partir du moment où c'est rentré, c'est comme quand ça rentre dans la chambre du patient...

Enquêté : Oui, oui, d'accord! Oui mais pourquoi en amener...euh alors c'est sûr, il y a la livraison, après on ne va pas venir tous les jours livrer pour un...

Enquêteur : Alors normalement, c'est à peu près calculé pour une semaine hein?

Enquêté : Je sais que l'épouse de ce patient, que je vois tous les jours, m'avait fait cette remarque ils étaient un peu sidérés de tout ce qui avait été apporté...

Enquêteur : ça fait des quantités astronomiques?

Enquêté : C'est vrai que cela va vite, hein aussi!

Enquêteur : Ah ben, cela va vite ; si vous prévoyez, je ne sais pas moi, deux poches d'un litre de je ne sais pas quel soluté, euh pareil d'un autre euh, c'est, ça va vite...

Enquêté : Oui!

Enquêteur : C'est une des limites de l'HAD, avec l'envahissement du domicile quoi...

Enquêté : Ah ben oui, il faut une pièce à part hein, quasiment oui!

Enquêteur : Après si vous avez un lit médicalisé, une potence, un déambulateur....

Enquêté : Là, il y avait une pièce qui avait été réservé au patient.

Enquêteur : Vous-même sur les fondements de l'hospitalisation à domicile, c'est quelque chose qui vous va, ou c'est quelque chose qui vous semble un peu euh...

Enquêté : [blanc] Oui, c'est perfectible certainement (rires)!

Enquêteur : Oui, tout à fait, tout à fait! Mais le fondement de laisser un patient chez lui, pour le soigner, avec un niveau de soin qui se veut hospitalier, c'est quelque chose qui vous va ou c'est quelque chose qui vous semble euh...

Enquêté : Oui, c'est pas mal quand même! Oui, oui, l'idée est bonne parce qu'à l'hôpital il y a une promiscuité qui est différente; quelqu'un qui n'est vraiment pas bien, ils arrivent des fois à le mettre dans une chambre seule, en fait ça ne

durera pas mais enfin quand l'hôpital d'Epinal sera refait, peut-être dans dix ans, ils auront des chambres seules mais ça, ça va prendre du temps

Enquêteur : On dit peut-être, c'est ça ? [Rires] L'image de marque de l'HAD d'Epinal, vous avez eu des échos, des a priori particuliers ou pas ?

Enquêté : Je connaissais le médecin responsable parce qu'elle est retournée à l'hôpital...

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Euh moi l'image que j'ai « anti », c'est par contre madame Hubert...

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Moi, je n'ai jamais apprécié cette personne-là

Enquêteur : Oui?

Enquêté : parce qu'elle faisait partie d'un syndicat auquel je n'adhère pas du tout

Enquêteur oui, oui, oui

Enquêté : à savoir la csmf [rires]

Enquêteur : ça après, voilà ça fait partie aussi de certains freins à se dire euh

Enquêté : et c'est se relancer là-dedans, c'est vraiment euh pour moi au départ c'était une filière à fric, en fait c'est ça pour certain

Enquêteur : et voilà, c'est pour ça que c'est si particulier à Epinal, parce que c'est une des rares privées quoi

[Moue de l'enquêté]

Enquêteur : C'est privé, hein?

Enquêté : Oui!

Enquêteur : Donc voilà!

Enquêté : Enfin, non! Il y en a d'autre, puisque elle se targue d'avoir 14... je l'ai entendu encore l'autre jour-là dire qu'il y avait 14 000 patients en HAD sur la France!

Enquêteur : En privé ?

Enquêté : En privé, oui!

Enquêteur : Oui, oui! Mais ils sont quand même vraiment

minoritaires par rapport aux autres même en nombre de journées et tout ça ...

Enquêté : Je ne connais pas les autres non plus! Ils ne font peut-être pas mieux hein? Mais [rires] ça m'étonnerait qu'ils fassent beaucoup mieux !

Enquêteur : ça se voit moins [rire] ! Au niveau technique vous n'aviez pas été mis en difficultés par du matériel, par des techniques de soins, par une pompe quelconque qui sonne

Enquêté : Non, non, non les infirmiers, bon c'est sûr, ils ont eu des appareils que je ne connaissais pas; j'ai regardé la première fois, c'est vrai que je n'aurais jamais pu mettre ça en route...

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Enfin, cela s'apprend, comme tout le reste, ils ont pu s'adapter assez vite...

Enquêteur : Oui d'accord ok. Euh, est-ce qu'il y avait des urgences particulières avec le patient que vous avez suivi ? Alors des urgences soit réelles soit ressenties, c'est-à-dire un entourage qui peut appeler parce qu'il y a ci ou ça.

Enquêté : Non, non! Vous savez la famille était très consciente de la situation, savait que c'était inexorable !

Enquêteur : Oui, ils avaient réussi à gérer, ils n'ont pas craqué ?

Enquêté : Non, non!

Enquêteur : Euh oui d'accord, d'accord,...Il n'y a pas eu de ré-hospitalisation?

Enquêté : Non, non !

Enquêteur : D'accord, d'accord. D'un point juridique, est-ce que cela vous pose problème l'HAD, c'est-à-dire de, voilà... de partager votre patient, il y a le médecin coordinateur qui est sur le coup, un petit peu l'hospitalier, qui fait quoi ?

Enquêté : Oh non! Je n'en suis pas là quand même, non, non!

Enquêteur : D'accord, d'accord, ok. D'un point de vue éthique, pas de souci particulier ?

Enquêté : non plus je pense que les... [Blanc] mis à part tous les petits ratés qu'il peut y avoir tout autour, je pense que cela satisfait quand même les familles, il y a une prise en charge qui est correcte.

Enquêteur : Oui ben oui, oui...

Enquêté : Surtout sur le plan douleur, en particulier, parce qu'on allait le mettre sous hypnovel, vous connaissez ce produit-là euh ?

Enquêteur : Oui, oui!

Enquêté : Il l'a eu une journée, puis ça c'est terminé donc euh, on était tout à la fin quand on a décidé de ça; donc ça devenait intolérable et cela aurait peut-être pu durer un tout petit peu encore, mais c'est bon, la gestion de la douleur est quand même plus facile par ce biais-là hein?

Enquêteur : Oui, cela permet quand même d'avoir accès à ces produits-là qui facilitent les choses pour tout le monde!

Enquêté : On a accès à ça alors qu'autrement on ne pourrait pas le faire[Le téléphone sonne] Ah excusez-moi!

Enquêteur : Mais je vous en prie, allez- y, pas de souci!

[L'enquêté va répondre, puis revient. Avant de redémarrer l'enregistrement, je lui demande s'il a eu une formation à l'HAD, et il répond que non.]

Enquêteur : Voilà, vous n'avez pas eu de formation H.A.D ? Vous pensez que vous en auriez besoin ou pas ?

Enquêté : J'aurais eu quelques années de moins, ça pourrait m'intéresser...

Enquêteur : Que vous auriez eu [sous-entendu : besoin]?

Enquêté : Oui, ça pourrait être intéressant de voir ce que c'est... comment gérer ça mieux...

Enquêteur : Voir ce que c'est, d'accord [rires]. Sur quels thèmes vous auriez aimé avoir davantage de renseignements ? Sur ce que c'est que l' H.A.D ? Sur les soins palliatifs ? Sur les urgences qu'on peut rencontrer ?

Enquêté : Bon, pour moi...c'est surtout du soin palliatif...donc c'est dans ce domaine qu'on peut peut-être faire un peu mieux, effectivement...

Enquêteur : D'accord ! Et au niveau de l'équipe, vous les aviez rencontrés ou pas ?

Enquêté : Ben, j'avais rencontré...euh...Melle CLAUDEL...

Enquêteur : D'accord et...

Enquêté : C'est un patient qui habitait à Y...et elle est d'Y.

Enquêteur : Oui, oui, c'est vrai....J'ai travaillé avec elle aux urgences à Epinal...Pour vous, pourquoi les généralistes ne prescrivent-ils pas plus de H.A.D ?

Enquêté : D'abord, ils n'y pensent pas...Parce que ce n'est pas très connu effectivement...Et puis...oui...je crois que...qu'il y a des gens qui sortent de l'hôpital...ils ont peut-être besoin d'un système H.A.D. Si on pense que c'est la fin...ça pourrait ...Mais on pense parfois que ça va se stabiliser, ça va s'améliorer...Et puis, je ne sais pas non plus s'il y a des limites dans le temps à l' H.A.D...

Enquêteur : Non, alors, la limite dans le temps, elle est, comment dire...d'un niveau pécuniaire. C'est-à-dire que passer 15 jours ou 3 semaines, ils sont quand même payés pas grand-chose. Mais bon, après, on ne va pas dire à un patient, « vous ne rapportez plus...Pfuit, pfuit, dehors ! »

Enquêté : Non, il faut qu'il reste longtemps, vous dites...

Enquêteur : S'il reste longtemps, le prix de journée diminue très nettement. Passé 15 jours, ils sont payés à peine la moitié de ce qui est au départ...Euh...

Enquêté : D'accord, c'est l'inverse...

Enquêteur : Oui. Mais on ne va pas dire à un patient « vous ne rapportez plus rien, débrouillez-vous tout seul. Quoi, vous n'êtes pas encore mort ? » Non, ce n'est pas possible ! Donc, il n'y a pas de limite dans le temps si c'est justifié ! Il y a toujours plusieurs critères pour une hospitalisation à domicile. Si les critères sont là, il faut que les patients....

Enquêté : Ah, les critères, je les aurai peut-être pas parfaitement...

Enquêteur : Voilà, ce n'est pas le but...

Enquêté : Je suis d'accord, non, mais c'est aussi une inconnue pour la plupart des médecins, je pense aussi... qui font qu'ils n'y pensent pas.

Enquêteur : Oui, ça ressort très nettement

Enquêté : Qui fait ! Une inconnue qui fait et non pas qui font!

Enquêteur : Oui, une inconnue qui fait, c'est une petite confusion de langage, ce n'est pas bien grave, il y a aussi des euh...

Enquêté : Vous aviez compris de toute façon, oui, il y a des euh...

Enquêteur : Tout à fait...Vous, précisément, qu'est-ce qui

aurait pu favoriser la prescription d'hospitalisation à domicile ?

Enquêté : [long blanc] Bien...euh....Il y a quand même pas mal de maison de retraite qui prennent des gens pas en trop bon état en sortant...et puis il y a aussi Golbey...même si les gens n'apprécient pas toujours, surtout en matière d'Alzheimer. Golbey, c'est pas fait pour les Alzheimer, vous le savez sans doute ?

Enquêteur : Pas particulièrement...

Enquêté : Sauf s'ils ont des pathologies annexes !

Enquêteur : Voilà, tout à fait, il faut avoir autre chose avec, quoi...Est-ce que vous pensez qu'il y a des besoins en hospitalisation à domicile qui ne sont pas...

Enquêté : ...couverts ?

Enquêteur : Pas suffisamment ...couverts d'une façon, et reconnus par vos confrères ?

Enquêté : Hum...Hum...Vous me posez des questions difficiles...je ne sais pas trop...

Enquêteur : Ou vous avez l'habitude de gérer vous-même en disant, voilà, je vais faire passer l'infirmière, faire passer ...

Enquêté : Il y a une chose qui existeles familles ne sont pas souvent prêtes à garder quelqu'un en fin de vie à la maison...

Enquêteur : Bien sûr, bien sûr...

Enquêté : Oui, ça a baissé...

Enquêteur : C'est le facteur N° 1, quoi ?

Enquêté : C'est le facteur N°1 qui fait qu'on hospitalise des gens dans un état...On sait très bien que ça ne leur apportera rien, ça les aggravera peut-être...et puis ça débouche sur rien...de positif...mais comment faire ?

Enquêteur : Vous pensez que c'est lié à quoi le fait que les familles n'acceptent pas trop? ...C'est quelque chose d'ordre générationnel ? Ou c'est...

Enquêté : Bien... beaucoup de familles... beaucoup de gens pensent qu'il y a toujours quelque chose à faire on va dire...

Enquêteur : Oui, hum !

Enquêté : A l'hôpital, on fera toujours plus que ce qu'on fait à la maison...

Enquêteur : Oui, c'est un peu l'image de l'hôpital...

Enquêté : L'hôpital qui permet de trouver des choses qu'on ne trouve pas soi-même...et donc avec des moyens supplémentaires, on est bien d'accord ?

Enquêteur : Oui!

Enquêté : Effectivement, ça met en évidence des choses qu'on ne maîtrise pas. Ils ont les examens, ils ont tout à portée de main d'une certaine façon, c'est le même principe que pour les urgences d'une certaine façon...

Enquêteur : Tout à fait

Enquêté : Pour faire que les gens se déplacent le soir chez le médecin de garde, c'est difficile, hein ?

Enquêteur : Oui, c'est pas simple...

Enquêté : il faut que le médecin se déplace parce qu'ils n'ont jamais de voiture...

Enquêteur : Oui, oui [rire]

Enquêté : Vous connaissez un peu les urgences ?

Enquêteur : J'y suis allée, oui, oui...

Enquêté : La régulation, c'est quelque chose, hein ?

Enquêteur : Effectivement, j'ai fait 2 soirées avec Dr B. quand j'étais en stage chez lui. Il m'a dit : « Il faut que tu vois ça, c'est important ! »

Enquêté : Donc effectivement...Des fois on se dit ...Quelle est votre question, déjà?

Enquêteur : Est-ce que vous pensez qu'il y a des critères de rémunération- pour vous ou de façon générale- qui font que certains se disent : « On ne gagne rien, on n'y va pas ! »

Enquêté : Non, quand même pas !...Finalement Il y a quand même des ...On n'est quand même pason est payé correctement...Bon, c'est sûr, on ne peut pas y passer une heure à chaque fois...Peut-être que la première fois, on y passera plus de temps, d'ailleurs c'est payé plus, et après moins...Après, c'est de la surveillance, la plupart du temps !

Enquêteur : Pour vous, c'est une visite normale?

Enquêté : Bon, c'est une visite un peu différente quand même...Parce que c'est vrai que dans les maisons de retraite, on a plus facile de les faire quand même...

Enquêteur : Oui, aussi

Enquêté : Bon, mais ça dépend...

Enquêteur : Oui, ça se discute, C'est vrai qu'en maison de retraite, je trouve qu'on passe plus de temps que chez le patient, à retranscrire...

Enquêté : Oui, il faut déjà voir le patient, se faire aider des fois s'ils ne sont pas manipulables; ensuite, il faut retranscrire dans le cahier des infirmières ...

[Sonnerie de téléphone, l'enquêté se lève en s'excusant.]

Enquêteur : Il n'y a pas de souci...

Enquêté : Je suis désolé!

Enquêteur : C'est pas grave du tout!

[Retour de l'enquêté]

Enquêté : Bien...

Enquêteur : Alors, on parlait des facteurs qui peuvent limiter un petit peu la prescription, enfin votre prescription ou celle des médecins en général au niveau médicaments. Est-ce que vous pensez que c'est pareil, un facteur limitant où les gens se disent « hou lala je ne vais pas réussir à gérer tout ça...! »

Enquêté : En général il y a quand même les infirmières ou infirmiers, qui passent régulièrement, c'est souvent matin et soir presque, ils peuvent les aider à s'organiser dans les traitements.

Enquêteur : Oui, tout à fait!

Enquêté : Non, je ne crois pas que ce soit trop limitant en moins de tomber sur des milieux quand même un petit peu limités, très limités.

Enquêteur : Et au niveau de la manipulation des morphiniques ou des choses, on parlait de l'hypnovel tout à l'heure, est-ce que vous pensez que ça peut en rebuter certains de...d'aller à l'HAD ou pas ? Des médecins généralistes, hein, j'entends.

[Blanc]

Enquêteur : Non, vous ne pensez pas que c'est un facteur... ?

Enquêté : Ben de toute façon à l'hôpital ils l'utilisent aussi, hein... !!!

Enquêteur : Tout à fait mais je veux dire, est-ce que d'après vous, certains disent : « hou lala, il va falloir que je bricole avec de la morphine, je n'ai pas envie de faire ça !!! Il va

falloir que je mette de l'Hypnovel, je n'ai pas envie de faire ça »

Enquêté : Oui mais enfin, la morphine, on en utilise quand même assez volontiers; même pas forcément dans des situations aussi périlleuses...

Enquêteur : Oui, pour des plaies, et tout ça, oui bien sûr.

Enquêté : Ça peut peut-être pour certains... oui, je ne dirais pas mais... c'est vrai que l'hypnovel ce n'est pas un produit qu'on manipule, donc on regarde dans le Vidal, on s'informe !

Enquêteur : Vous aviez fait comme ça, vous? Vous aviez regardé dans le Vidal ou vous aviez contacté le médecin coordinateur ?

Enquêté : J'avais demandé à ma femme. [Rires]

Enquêteur : Oui, donc pas un mode d'expertise standard...

Enquêté : Vous ne la connaissez pas ?

Enquêteur : Si, si, je l'ai vue quelquefois quand elle descendait aux urgences comme ça, mais...

Enquêté : Il y a pas mal de fins de vie. L' hypnovel, elle...ils savent l'utiliser!

Enquêteur : Oui, bien sûr. C'est pas le mode d'expertise standard, on va dire.

Enquêté : Non, non.

Enquêteur : Souvent, les gens contactent plutôt le médecin coordonnateur

Enquêté : Il y a quand même quelques avantages...enfin, j'avais aussi demandé à Mlle Claudel ; je ne lui ai pas demandé sans lui en parler, non plus.

Enquêteur : Oui, bien sûr. D'après vous, c'est quoi le rôle du médecin coordinateur maintenant ? Et si on faisait évoluer l'HAD, qu'est-ce qu'il pourrait devenir ce médecin coordinateur ? Est-ce qu'il pourrait devenir plus soignant ou est-ce que finalement, il est à sa place de coordination et c'est le médecin généraliste qui gère son patient?

[Blanc]

Enquêteur : Grande question...

Enquêté : Oui, parce que j'ai l'impression que le médecin coordinateur a une position quand même difficile vis-à-vis des médecins installés. D'une part, les hospitaliers doivent

se dire...enfin je ne sais pas, ils ne doivent pas aimer non plus...

Enquêteur : Oui, mais non, il est vraiment entre les deux, il est un peu, voilà à l'écart dans un coin de l'hôpital et le médecin traitant se dit « Qui c'est qui vient regarder ce que je fais ? ».

Enquêté : Oui, c'est un peu le surveillant, quoi?

Enquêteur : C'est un rôle compliqué. Alors certain l'utilise en expertise mais après voilà...Qu'est-ce que vous pensez éventuellement d'une évolution de son rôle avec un médecin qui soit plus soignant c'est-à-dire un médecin qui puisse venir dépanner en urgence ou qui puisse soigner carrément le patient à la place du médecin traitant, qu'est-ce que vous en pensez ?

Enquêté : Ce serait quasiment un médecin qui ferait plus que ça quoi....Vous trouvez ?...Je sais pas je....

Enquêteur : Vous, ça vous semble pas une bonne idée...

Enquêté : Je ne sais pas, ça me semble difficile à réaliser dans l'état actuel de la médecine. La démographie d'une part...Et puis c'est... Je crois qu'il faut quand même...Ca resterait un médecin qui serait assez seul finalement. Alors dans les fameux services dits de soins palliatifs, ils travaillent beaucoup en équipe, entre médecins etc....D'ailleurs faudrait quelqu'un...de l'hôpital non, qu'il soit détaché, mais il serait plus trop à l'hôpital non plus...C'est une position inconfortable qui est difficile à envisager...Enfin, je ne vois pas trop...

Enquêteur : Tout à fait, tout à fait. Et les infirmières coordinatrices, est-ce que vous pensez que leur rôle pourrait évoluer aussi en étant plus soignantes ou est-ce que c'est bien qu'elles restent sur le matériel, tout ça et qu'on garde une infirmière libérale que le patient connaît pour ses soins?

Enquêté : C'était le cas-là, c'était les infirmiers libéraux qui venaient pour les soins et une coordinatrice qui était là pour gérer l'approvisionnement etc.

Enquêteur : Tout à fait...

Enquêté : Ça allait comme ça moi j'ai trouvé. Après est-ce qu'elle doit être soignante.... ?

Enquêteur : Vous n'êtes pas pour non plus ?

Enquêté : Bah ça n'ira pas...Ça n'ira pas.

Enquêteur : Oui, mais c'est ce que disent beaucoup de médecins.

Enquêté : C'est difficile d'être sur les deux versants quoi.

Enquêteur : Oui, oui, c'est pas simple. Est-ce que vous avez déjà eu dans votre exercice des prescriptions pré-remplies ?

[Blanc]

Enquêteur : C'est-à-dire une liste avec trois poches de machin, deux tubulures comme ci,....

Enquêté : J'ai dû en avoir, mais ce n'est pas très fréquent hein...

Enquêteur : Oui, qu'est-ce que vous en pensez de ça ?

Enquêté : Ça peut nous aider des fois, il faut l'accepter des fois.

Enquêteur : Oui, est ce que c'est quelque chose à laquelle vous êtes favorable ou ... ?

Enquêté : Bah, dans des situations comme ça, on est des fois un peu seul; finalement s'il y a quelqu'un d'autre qui a une information un peu plus précise, ce n'est pas plus mal. Alors par contre, selon l'évolution, on ne peut pas rester sur un truc fixe tout le temps, parce que la pathologie elle évolue, c'est l'adaptation qui peut des fois poser problème.

Enquêteur : Y'a le problème des stocks quoi, en plus, ce n'est pas simple... Est-ce que vous aviez reçu un courrier de sortie ?

Enquêteur : Bah la sortie s'est faite par le décès, moi j'ai...je...je sais plus.

Enquêté : D'accord, vous vous ne souvenez pas d'avoir reçu le courrier « Cher confrères, nous avons le regret de vous annoncer.... »

Enquêteur : Bah non, puisque je les ai appelés ...

Enquêté : Oui, c'est vous qui...oui.....Est-ce que vous pensez que ça pourrait être un levier pour l'HAD, pour faire du lien entre les médecins ou est-ce que ça va rien changer ?

Enquêté : Les médecins, quels médecins ?

Enquêteur : Les médecins généralistes.

Enquêté : Entre eux ?

Enquêteur : Non, entre l'HAD et les médecins généralistes. Est-ce qu'un médecin qui recevrait un courrier bien détaillé, bien écrit, pour un de ces patient se dirait « Ah bah c'est bien... »

Enquêté : Ah bah ce serait peut-être pas mal...Ca faciliterait les choses oui...Je pense que. Dans ces situations-là, on n'est quand même pas très...pas à l'aise hein?

Enquêteur : Bah, ce n'est pas évident...

Enquêté : Donc avoir des compléments d'informations, des avis, des propositions, pourquoi pas ? Je crois qu'il ne faut pas se vexer.

Enquêteur : Oui, il ne faut pas se vexer, mais des fois c'est pas simple... Vous aviez eu l'impression qu'il y avait une situation de hiérarchie avec l'HAD ou l'impression de travailler comme ça, ensemble ?

Enquêté : Je vous dis, sur un cas c'est difficile de dire....

Enquêteur : Oui, mais sur ce cas ça avait été....

Enquêté : Je la connaissais quand même un petit peu aussi, Mlle Claudel, donc ça modifie un peu...euh... Ce serait quelqu'un que je n'aurais pas connu, je n'aurais peut-être pas eu le même comportement, vous savez...

Enquêteur : C'est vrai, c'est vrai...Alors, la petite question subsidiaire...La télémedecine, est-ce que vous pensez que ça pourrait changer, alors en bien ou en mal hein, les rapports des généralistes avec l'hospitalisation à domicile ?

Enquêté : Qu'est-ce que vous comprenez dans la télémedecine ?

Enquêteur : Alors la télémedecine c'est plusieurs facettes hein? Il y a déjà l'informatisation du dossier.

Enquêté : Alors je sais que j'ai ma fille qui m'a envoyé la photo des boutons que mon petit fils avait sur le ventre...Pour que je donne un avis

Enquêteur : C'est de la télémedecine ! [Rires] C'est de la téléconsultation, voire de la télé expertise. Euh voilà, donc la téléconsultation, la télé expertise, la réponse en régulation médicale, la télésurveillance, tout ça...

Enquêté : Oui, ce que vous répondront les syndicats en général, « comment on fait ça ? » Parce que si on passe du temps à ça, on ne fait pas autre chose...Ce sera un blocage classique.

Enquêteur : Oui, et vous pensez spécifiquement avec l'hospitalisation à domicile que ce serait moins bien ou que ça pourrait des fois être....

Enquêté : Oui mais ça comporterait quoi ? C'est une

discussion en fonction de l'état du patient, c'est une deuxième consultation mais avec quelqu'un d'autre quoi...

Enquêteur : Alors, il y a toutes les facettes hein... Comme on disait, la télésurveillance, ça peut être une balance, il y a des nouvelles balances qui communiquent je ne sais pas comment avec un ordinateur, et qui font que tombe sur le bureau du médecin coordonnateur le poids du jour d'un insuffisant rénal ou cardiaque. Donc ça, c'est la télésurveillance. La téléconsultation c'est le patient qui est dans son coin, devant son écran, plus ou moins assisté d'un médecin ou d'une infirmière, et le médecin qui est de l'autre côté. La télé expertise c'est plutôt l'avis d'un spécialiste, voilà... Et la régulation en garde médicale vous connaissez. Alors est-ce que ce sont des moyens qui sont nécessaires ou est-ce que finalement, ça va pas... améliorer les rapports des généralistes avec l'HAD ?

Enquêté : Là je... Je n'ai pas de réponse...

Enquêteur : Vous êtes informatisé ? Je ne vous ai pas demandé tout à l'heure...

Enquêté : Ah oui, oui, oui !

Enquêteur : Bon, bah c'est tout bon, on en a terminé, je vous remercie beaucoup de m'avoir reçue, est-ce que vous voulez que je vous fasse parvenir le compte rendu de l'enquête ?

Enquêté : Oui, mais m'envoyez pas dix pages... Un truc simple, oui pourquoi pas !

Enquêteur : Oui, d'accord, plutôt papier, plutôt informatique ?

Enquêté : Ce serait fait quand ?

Enquêteur : Mon compte rendu ? Je pense courant janvier.

Enquêté : Bah vous pouvez m'envoyer par informatique, j'ai quand même une adresse...

[Je note l'adresse du médecin]

Enquêté : J'ai été surpris, parce que, c'est qui déjà le médecin coordonnateur ?

Enquêteur : C'est le Dr Naoun

Enquêté : [rires]

Enquêteur : C'est le reclassement de certains médecins ?

Enquêté : Il n'en aura jamais assez, lui !!!

ENTRETIEN 7

Enquêteur : L'objectif de la thèse c'est de faciliter l'accès des populations à l'HAD grâce aux médecins traitants en partant du principe qu'ils connaissent plus les choses, ainsi que les besoins de leurs patients. Donc, vous n'aviez pas prescrit d'HAD, mais vous avez déjà eu des patients pris en charge, c'est bien cela ?

Enquêté : oui

Enquêteur : l'entretien est enregistré, je suis indépendante de l'Hospitalisation A Domicile d'Epinal, je vous le précise car on m'a déjà fait la remarque, pensant que j'étais envoyée par eux, ou que j'étais dans l'équipe.

Enquêté : J'ai bien compris que c'était pour une thèse.

Enquêteur : Il ne faut pas hésiter à me faire part des points négatifs. Racontez moi un petit peu, au niveau de votre façon de travailler, vous êtes à deux dans le cabinet, depuis combien de temps environ ?

Enquêté : Depuis 1991.

Enquêteur : C'est un exercice plutôt urbain, mais avec une population particulière ?

Enquêté : C'est un quartier très défavorisé, HLM, avec une grosse proportion de gens à la CMU...

Enquêteur : Vous faites à peu près combien de visites par jour ?

Enquêté : En sachant que je ne travaille que deux jours par semaine, les jours où je travaille, je fais au moins une visite, et il arrive que j'en fasse d'autres, les autres jours, car comme je suis en consultations les deux jours là plein, très souvent, je reporte des visites de chroniques une ou deux fois dans la semaine. Ce qui fait entre deux et quatre visites par semaine, sur deux jours de consultation, ça ne fait pas énorme. Ils se déplacent majoritairement, ce n'est que des personnes âgées pratiquement.

Enquêteur : Vous faites des gardes ?

Enquêté : Oui, sur Epinal, le tour normal, mais partagé en deux puisque nous avons l'équivalent d'une seule clientèle à deux, puisque nous travaillons chacune un jour. C'est un tour de garde à deux. Plus les nuits profondes, que je fais seule, que mon associée n'a pas prises, depuis le tour de garde qui s'est mis en place là, depuis cette année.

Enquêteur : Apparemment, ça a l'air compliqué...

Enquêté : Oui, je pense que ça ne va pas durer!

Enquêteur : C'est ce que m'a dit le pharmacien...

Enquêté : On n'a pas trop de nouvelles, mais c'était expérimental, plus ou moins, donc à partir de janvier, c'est l'ARS qui va décider s'ils continuent ou pas. Mais c'est un service rendu quand même.

Enquêteur : Au niveau des activités parallèles, vous êtes toujours au CSAPA ? Vous faites de l'homéopathie, de l'acupuncture ?

Enquêté : Oui, l'équivalent d'une journée par semaine pour le Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie. Mais pour ce qui est de l'acupuncture, je n'en fais plus. J'en ai fait il y a très longtemps, mais étant présente seulement 2 jours par semaine, c'est difficilement gérable. D'autant que ça prend du temps, que les locaux ne sont pas adaptés, il faudrait une pièce à côté.

Enquêteur : Au niveau de la gestion du temps, vous diriez que c'est bien planifié ou que vous êtes débordée ?

Enquêté : Je suis débordée dans mon organisation, j'avoue ! Je ne suis pas très organisée [rires]. La paperasse prend de plus en plus de temps, donc une fois la consultation terminée, comme je ne suis là que deux jours et que je ne peux pas revenir les autres jours parce qu'il est occupé, je finis à 10 – 11h du soir mes papiers. D'autant que je ne suis pas rapide, donc c'est sûr que je prends plus de temps. Je prends environ 1/2h par patient.

Enquêteur : Le cabinet est informatisé. Que diriez-vous sur ce que vous apporte votre métier ? Est-ce que vous vous sentez gratifiée, c'est quoi les bénéfices de ce métier pour vous ?

Enquêté : [temps de réflexion] J'aime bien ce que je fais, ce que j'aime surtout c'est le relationnel, ce que je peux bâtir autour de la globalité du patient. Je trouve qu'on a une place privilégiée pour voir la globalité du patient dans son environnement familial, professionnel, social et ce n'est pas juste un organe qu'on soigne, une pathologie quoi. C'est ce qu'il me plaît, surtout dans un milieu avec des patients en grande précarité, les prendre en charge dans leur environnement et non pas que la santé « organique ». Dans cette situation, l'environnement est très important dans leur pathologie.

Enquêteur : Vous n'avez pas de fonction extérieure, électorale par exemple ?

Enquêté : Pas du tout. Associative, quand même.

Enquêteur : Concernant votre expérience avec l'Hospitalisation A Domicile, vous avez pris en charge combien de patients environ ?

Enquêté : Je crois que j'en ai eu qu'une. Mais ça fait très longtemps que je n'en ai pas eu, et c'était avant l'arrêt de l'HAD sur Epinal, donc cela fait un certain temps, et je n'ai appris que très récemment que l'activité avait repris. Nous avons été contacté pour une patiente du cabinet mais qui est suivie par mon associée.

Enquêteur : Aviez-vous eu des soucis au niveau de cette hospitalisation ?

Enquêté : Pas particulièrement, ce n'est pas toujours facile dans l'organisation.

Enquêteur : C'est-à-dire ? Pour aller en visite chez les gens ?

Enquêté : Pas trop, parce que, j'allais quand même chez la patiente comme d'habitude, mais ça permettait quand même un lien avec une autre structure, ne pas se retrouver seule, c'est souvent une pathologie lourde. Mais ce n'était pas forcément un gain comme je l'aurai espéré, parce qu'il s'agit du personnel qui est déjà en place, libéral, donc ça n'apporte pas de relais plus spécialisé sur le terrain. Je sais qu'il y a une formation qui est proposée aux libéraux, mais il faut encore que les libéraux la fassent.

Enquêteur : Et au niveau financier, vous aviez bien été rémunérée ?

Enquêté : A ce que je me souviens, oui.

Enquêteur : Et par rapport aux fondements de l'Hospitalisation à Domicile, le fait de garder les gens chez eux, de faire des soins en dehors de l'hôpital, ça vous convient ?

Enquêté : Oui!

Enquêteur : Et concernant l'image de marque de l'HAD d'Epinal ?

Enquêté : Et bien, ce n'est pas terrible je dirais, puisque ça s'est arrêté, que ça a repris, que nous n'avons pas été informés. Nous avons été informées qu'ils recherchaient un médecin, mais nous n'avons pas été informées de la reprise, à moins que je n'aie pas vu toutes les informations.

Enquêteur : En tout cas, s'il y a eu une information, elle n'était pas suffisamment visible pour que vous vous en rappeliez!

Enquêté : Voilà. Ma consœur aussi n'était pas au courant;

elle l'a appris lors de l'admission d'un de ses patients. Et j'avais même cru comprendre que c'était le secteur de Neufchâteau qui prenait en charge quand il n'y avait plus l'HAD d'Epinal. Mais suite à ça, je n'ai pas vu d'information concernant la reprise de l'HAD à Epinal. Je savais qu'avant les bureaux étaient à l'espace santé Saint Jean, j'ai même su quand ça fermait puisque j'y travaille avec le CSAPA, mais je n'ai pas su que ça reprenait.

Enquêteur : Pourtant c'est toujours au même endroit. Ils cherchent d'autres locaux car ils sont à l'étroit mais pour l'instant c'est toujours là-bas. Et du point de vu relationnel, ça c'était bien passé ? Avec le patient, la famille du patient, le patient et sa famille ?

Enquêté : Là, il s'agissait d'une personne qui était toute seule, qui vivait seule.

Enquêteur : C'est original pour une prise en charge en HAD!

Enquêté : Oui, c'est pour ça! J'ai même un doute si elle était vraiment en HAD. Pour moi c'était quelqu'un qui aurait dû en bénéficier, donc du coup à l'époque... [Temps de réflexion] J'ai un doute mais je pense que c'était une HAD.

Enquêteur : Le patient ne s'était pas opposé d'une certaine façon à l'hospitalisation à domicile ?

Enquêté : Non, parce qu'elle ne voulait pas retourner à l'hôpital.

Enquêteur : Et avec les infirmières, les aides-soignantes, ça c'était bien passé ?

Enquêté : Oui, oui. Une dame qui voulait vraiment rester chez elle, c'était kamikaze parce qu'elle vivait seule. Elle avait un néo de la mâchoire, du bord de langue, avec un trou dans la joue donc elle ne voulait pas être ré-hospitalisée. Après, elle est tout de même retournée à l'hôpital parce qu'elle ne pouvait plus rester à domicile. Elle est restée jusqu'au dernier moment, mais c'était trop douloureux.

Enquêteur : Il n'y avait pas possibilité à ce moment-là de mettre en place une sonde naso-gastrique ou un autre dispositif ?

Enquêté : Elle avait déjà une sonde de gastrostomie, qui lui permettait de se nourrir. Elle ne pouvait plus du tout s'alimenter, elle ne prenait que ses poches, mais ensuite c'était devenu trop trop douloureux, et dans les derniers temps elle a été hospitalisée, mais très peu de temps. Elle est restée chez elle très longtemps.

Enquêteur : Aviez-vous rencontré des soucis avec le médecin coordonnateur ? Les spécialistes, le directeur de

l'HAD ?

Enquêté : Non, non!

Enquêteur : Au niveau technique, vous aviez rencontré des difficultés ?

Enquêté : C'était compliqué parce qu'il y avait la gastrostomie et pour moi ce n'était pas simple: c'était une prise en charge nouvelle, je n'avais jamais eu de patient à domicile avec ça. Mais c'est vrai qu'avec l'infirmière libérale, ça avait permis de bien mettre tout ça en place quand même. Je n'aurai jamais pu gérer ça à moi toute seule.

Enquêteur : Est-ce que vous vous rappelez si vous avez eu des urgences, où il fallait aller voir de suite le patient ?

Enquêté : Oui, mais l'avantage c'est qu'elle habitait tout à côté, elle habitait dans les HLM [me montre] juste là, donc c'était assez facile. Il y a eu des soucis avec la sonde, quand elle se bouchait, elle avait des perfusions, la gestion des poches, tout ça, c'était compliqué quand même.

Enquêteur : Au niveau de l'éthique, l'HAD ça vous pose des soucis ?

Enquêté : Non!

Enquêteur : Et au niveau des responsabilités, vous vous étiez posé des questions ou pas ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Et vous aviez eu une formation à l'HAD ?

Enquêté : A l'époque, oui, il y avait eu des formations à la maison de santé Saint Jean et nous avons été mis au courant de la mise en place, pour ceux qui voulaient y aller, bien sûr, je me souviens que j'avais participé. Et donc après, c'est ça qui est dommage, c'est le vide, parce que là, il n'y a plus rien. Ça a repris, on ne sait pas, il n'y a rien de proposé.

Enquêteur : Vous aimeriez qu'une nouvelle formation soit organisée ?

Enquêté : Oui, d'autant que, si j'ai bien compris, j'ai l'impression que les problèmes administratifs ne sont plus les mêmes. Il y a le financement, le coût, ce n'est plus quelque chose que l'HAD nous paye comme avant. C'est nous qui faisons percevoir comme d'habitude nos honoraires, donc ça, c'est un changement par rapport à ce qu'on faisait avant, et nous sommes plus ou moins bien informés.

Enquêteur : Et ce nouveau système de financement, ça changera le fait que vous prescriviez ou ça ne vous change rien ?

Enquêté : C'est peut-être plus pratique, parce que ce n'était pas simple lorsqu'il fallait qu'on se fasse payer par l'HAD.

Enquêteur : Au niveau de la formation que vous souhaiteriez voir organisée, vous préféreriez en soirée, en journée, une plaquette papier ?

Enquêté : Une soirée, pour voir les gens, car je pense que c'est important aussi de visualiser les gens.

Enquêteur : Et une formation qui porterait plus sur quoi ? Sur ce qui se fait en HAD ou plutôt sur la gestion des urgences, sur le fonctionnement, ou plus sur un thème spécifique ?

Enquêté : Déjà plus sur le fonctionnement, comment monter une HAD, faire appel à eux, car on peut leur demander, on a souvent dans l'idée que ça vient de l'hôpital. Du coup comment on procède quand on veut demander, qui appeler ? Parce que si je n'avais pas reçu la plaquette récemment pour faire les stats et tout ça, je n'aurais pas su où appeler. Pour moi, il n'y avait plus rien à la maison de santé Saint Jean. Et surtout que ça ne passe pas par l'hôpital, c'est un numéro à part puisque c'est du privé!

Enquêteur : Pourquoi, d'après vous, les généralistes ne prescrivent pas plus d'HAD en prescription d'eux même, pas induit par l'hôpital?

Enquêté : Parce qu'ils ne sont pas informés. Et puis parce que ça paraît lourd des fois! Est-ce que l'on n'a pas peur de garder les gens à domicile et donc d'être dérangé un peu plus, dans l'urgence, quand l'état de santé se dégrade... et l'environnement des fois, qui n'est pas prêt à faire une HAD! Dans ma situation, c'était une dame toute seule, pour ma collègue aussi, il s'agit d'une dame seule, il n'y a pas forcément la famille qui vit avec eux, comme on l'imagine souvent dans les HAD.

Enquêteur : Oui, comme c'est recommandé.

Enquêté : Oui, voilà. Mais ça peut aussi se faire sans que la famille soit présente.

Enquêteur : Les prescriptions médicamenteuses, pour vous, ça avait été un souci, vous vous êtes dit que vous ne souhaitiez pas prescrire d'HAD par peur de difficultés à gérer la totalité des prescriptions ?

Enquêté : Non, j'avais fait une formation sur les soins palliatifs.

Enquêteur : Au niveau de la rémunération, vous trouvez que c'est une visite normale lorsque vous allez faire une visite de ce type ou pas ?

Enquêté : Ça prend du temps, plus qu'une visite habituelle parce qu'il y a beaucoup de choses à gérer. Avant, il y avait, si je ne me trompe pas, une rémunération qui était un peu plus importante, en rapport avec un certain temps de bilan à l'HAD.

Enquêteur : Oui, c'est coté 3C pour la première visite, après, c'est normal... Si on considère que l'HAD est amenée à se développer, que pensez-vous du rôle du médecin coordonnateur ? Déjà actuellement, et si ça évolue, qu'est-ce qu'il peut faire en plus, qu'est-ce que vous ne souhaiteriez pas qu'il fasse en plus ?

Enquêté : Pour moi, il doit avoir un avis médical qui est censé être éclairé. Dans le cas de la dernière HAD, pour ma collègue, ça ne s'est pas tout à fait bien déroulé. J'ai eu le médecin coordonnateur de l'HAD au téléphone pour m'informer qu'il renvoyait Mme X, sortante d'hospitalisation. Il y avait un courrier d'hospitalisation avec des soins particuliers de poches... Des soins spéciaux que je ne connaissais pas, mais que mon associée avait déjà gérés. L'état de la patiente s'est vite dégradé, et ma collègue a été rappelée par l'HAD parce que l'état se dégradait, c'est moi qui ai reçu l'appel, disant qu'il fallait ré-hospitaliser Mme X parce que son état de santé s'aggravait, pendant que mon associée était au chevet de la patiente.

Quand j'ai reçu l'appel, l'HAD me disait qu'il fallait hospitaliser, que la fille était informée. J'ai demandé à la personne que j'avais au téléphone d'appeler ma collègue sur son portable. Ils lui ont dit que l'hospitalisation était gérée alors qu'elle était encore dans le logement de Mme X. Ensuite, Mme X est passée par les urgences, dans un état très critique, alors que ma collègue aurait, elle, organisé avec un service l'hospitalisation de la patiente. Mais on lui avait dit « c'est bon, tout est géré, vous n'avez rien à faire ». Alors qu'en fait, ce n'était pas organisé du tout. Elle aurait mieux fait d'organiser, car passer par les urgences dans cet état de santé, ce n'est pas des conditions adéquates. Cette situation ne nous donne pas envie de faire confiance à l'organisation de l'HAD. C'est un fait récent, il date de la semaine dernière. Nous pensions qu'ils avaient du temps pour gérer ce genre de situation, que nous n'avons malheureusement pas forcément le temps de gérer, entre deux visites, appeler les services pour trouver une place...

Donc si le rôle du médecin coordonnateur est celui-là, je ne vois pas où est l'intérêt.

De même, on ne connaît pas bien toutes les indications

possibles pour une hospitalisation à domicile. On connaît bien les soins palliatifs, fin de vie.

Enquêteur : Pour vous, le médecin coordonnateur devrait plutôt être un médecin des environs ? Qui connaît les médecins généralistes installés ?

Enquêté : Je pense que c'est mieux, celui qui est actuellement en poste ne connaît pas, je ne sais pas la formation qu'il a, et j'émet des doutes, puisqu'il a une formation de médecine nucléaire qui en plus est à l'âge de la retraite!

Concernant la question du vécu du libéral, je ne suis pas sûre qu'il ait une expérience, car le milieu dont il vient est très spécialisé. Je pense qu'il est nécessaire qu'il ait une formation, et une connaissance de la pratique de la médecine générale. La situation était la même avec le précédent médecin coordonnateur.

Enquêteur : S'il y avait plus d'hospitalisations à domicile, pensez-vous que le médecin coordonnateur pourrait prendre en charge certaines visites, toutes les visites, les visites en urgence, pas du tout de visite ?

Enquêté : Je pense que c'est mieux que ce soit le médecin généraliste qui fasse les visites, mais le médecin coordonnateur devrait faire au minimum une visite, pour connaître le cadre de vie de la personne, les conditions dans lesquelles elle va être accueillie à la maison. C'est en général les médecins hospitaliers qui prescrivent l'HAD, et ils ne connaissent pas les conditions dans lesquelles ils renvoient leurs patients, conditions parfois compliquées avec des pathologies lourdes.

Je comprends que c'est pour dégager des places en hospitalisation, pour que les gens soient chez eux, qu'ils ne nécessitent plus forcément d'être hospitalisés, mais il faut aussi se rendre compte si c'est vraiment faisable. Je pense que les médecins hospitaliers ne se rendent pas compte, les gens sont 24h/24 dans un lit, du jour au lendemain, ils se retrouvent chez eux, et ne serait-ce que d'aller de leur chambre aux toilettes, c'est plus compliqué que lorsque les toilettes sont dans la chambre.

Enquêteur : Les infirmières coordinatrices, pensez-vous qu'elles pourraient avoir plus un rôle de soignante ? Actuellement, elles viennent à la maison, elles gèrent le matériel, elles essayent de trouver un temps de parole avec le patient et la famille...

Enquêté : Je pense qu'elles pourraient être plus dans le soin, mais aussi qu'elles prennent le temps de discuter avec les infirmières libérales. Les infirmières libérales ont une certaine pratique, mais les techniques évoluent rapidement,

et nous médecins, nous sommes dépassés, entre autre dans les techniques de pansement, de chimiothérapie. Les infirmières coordinatrices pourraient avoir un rôle de formation également.

Enquêteur : Avez-vous eu des prescriptions pré-remplies, pas forcément avec l'HAD mais en général ?

Enquêté : Oui, j'en ai déjà au par des prestataires de service, et c'est appréciable, pour tout ce qui est matériel par exemple.

Enquêteur : Ce patient dont vous m'aviez parlé n'était pas allé en EHPAD, parce que, savez-vous que l'HAD en EHPAD est possible ?

Enquêté : Ah oui ? Alors même dans les maisons de retraite aussi ? Je ne savais pas!

Enquêteur : Vous rappelez-vous avoir eu un courrier de sortie, de fin d'hospitalisation à domicile ?

Enquêté : Non! Comme en plus elle a été hospitalisée pour douleur et impossibilité de se nourrir avec la gastrostomie! Mais je n'ai pas souvenir d'avoir eu un courrier de fin d'HAD, mais je ne me souviens plus, ça fait longtemps...

Enquêteur : Qu'est ce qui pourrait faciliter la prescription pour vos patients vers l'HAD ?

Enquêté : Déjà, être mieux informée sur ce qu'ils prennent vraiment en charge, quels sont leurs critères d'acceptation, avoir les bonnes adresses, et qu'ils fassent un travail vraiment efficace, efficient.

Enquêteur : Attendez-vous des contreparties si vous faites l'effort de prescrire plus d'HAD ? Ou pensez-vous que c'est normal dans votre travail de médecin généraliste d'avoir recours à l'HAD ?

Enquêté : Moi ça me paraît normal.

Enquêteur : Pensez-vous que la télémédecine peut changer en bien ou en mal -le rapport des médecins généralistes avec l'HAD ? J'entends par là, toutes les facettes de la télémédecine, avec la régulation médicale, la télésurveillance qui permet d'envoyer le poids du patient directement chez l'infirmière coordinatrice ou le médecin dans le cadre de l'insuffisance rénale, ou cardiaque, la téléconsultation, la télé expertise...

Enquêté : Je crains que ce soit pire avec la télémédecine! En plus, dans la prise en charge d'une population précaire, l'outil n'est pas facile, avec un risque d'incapacité d'utilisation d'un appareillage particulier, sauf si c'est

l'intervenant qui l'utilise.

J'aime bien les dossiers patients en papier, je ne suis pas moderne avec les nouvelles technologies. Pour moi, la télémedecine sera encore plus un recul et ne sera pas favorisant.

A l'heure actuelle dans les EHPAD, j'ai déjà de grandes difficultés à utiliser l'informatique, d'autant que ce n'est pas uniformisé, donc il faut une formation par logiciel, il y a un manque de performance des logiciels, avec des outils différents. Et il y a plus de risque d'erreurs, surtout avec la multiplicité des supports.

De plus si le médecin coordinateur ne se déplace pas pour voir le patient, qu'il regarde ce qu'on note à distance, on peut écrire beaucoup de chose, avec le risque que ce ne soit pas lu.

Enquêteur : Ce que vous dites, c'est qu'il faudrait qu'une personne de l'équipe de coordination se déplace également chez le patient pour faire un point dossier ?

Enquêté : Oui, oui. Mais c'est vrai que, s'il y a plein d'HAD, ce ne sera pas satisfaisant s'ils se déplacent tout le temps; mais autant mettre en place un système efficace, et pas seulement avoir une personne dans un bureau qui règle des choses que nous aurions pu faire nous-mêmes, ce n'est pas la peine.

Si l'on veut trouver un système économique, entre une hospitalisation qui est très chère et un maintien au domicile, il faudrait trouver la meilleure méthode, entre les médecins coordinateurs qui ne se déplacent pas du tout et qui font tout par téléphone, parfois pas forcément très bien, je ne pense pas que ce soit intéressant....

Dans la situation de la patiente de mon associée que j'ai relatée précédemment, je n'ai pas compris l'utilité: l'hôpital aurait pu prescrire des soins, que nous aurions relayés et ça aurait été aussi efficace.

Mais je ne veux pas généraliser, car parfois, l'HAD est très efficace.

Réponse par email

Votre vision de l'HAD :

- Est-ce toujours du 2^{ème} recours?

PAS FORCEMENT

- Quand cela peut-il être du 1er recours, prescrit par vos soins?

En cas de soins palliatifs lourds à gérer mais si famille présente de préférence pour éviter une hospitalisation (mais avt de t'avoir rencontrée pour cet entretien je n'aurais pas

osé!!!!)".

- Que représente l'HAD pour vous? une solution économique? suffisante?...

NON PLUTOT UNE SOLUTION POUR UN MAINTIEN A DOMICILE MAIS AVEC UNE AIDE PLUS APPROPRIÉE QUE L'HÔPITAL QUAND LE PATIENT OU L'ENTOURAGE LE SOUHAITE.

- Comment considérez-vous les moyens à votre disposition pour soigner vos patients, dans les Vosges? (JE PERSISTE A DIRE QU'IL FAUDRAIT QUE LE PERSONNEL DE L'HAD AIT AUSSI UNE FORMATION à LA MEDECINE GENERALE...pour pouvoir mieux appréhender la faisabilité de ce qui est proposé!!!)

- Ressentez-vous des carences?

OUI: carences en personnel pour des soins ne relevant pas forcément de personnel infirmier ex aides soignant(e)s car il n'y a que le SIAD qui en a.

ENTRETIEN 8

Enquêteur : Bon, ça ne fait rien ! Quand c'est pour la bonne cause, ça va !.....Donc, c'est un entretien semi-dirigé que j'enregistre parce que c'est plus facile pour retranscrire. C'est anonyme. Je suis pas envoyée par la H.A.D d'Epinal, donc faut pas hésiter à me dire si il y a des trucs qui ne vont pas avec eux. Sur mon parcours, comme vous me connaissez déjà, on ne va pas y passer trop de temps....Les visites, en général, vous en faites combien à peu près par jour ?

Enquêté : 3 ou 4 par jour...

Enquêteur : 3 ou 4 quand même ! Au niveau de ce que vous apporte votre métier, vous diriez quoi ?

Enquêté : Ce que m'apporte quoi ?

Enquêteur : Votre métier

Enquêté : à quel point de vue ?

Enquêteur : Qu'est-ce que ça vous apporte ? Comment vous sentez-vous gratifié par votre boulot ?

Enquêté : Ah, bon....

Enquêteur ; Oui, c'est une question à 100 sous !

Enquêté ; Bon...euh... [Blanc] C'est la reconnaissance des patients...bien que ce soit quelque chose en perte de vitesse...Clairement, la reconnaissance des gens envers les médecins a diminué. On s'en aperçoit au fil du temps...Je me souviens d'un vieux médecin qui avait pris sa retraite et qui me disait : « Ecoute, il y a à peine 30% des patients qui te sont reconnaissants. » Je crois que ce chiffre a nettement

diminué !

Enquêteur : Ah, oui !...Et vous avez l'impression que sur l'exercice, ça s'est dégradé ?

Enquêté : Oui, j'ai l'impression d'être un prestataire de service...Voilà, on est là pour régler un problème. C'est tout...C'est comme ça !

Enquêteur : Votre expérience avec l'H.A.D, vous avez eu des problèmes ?

Enquêté : Avec l' HAD, j'ai eu 2 ... La première ou le deuxième ?.. Parce qu'il y a eu deux HAD à Epinal. La première, c'est déjà très ancien, donc je n'en parlerai pas ; la deuxième donc, ce sont 2 patients qui sont rentrés dans l' H.A.D...euh...dans le courant de l'année 2013...euh...donc de façon relativement récente...euh, à la demande du service d'onco de l'hôpital ; l'un du CAV, l'autre de l'hôpital d'Epinal...C'est donc pas moi qui les ai inscrits...Bon, ça s'est très bien passé, il n'y a pas eu de souci particulier...Notamment, on a eu la visite d'entrée avec le Dr Naoun...avec le personnel...ça s'est très bien passé, on n'a pas eu de souci...

Enquêteur : Est-ce qu'il y avait une infirmière coordonnatrice qui a pu être présente en plus ?

Enquêté : Il y avait un infirmier à chaque fois...Est ce que c'était un infirmier coordonnateur, je n'en sais rien...sûrement...

Enquêteur : oui

Enquêté : On n'a pas eu de souci particulier...Le seul souci, c'est que ça n'a pas duré, les gens sont morts rapidement...mais ceci dit, le H.A.D n'était pas en cause !

Enquêteur : Et au niveau financier, vous avez été rémunéré comment ?

Enquêté : Au plan financier, j'ai été rémunéré, je ne sais plus... 3C je crois, un truc comme ça, donc pas de souci....

Enquêteur : Après les visites, vous avez été payé normalement

Enquêté : Ah, les visites, ça ne change rien puisque les visites étaient suivies...mais il n'y a pas eu tellement de visites parce que, je vais te dire, ça s'est arrêté rapidement...

Enquêteur : Est-ce que pour vous, c'était une visite normale ou pas ? Est-ce qu'elle mériterait d'être payée plus ? Qu'est-ce que vous en pensez ?

Enquêté : Non ! C'était une visite normale. Je ne vois pas pourquoi ça mériterait d'être payé plus...

Enquêteur : Au niveau des fondements de l'hospitalisation à domicile, est-ce que pour vous, la H.A.D est une bonne chose ou est-ce que c'est un peu.....

Enquêté : Non, c'est un plus, c'est un plus....

Enquêteur : D'accord. Alors, l'image de marque de la H.A.D d'Epinal ?

Enquêté : Je ne sais pas du tout. Moi, je n'ai aucun a priori, ni dans un sens, ni dans l'autre...

Enquêteur : Bon, au niveau relationnel avec la famille, avec les patients, tout c'est bien passé ?

Enquêté : Il n'y a eu aucun souci !

Enquêteur : aucun problème. Vous, avec le médecin coordinateur, ni avec le directeur de l'HAD...

Enquêté : Avec le Dr Naoun, aucun problème ; d'ailleurs, je le connaissais déjà auparavant...donc ça a peut-être un peu facilité les choses...mais j'imagine que pour les autres médecins, ça n'a pas dû être différent.

Enquêteur : D'accord. Pensez-vous que le médecin coordinateur, il a besoin de connaître ses ouailles, si l'on peut dire...

Enquêté : Ses ouailles ? Les médecins ou les patients ?

Enquêteur : Les médecins du secteur.

Enquêté : Oui, sans doute...mais écoute, il y a tellement de médecins dans le secteur, ce n'est pas possible....

Enquêteur : Vous pensez qu'il y ait besoin que ce soit quelqu'un qui connaisse déjà l'exercice libéral ?

Enquêté : pas forcément, non, pas forcément

Enquêteur : Au niveau technique, vous n'aviez pas été mis en difficulté par rapport au matériel ? Vous n'aviez pas eu le temps de l'être !..

Enquêté : Non, non !

Enquêteur : Il n'y a pas eu d'urgence particulière avec...

Enquêté : On n'a pas eu d'appel d'urgence, donc, je ne peux pas en parler.

Enquêteur : Au niveau éthique, ce n'est pas quelque chose

qui vous pose problème ?

Enquêté : Non, pas du tout ! Je comprends bien le réseau de soins, qu'on s'intègre dans un truc coordonné, qu'il y ait une coordination, ça va. Non, aucun souci !

Enquêteur : Au niveau responsabilité, vous vous étiez posé des questions ?

Enquêté : Au niveau de quoi ?

Enquêteur : Des responsabilités !

Enquêté : Je ne sais pas...Les responsabilités, c'est souvent quand ça se passe mal...on voit alors les gens qui se débinent les uns derrière les autres...

Enquêteur : tout à fait

Enquêté : ça n'a pas été le cas, donc, pareil, je ne peux pas trop en causer.

Enquêteur : Vous aviez eu une formation sur l'H.A.D ou pas?

Enquêté : Absolument pas !

Enquêteur : Et vous pensez que vous en auriez besoin ?

Enquêté : Non ! Mais je connais un peu la H.A.D parce que j'ai une ancienne stagiaire qui est maintenant médecin d'H.A.D à Nancy...Elle m'a expliqué de façon très ... le principe et comment ça fonctionne. Donc je n'ai pas été perdu...justement par cette intermédiaire !

Enquêteur : D'accord. Si vous deviez, vous, en prescrire une, vous savez comment faire, ou pas ?

Enquêté : Et bien, je trouverais bien HAD Epinal on doit pouvoir trouver, ça doit se trouver sur internet, ça !

Enquêteur : Oui, mais certains de vos confrères m'ont dit : « Je sais pas trop ! » Alors ... D'après vous, pourquoi les généralistes, ils n'en prescrivent pas des hospitalisations à domicile ?

Enquêté : Pourquoi les généralistes ne prescrivent pas ? Bon...A mon avis, peut-être parce qu'ils n'y pensent pas...hein...Et bon, parce qu'il y a aussi des réfractaires...des réfractaires à tout, qui veulent tout gérer comme ça...O.K, pas de souci ! Mais les autres, à mon avis, c'est parce qu'ils n'y pensent pas trop...Alors que ça pourrait leur apporter une aide...certaine...notamment du point de vue surveillance, du point de vue technique, etc.....

Enquêteur : Surtout au niveau technique, ils sont quand

même forts

Enquêté : Oui, bien sûr !

Enquêteur : Est-ce que vous attendriez des contreparties à un effort de prescription de H.A.D ou pas? Ou est-ce que c'est normal, c'est un service rendu au patient ?

Enquêté : Contrepartie de quel ordre ?

Enquêteur : Par exemple avec un médecin coordonnateur qui serait présent sur place et qui assurerait certaines gardes ou autre chose...

Enquêté : Non !

Enquêteur : Pour vous, c'est normal. Si on imagine que la H.A.D se développe, est-ce que vous pensez que le médecin coordonnateur va pouvoir faire des visites ou des choses comme ça... ou est-ce que ce n'est pas son boulot et que...

Enquêté : Ah ! Et bien, moi, je pense que notamment la visite d'entrée...la mise en route d'une H.A.D...c'est quand même bien que le médecin coordonnateur soit là, soit présent pour régler un petit peu, le cadre des interventions de chacun !

Enquêteur : D'accord...Et après, s'il y a plus d'hospitalisation à domicile, donc avec le généraliste qui aura plus de visites à aller faire à droite et à gauche. Est-ce que vous pensez que lui, il peut venir, ou...

Enquêté : Eh bien ! Dans ce cas-là, il suffit simplement qu'on lui donne plus de temps d'activité. Je crois qu'il est seulement à 1 jour...soit à 20 ou 40%...vraiment du temps partiel, très partiel...

Enquêteur : 40 je crois

Enquêté : Donc, à ce moment-là, la solution, c'est d'augmenter son temps !

Enquêteur : Et vous, ça ne vous poserait pas problème qu'il aille faire des visites à votre place ?

Enquêté : Des visites de quoi ?

Enquêteur : Et bien, aller voir le patient...

Enquêté : ça ne sera pas forcément à ma place...Je crois que chacun a un rôle qui est différent... Moi, c'est le suivi du patient, lui, c'est celui du patient dans la H.A.D...Ce sont 2 fonctions qui m'apparaissent bien distinctes !

Enquêteur : Voilà...D'accord...Au niveau des formalités administratives, vous n'avez pas eu de soucis particuliers, ça

ne vous a pas posé problème, ça ne vous a pas paru trop lourd ?

Enquêté : De quoi faire ?

Enquêteur : Des formalités administratives...

Enquêté : Bof, non...c'est...assez simple !

Enquêteur : Bien...Vous avez déjà eu affaire à des prescriptions pré-remplies ?

Enquêté : Pardon ?

Enquêteur : Des prescriptions pré-remplies, par exemple de matériel. Vous avez déjà rencontré cela ?

Enquêté : Oui, je pense...Ou on est d'accord et on signe ou on n'est pas d'accord et on ne signe pas !

Enquêteur : C'est quelque chose à laquelle vous adhérez ou pas ?

Enquêté : Oui...non... ça ne me pose pas de souci

Enquêteur : Pas de souci, d'accord....Vous n'aviez pas eu de patient en EHPAD en H.A.D ?

Enquêté : Alors il y a eu un patient en EHPAD, à la maison de retraite, mais c'était pas un de mes patients. En EHPAD, moi, personnellement, je n'en ai pas eu.

Enquêteur : D'accord. Est-ce qu'il y avait un courrier de sortie au moment de vos hospitalisations, à la fin...

Enquêté : A la fin du HAD ? Bien, comme j'ai dit, ça s'est terminé assez rapidement. Oui, je pense avoir eu un mot de sortie à chaque fois.

Enquêteur : Est-ce que vous avez trouvé que ce pouvait-être un moyen, un levier pour faire le lien avec le généraliste ou est-ce que c'est simplement un mot informatif ?

Enquêté : C'était simplement par correction

Enquêteur : De la correspondance de politesse, en quelque sorte ?

Enquêté : Oui, c'est ça.

Enquêteur : Vous, qu'est-ce qui pourrait favoriser votre prescription d'HAD ?

Enquêté : Ben, j'aimerais bien, surtout savoir quand on peut prescrire une HAD. Voilà.

Enquêteur : D'accord, c'est surtout ça ...L'équipe, vous aviez dit que vous les connaissiez un petit peu...

Enquêté : Oui, les modalités techniques, on va les retrouver facilement...euh...

Enquêteur : Les prescriptions, ça ne vous avait pas posé problème, au niveau médicamenteux, par exemple ?

Enquêté : Non, absolument pas !

Enquêteur : Voilà, c'est donc surtout sur les critères qu'on peut...

Enquêté : C'est ça, les critères pour déterminer quand...quand une HAD présente un intérêt pour le patient...

Enquêteur : Effectivement...Petite question subsidiaire : la télémedecine, est-ce que vous pensez que ça peut changer, en bien ou en mal, les rapports des médecins généralistes avec l' HAD ?

Enquêté : Qu'on puisse avoir des conférences par télémedecine ?

Enquêteur : Voilà, télémedecine, télé expertise...

Enquêté : Qu'on puisse avoir un contact par télémedecine avec le médecin coordinateur ?

Enquêteur : Avec le médecin coordinateur ou avec le patient...avec la téléconsult' ou la télésurveillance...c'est-à-dire avec un enregistrement de n'importe quel paramètre vital...le poids ou le pouls ou je ne sais pas... Voilà !

Enquêté : [Blanc]

Enquêteur : hum, c'est compliqué, ça ? Qu'est-ce que vous en pensez ? C'est dans l'air du temps...dès qu'ils parlent d'une HAD, ils disent qu'il faut faire de la télémedecine

Enquêté : ça sera certainement plus facile, par exemple avec le médecin coordinateur...On a un souci, on peut l'avoir..., rapidement...ça lui ferait gagner du temps...je pense que de ce point de vue, c'est le plus intéressant, et du mien...euh...En tant que médecin généraliste, j'aime encore bien le voir, bien évidemment...bon, mais je comprends que s'il est débordé, qu'il a 36000 trucs... Il n'aura pas le temps de courir partout et je ne sais pas quelle est l'étendue de la circonscription de l'HAD d'Epinal ...Probablement assez vaste

Enquêteur : C'est vaste, d'autant qu'ils viennent de récupérer le secteur de Neufchâteau. Puisque ça a coulé là-

bas, Epinal a récupéré le secteur : c'est donc un secteur immense avec éventuellement des antennes qui vont se développer sur Vittel ou des choses comme ça ...

Enquêté : D'accord, d'accord...qu'on puisse avoir un contact par internet_

Enquêteur : Ce qui commence à être un envisagé, c'est de mettre des tablettes au domicile des patients pour faire un dossier informatisé. Vous pensez que c'est une bonne chose ou que ça va compliquer le travail ?

Enquêté : En moyenne, combien de temps les gens restent en HAD ?

Enquêteur : C'est quelques jours...une dizaine, à peu près...

Enquêté : Alors, est-ce que ça vaut le coup de se lancer dans un gros truc pour un temps relativement court...on ne peut pas dire autrement ! Moi, c'est la question que je pose...

Enquêteur : Oui, c'est vrai...C'est une réponse qui...

Enquêté : Sachant qu'un contact téléphonique, quelquefois, quand on a un souci particulier...l'essentiel, plutôt que la télémedecine, c'est qu'on ait un correspondant toujours disponible...qui puisse être là quand on en a besoin...et pas un numéro de téléphone qui vous renvoie à perpète...

Enquêteur : Bien... . D'accord.

Enquêté : Voilà, je pense que dans un premier temps, la télémedecine, c'est quelque chose pour l'avenir...je ne sais pas si ce sera bien ou pas bien...Mais compte-tenu des situations-là, je ne pense pas que ce soit, dans l'immédiat, forcément la meilleure formule...

Enquêteur : d'accord...Vous parliez du médecin coordinateur, c'est quoi son rôle à lui ? C'est un rôle d'expertise pour vous ?

Enquêté : Il a un double rôle, d'abord celui de gérer son personnel auprès des patients et puis, gérer la relation avec le médecin traitant.

Enquêteur : D'accord...Bon, c'est OK...On a fini... Voulez-vous que je vous envoie les résultats ?

Enquêté : Oui bien sûr...

Enquêteur : par mail, tu as mon adresse mail ?

ENTRETIEN 9

Enquêteur : Le projet de ma thèse, c'est de favoriser l'accès

des populations à l'HAD, grâce au médecin généraliste. Comme on le disait, l'entretien est enregistré, mais il est anonyme, je ne suis pas envoyée par l'HAD d'Epinal, je ne fais pas partie de leur équipe, donc il ne faut pas hésiter à me dire s'il y a des points négatifs, parce qu'il y en a qui pensent que je suis envoyée par eux.

Enquêté : Je n'ai pas de... même si vous étiez envoyée par eux...ça ne m'empêcherait pas!

Enquêteur : Je préfère préciser, parce qu'il y a certaines personnes pour qui ce n'est pas clair. Pour commencer, on va parler un peu de votre parcours et de votre façon de travailler. Vous êtes installée depuis quand, vous ?

Enquêté : 1981!

Enquêteur : D'accord, et donc, c'est un exercice en groupe, en maison de santé depuis juillet 2012, c'est ça ?

Enquêté : Juillet 2012.

Enquêteur : Vous êtes informatisée?

Enquêté : Oui!

Enquêteur : Vous faites combien de consultations par jour, à peu près ?

Enquêté : Consultations/visites, c'est ça ?

Enquêteur : Consultations toutes seules, et visites toutes seules...

Enquêté : Au total, je peux vous dire, je tourne autour de 30 par jour, un petit peu au-dessus de 30...

Enquêteur : De belles journées !

Enquêté : Oui, mais je ne travaille que 3 jours par semaine!

Enquêteur : C'est vrai. Combien de visites par jour à peu près ?

Enquêté : Alors, attendez ! J'ai dit ça au global, alors on va dire 28...c'est difficile de répondre à votre question, parce que, en maison de retraite, on compte une visite, et le reste en consultations, donc vous voulez compter le nombre de visites que je compte ?

Enquêteur : Oui, ce qui est important, c'est le nombre de déplacements, puisque c'est ça qui va jouer sur la disponibilité pour l'HAD...

Enquêté : Alors à ce moment-là, on va dire en moyenne 27 consultations et 4 visites, voilà.

Enquêteur : Donc pas mal de déplacements quand même?

Enquêté : Ben, il y a 3 maisons de retraite dans le coin, et j'ai pas mal de personnes âgées; donc, depuis qu'on a déménagé, certaines ne peuvent plus venir parce que c'est trop difficile d'accès pour elles!

Enquêteur : Ah ouais ! C'est ballot, ça ! Vous n'avez pas d'exercice particulier, en homéopathie, acupuncture ?

Enquêté : Si je fais de l'homéopathie !! Mais pas euh... en accessoire... très peu de mésothérapie, j'en ai fait, mais je n'en fait plus maintenant!

Enquêteur : d'accord. Vous diriez que votre emploi du temps est bien planifié, ou vous vous sentez débordée ?

Enquêté : Bah, on a plus de boulot depuis que le docteur A de B est décédé quoi. Donc, là, c'est... Mais en travaillant 1 jour sur 2, c'est des grosses journées, mais ça reste acceptable, dans la mesure où un jour sur 2, c'est bien. Je ne travaillerais pas 12h à 13h par jour toute la semaine!

Enquêteur : D'accord. Qu'est-ce que vous attendez de votre métier, qu'est-ce que ça vous apporte votre métier ?

Enquêté : Ben, c'est beaucoup le côté relationnel, le côté euh...c'est beaucoup ça dans ce métier, ben bien sûr c'est d'essayer de guérir les gens, c'est toujours valorisant quand on fait des beaux diagnostics et quand on guérit quelqu'un d'un... mais c'est... beaucoup la relation à l'autre quand même.

Enquêteur : D'accord. Est-ce que vous avez une activité extérieure, représentative, électorale, ou associative ?

Enquêté : Non, plus maintenant!

Enquêteur : Plus maintenant, donc ça a été le cas?

Enquêté : ça a été le cas!

Enquêteur : On va parler maintenant de votre expérience avec l'HAD. Vous avez eu combien de patients à peu près vous diriez?

Enquêté : En HAD ?

Enquêteur : Hum...

Enquêté : J'ai dû en avoir 3...

Enquêteur : D'accord...

Enquêté : 2 ou 3, 3!

Enquêteur : Et comment est-ce que vous considérez l'HAD ? Est-ce que c'est une solution de 1^{er} recours ? De 2^e recours, comment vous voyez ça ?

Enquêté : Euh...1^{er} recours, non, parce que, en général, tous ceux qu'on a eu, c'était post hospitalisation, ou post consultation hospitalière. De nous-mêmes, j'en ai jamais... parce qu'ils ont des critères un peu restrictifs, pour en fait, pour nous, et il faut qu'ils aient des places de libres et puis, non, c'est pas le 1^{er} recours ; c'est pas du tout le plus simple à mettre en place pour nous !

Enquêteur : C'est pas le plus simple, d'accord! Est-ce que vous trouvez que c'est une solution économique, c'est-à-dire un peu le parent pauvre de l'hôpital, ou est-ce que finalement, c'est une solution comme une autre ?

Enquêté : Je ne le vois pas comme le parent pauvre de l'hôpital, je le vois comme une solution intermédiaire, pour des gens qui peuvent être au domicile...non, non, pas du tout, c'est une adaptation à la maison, une réadaptation éventuellement...

Enquêteur : Comment vous voyez les moyens qui sont autour de vous ? Alors, hospitalier ou euh...on va dire d'aide, quand le domicile peut être suffisant ? Est-ce que vous avez assez de choses à disposition ?

Enquêté : Il n'y en a jamais assez !

Enquêteur : Il n'y en a jamais assez..;

Enquêté : Parce que nous, ce qu'on a, c'est les infirmières libérales, on a les kinés en libéral, on a l'ADMR ou l'ADAPA, ça dépend des personnes, et puis, on a le SSIAD éventuellement! Voilà c'est de ça dont on dispose, et les gens eux, ils vont disposer éventuellement de l'APA pour les aider; avant, ils avaient des aides de la CARSAT, mais ça c'est pffut...[signe terminé des mains], c'est coupé, ce qui fait qu'on est très enquiné, parce que on a des gens qui n'ont plus rien du tout, qui ne rentrent pas soit disant dans les critères de l'APA, mais je pense qu'ils ont durci leur critères parce qu'ils n'ont plus de sous. Bon, quant à l'HAD, ça n'en parlons pas, l'APA, ça rentre pas du tout là-dedans, le SSIAD non plus. Ce qui nous manque, ce n'est pas tellement humain, c'est plutôt des moyens financiers qui manquent aux gens. Les moyens humains avec tout ça, avec les alertes téléphoniques font qu'on peut, qu'on pourrait garder les gens à la maison, mais il faut qu'ils aient les moyens.

Enquêteur : Vous pensez que ça leur coûte cher, aux gens, l'HAD?

Enquêté : Je ne sais pas, je ne pense pas, c'est une hospitalisation, donc ça leur coûte pas plus qu'une journée d'hospitalisation, même moins.

Enquêteur : En HAD, il y a tout ce qui est hôtellerie, qui est à charge de la famille, qui pourrait être économisé si...

Enquêté : Frais d'hôtellerie?! Ils sont chez eux!

Enquêteur : Oui, mais s'ils étaient à l'hôpital...

Enquêté : Ben oui, c'est économisé vous voulez dire, pour les gens qui y sont, enfin pour la sécu. Ben pour eux, je ne sais pas ce que ça leur coûte, en fait, j'en sais rien!

Enquêteur : C'est comme s'ils n'étaient pas hospitalisés?

Enquêté : Oui, c'est ça!

Enquêteur : Euh...est-ce qu'il y avait eu des soucis au moment de vos HAD, ou pas ?

Enquêté : Non, les 3 HAD que j'ai eues, il n'y a pas eu de soucis, ça a été très bref, mais je trouve que c'est vraiment trop restrictif leur truc ; c'est pas comme une hospitalisation, ça s'appelle hospitalisation à domicile, mais en fait, c'est pas une hospitalisation, c'est certains soins, en fait, qui sont faits par eux, et c'est tout.

Enquêteur : Oui?

Enquêté : Donc par exemple, j'avais des perfusions chez une dame, c'est vrai, bon, c'était ça ; un autre, c'était à peu près ça, et pis ça a arrêté dès qu'il n'en a plus eu besoin, ou dès qu'il les a refusées plus exactement les injectables, perfusions sur une...et le 3^e, c'était une VAC.

Enquêteur : Oui..;

Enquêté : Donc, en fait, l'HAD a mis ça en route, parce que ce sont les infirmières qui s'en sont occupées!

Enquêteur : Oui, d'accord, donc c'étaient pas des patients non plus...

Enquêté : C'était très court!

Enquêteur : ...lourds?

Enquêté : Ben, il y en a un, quand il est rentré, il était rentré pour mourir à la maison, en fait, il a vécu un an et demi chez lui, deux ans, même! Le fait d'être rentré à la maison, ça l'a reboosté, il a envoyé toute la structure, il n'en a plus eu besoin, grosso modo, c'était ça!

Enquêteur : D'accord, d'accord. Sur le plan financier, ça vous avait semblé adapté ?

Enquêté : Euh, le plan financier, pour qui ?

Enquêteur : Pour vous!

Enquêté : Pour moi, dans les 3 cas que j'ai eus là, en fait, c'est de patients à moi, j'ai eu la visite d'inclusion, et puis, il n'y en a plus eu d'autres après.

Enquêteur : D'accord

Enquêté : C'était terminé ; pour moi, c'était les visites que je fais actuellement, il n'y avait rien de particulier.

Enquêteur : Est-ce que c'est une visite habituelle ?

Enquêté : Ben...c'est une visite administrative...

Enquêteur : D'accord

Enquêté : J'ai pas vraiment... c'est une visite administrative, il y a ci, on fait ça, et pis voilà. C'était vraiment...

Enquêteur : D'accord. Au niveau des fondements de l'hospitalisation à domicile, pour vous, est-ce que c'est une bonne chose de garder le patient le patient à la maison ?

Enquêté : Bien sûr. À condition que tout le reste puisse suivre, parce que l'hospitalisation à domicile, ils viennent faire un soin, par exemple si vous avez un grabataire; il faut qu'il y ait quelqu'un d'autre qui puisse venir le mobiliser, qui puisse venir lui donner à manger, etc. donc c'est qu'une petite partie, si c'est vraiment un gros cas, c'est qu'une petite partie, d'un tout...

Enquêteur : De la prise en charge?

Enquêté : Oui!

Enquêteur : Au niveau de l'image de marque de l'HAD, c'est... vous aviez des a priori particuliers ou pas ?

Enquêté : Non, j'ai pas d'a priori, mais j'ai pas... je vous dis, moi, ce que j'ai eu, c'était pas... [Blanc]

Enquêteur : C'était pas transcendant, quoi?

Enquêté : Ben, si, pour les gens, c'était bien, je pense; mais ça m'a paru mettre en route un gros truc pour... [Blanc]

Enquêteur : Pour pas grand-chose, pour pas un service rendu énorme?

Enquêté : Ben il me semble que, je vous dis, dans un cas, les

infirmières ont pris le relais immédiatement, donc en fait, je crois que l'HAD elle est...ils sont...ils venaient une fois je crois, juste pour vérifier... je sais même plus, parce que, en fait, j'étais hors du coup, là moi. ..[Blanc]

Enquêteur : oui... Vous vous êtes sentie, comme ça, un peu mise à l'écart ?

Enquêté : Non, non, je ne suis pas mise à l'écart, c'était un traitement qui n'était pas un traitement... la VAC, ce n'est pas un traitement... c'est pas mon rôle de la gérer au jour le jour. Non, non, je ne me suis pas sentie mise à côté, mais je veux dire que je ne sais pas exactement comment ils sont intervenus après, quoi?

Enquêteur : D'accord. Au niveau relationnel, ça c'était bien passé ?

Enquêté : Ah, oui, aucun problème

Enquêteur : Les familles étaient contentes ?

Enquêté : Oui, il n'y a pas eu de soucis.

Enquêteur : Les patients aussi ?

Enquêté : Oui

Enquêteur : Vous-même, vous n'aviez pas eu de problème avec le médecin coordonnateur, le médecin hospitalier, le directeur de l'HAD?

Enquêté : pas de problème, pas de problème. C'est l'infirmière que j'ai rencontrée, je crois.

Enquêteur : C'est possible!

Enquêté : C'est l'infirmière chef qui vient à domicile ?

Enquêteur : ça dépend des fois! Ça peut être le médecin coordinateur, ça peut être...

Enquêté : Non, je n'ai vu que l'infirmière chef, moi, j'ai pas vu le médecin coordinateur...

Enquêteur : ça peut être la responsable d'établissement aussi qui se déplace.

Enquêté : Non, non, je pense que c'est l'infirmière, je pense que c'était à chaque fois l'infirmière!

Enquêteur : Au niveau technique, vous n'aviez pas été mise en difficultés avec le matériel?

Enquêté : Je ne peux pas être mise en difficultés avec le matériel, vu que la VAC, c'est pas moi qui m'en occupait, le

reste, c'était des perfusions ou des injectables, donc, non, je n'ai pas eu à faire à d'autre matériel. J'ai plus été embêtée en garde avec une pompe à morphine.

Enquêteur : Oui?

Enquêté : J'ai jamais appris à me servir d'une pompe à morphine! J'étais pas le médecin traitant, en plus, donc, là, j'étais un petit peu plus embêtée...

Enquêteur : Il n'y avait pas eu d'urgence avec une famille ou un patient qui vous appelle en vous disant « Venez tout de suite, il y a quelque chose qui ne va pas » ?

Enquêté : Non, dans les cas que j'ai eus, jamais!

Enquêteur : Oui, ça ne se prête pas, c'est pas le patient, je veux dire, dyspnéique de 2h du matin...

Enquêté : Ben, de toute façon, ça n'a rien de particulier, qu'il soit à l'HAD ou qu'il soit... aucune différence. Ça, c'est les urgences, elles sont traitées en tant qu'urgence, c'est pas...

Enquêteur : C'est vrai. D'un point de vue éthique, ça ne vous pose pas de problème, l'hospitalisation à domicile ?

Enquêté : Comment ça, qu'est-ce que vous voulez dire ?

Enquêteur : Et ben, ça pourrait être un souci de laisser le patient à la maison, admettons pour un patient un peu seul, ou...

Enquêté : Ben, tous ceux que j'ai eus, ils étaient entourés...

Enquêteur : D'accord!

Enquêté : J'ai jamais eu de patient seul à domicile. Moi j'ai déjà eu des gros patients grabataires à domicile; la famille venait visiter, l'ADMR venait visiter, l'HAD n'est jamais intervenue, alors qu'ils sont restés, ils ont fini leur vie comme ça. Mais, non, non, si ça va pour les gens pour l'instant, j'ai pas eu de soucis.

Enquêteur : D'accord...

Enquêté : Si ça va pour les gens, ça me va aussi.

Enquêteur : D'accord. Au niveau des responsabilités, vous vous étiez posé des questions ou pas ?

Enquêté : **Ma** responsabilité ?

Enquêteur : Oui

Enquêté : Pour moi, j'ai la même responsabilité, je suis

médecin traitant, donc j'ai la responsabilité de ce qui... si ils me demandent quelque chose... bon, si... c'est sûr que si c'est l'HAD qui, je ne sais pas moi, qui fait une erreur, ben, c'est la responsabilité de l'HAD. Je ne me suis pas posée plus de question que ça.

Enquêteur : D'accord

Enquêté : De toute façon on assume la responsabilité de ce qu'on fait tout le temps...

Enquêteur : Hum hum...

Enquêté : donc il n'y a pas de...

Enquêteur : Vous avez reçu une formation à l'HAD ou pas ?

Enquêté : Non

Enquêteur : Et vous pensez que vous en auriez besoin ou pas ?

Enquêté : On nous avait juste expliqué une fois ce que c'était, mais en 5 minutes, quoi, je dirais ; mais, une formation à quoi ? Si, c'est pas vraiment une formation, mais qu'on nous donne les critères plus précisément éligibles à l'HAD, parce que ça, c'est pas très clair...

Enquêteur : D'accord

Enquêté : Et puis... [Blanc], et puis, j'ai même plus leur numéro, je ne saurais même pas les contacter à vrai dire. Je trouverais, je pense, dans l'annuaire...

Enquêteur : Mais ces démarches, dans l'urgence, c'est pas évident!

Enquêté : En plus, j'ai pas d'annuaire, si je suis à domicile ; dans l'urgence, appeler l'HAD, ça ne me viendrait pas à l'idée!

Enquêteur : D'accord!

Enquêté : Parce que si c'est quelque chose qui est urgent, je vais plutôt démarrer par une hospitalisation pour mettre les choses bien à plat ; pour moi, l'hospitalisation à domicile, c'est quand il y a quelque chose de défini à faire, si vous voulez, c'est une suite, une suite d'hospitalisation ou une suite de ce qu'on a fait, mais c'est pas...c'est pour ça que je vous disais que ce n'est pas de la première intention!

Enquêteur : Hum hum. Ça pourrait aussi être un patient que vous voyez se dégrader progressivement, et vous dire : « Ce coup-ci, on n'est plus SSIAD, on est plus HAD! »

Enquêté : Ben c'est là que j'aimerais bien avoir la limite de

ce truc justement, mais je ne sais pas la limite...

Enquêteur : C'est ça le problème, il y a encore plein de patients qui sont entre les... et on ne peut pas les accepter en HAD, mais ils sont trop lourds pour un SSIAD. Donc c'est aussi dans les pourparlers de faire un truc plus linéaire...

Enquêté : Voilà! Mais ce qui serait bon, c'est qu'on sache quelles sont leurs missions, quels sont leurs critères, quels sont leurs limites, en haut et en bas.

Enquêteur : Hum;

Enquêté : ça, on ne l'a pas vraiment!

Enquêteur : Pour revenir sur la formation, qu'est-ce que vous aimeriez ? Une plaquette bien claire, disant voilà l'HAD fait ça, ça, ça, ou alors une petite formation pour rencontrer l'équipe, une réunion, plutôt je veux dire, pour rencontrer l'équipe et en même temps voir les critères ?

Enquêté : Non, je pense qu'une plaquette assez claire, avec les moyens de joindre les personnes...que nous on les joigne à notre demande à nous, ça me paraîtrait plus pertinent.

Enquêteur : D'accord. Pourquoi, d'après vous, les médecins généralistes ne prescrivent pas d'hospitalisation à domicile ?

Enquêté : Ah ben, déjà parce que leurs critères sont pas clairs et on ne sait pas qui rentre dedans et qui n'y rentre pas! Pour moi, c'est le premier truc et puis ce n'est pas... il y a une mise en route, moi, je vois, j'ai eu un ami chez qui on devait mettre en route l'HAD, mais ça prend du temps...

Enquêteur : Oui?

Enquêté : C'est pas immédiat, alors que toutes les autres aides, que ce soit les infirmiers, les kinés, l'ADAPAH, même le SSIAD, s'ils ont de la place, on peut le mettre en route rapidement, tandis que l'HAD, il y a une inertie qui est...enfin bon, j'ai pu constater, pas dans mes patients parce que c'étaient des post-hospitaliers, dans de la famille ou des amis, c'est qu'il y a une inertie qui est trop importante pour qu'on puisse les mettre en route à domicile, moi, c'est ce qui m'a gêné.

Enquêteur : d'accord. Au niveau de vos besoins, est-ce que vous avez recours à autre chose comme moyen, c'est-à-dire par exemple le réseau Autrement? le SSIAD, vous en avez parlé...

Enquêté : Le réseau Autrement, c'est pour le réseau Alzheimer ?

Enquêteur : Non, c'est du soin palliatif...

Enquêté : Ah ! Les soins palliatifs ! [Moue]

Enquêteur : ah ! Parlons-en !

[Rires]

Enquêté : On n'en parle pas, c'est un autre sujet, sinon, je vais dire ce que je pense des équipes mobiles de soins palliatifs, ce sera pas sympa...

Enquêteur : D'accord !

[Rires]

Enquêté : Parce que quand on fait du 8h-12h 14h-17h, les gens, ils ont besoin aussi bien le soir, la nuit, le week-end, mais là, c'est plus eux, c'est nous ! Donc, stop !

Enquêteur : C'est pas évident !

Enquêté : Les soins palliatifs pour moi, c'est vraiment...

Enquêteur : Accessoire ? C'est un truc auquel vous n'avez pas recours ?

Enquêté : J'ai pas recours aux soins palliatifs, le truc que j'aimerais pour les soins palliatifs comme pour l'HAD, c'est avoir un numéro de téléphone pour joindre une personne qui a plus l'habitude, parce que je suis bien consciente que, même si ça fait plus de 30ans que je travaille, que je n'ai pas rencontré toutes les situations; il y a toujours des situations à problème, quelqu'un qui puisse m'aider dans ces moments-là, pas quelqu'un qui ne connaît pas la personne, qui va la voir, avec des gros sabots, j'ai des amis aussi qui ont eu la visite des équipes mobiles, ben, ils n'y sont pas retournés 2 fois !

Enquêteur : Ouais ? D'accord...

Enquêté : Non, non, non. On n'aborde pas les gens en fin de vie qu'on ne connaît pas, c'est pas...c'est pas fait comme il faut.

Enquêteur : Le rôle du médecin coordinateur, c'est quoi pour vous ?

Enquêté : Pfff... le coordinateur de où cette fois ? [Rires]
Vous me lancez sur des sujets que...

Enquêteur : Le coordinateur de l'HAD!

Enquêté : Bof, à mon avis le coordinateur de l'HAD, c'est comme les coordinateurs ailleurs, c'est un administratif, point.

Enquêteur : D'accord...

Enquêté : Voilà, c'est tout. Ce que je pense de l'administratif, c'est des postes qui sont occupés par des gens qui serait mieux utilisés ailleurs!

Enquêteur : D'accord...

Enquêté : Voilà, j'ai résumé à peu près la situation...

Enquêteur : Est-ce qu'il a un rôle d'expertise pour vous, ou pas du tout ?

Enquêté : J'en sais rien ; pour moi, c'est un administratif, donc les administratifs, le rôle d'expertise, euh...

Enquêteur : Pas du tout?

Enquêté : Non, ils ne sont pas... pour moi, à moins que ce soit des gens qui ont vraiment été sur le terrain et qui aient vu, sinon, ce sont des gens qui sont un peu déconnectés....

Enquêteur : C'est important pour vous que le coordinateur, il ait connaissance du terrain, de l'exercice libéral ?

Enquêté : Oui, un peu ! C'est surtout, pour moi, tous ces postes de coordinateur quels qu'ils soient, devraient être réservés à des médecins en fin de carrière, qui ont besoin d'être un peu moins sollicités jour et nuit et que les jeunes se réservent les postes justement plus actifs

Enquêteur : Hum hum...

Enquêté : Mais sous-entendu qu'il faut que les médecins soient demandeurs, évidemment, s'ils préfèrent les postes actifs... mais pas en faire des carrières de médecins coordonnateurs, ça rime à rien, c'est pas la peine de faire 9 années d'études de médecine pour être coordonnateur!

Enquêteur : Hum ; quand vous dites médecin, vous voulez dire médecin généraliste ? Réserver le poste de médecin coordonnateur à des médecins généralistes?

Enquêté : L'HAD intervient à domicile, sur des patients de médecine générale, donc, oui, oui! Mais tous coordinateurs confondus, hein, pas seulement de l'HAD...

Enquêteur : D'accord [sourires]

Enquêté : Vous me lancez là- dessus, j'en aurai pas fini !

Enquêteur : Oui, donc, pour vous le fait...

Enquêté : Au lieu d'avoir des jeunes médecins coordonnateurs, vous auriez des jeunes qui viennent s'installer avec vous, ce serait quand même mieux, non ? C'est pas un médecin de 63ans qui va venir s'installer à S. ?

Enquêteur : ça c'est sûr ! Donc pour vous, l'idée qu'un médecin coordonnateur aille faire des visites, lui-même, parce que c'est la nuit, ou parce que vous n'avez pas le temps...

Enquêté : Ah, ben ça, si, s'il est compétent, je veux bien, mais s'il a fait toute sa carrière en tant que coordonnateur, il n'en est pas capable...

Enquêteur : D'accord. Parlons un peu des infirmières coordonnatrices : est-ce que vous pensez, si l'HAD était amenée à se développer, qu'elles pourraient devenir plus soignantes, ou est-ce que ce n'est pas leur rôle, et elles restent coordinatrices ?

Enquêté : Non, je trouve que non, ça devrait être leur rôle ; si elles perdent le contact avec le terrain, elles vont devenir des administratives de la même façon, donc c'est pas la peine de prendre des infirmières, vous prenez quelqu'un qui est capable de gérer une administration, pas quelqu'un qui a une formation de soins pour faire un boulot administratif, comme on ne va pas prendre un administratif pour tenir le boulot d'un médecin. La coordonnatrice, ok c'est une infirmière qui a peut-être plus d'expérience, mais il faut qu'elle reste sur le terrain, il faut qu'elle reste une partie sur le terrain, sinon, c'est pas la peine.

Enquêté : Hum hum...

Enquêteur : Est-ce que vous avez déjà eu affaire à des prescriptions pré-remplies, pas forcément dans le cadre de l'HAD ?

Enquêté : Qu'est-ce que vous appelez des prescriptions pré-remplies ?

Enquêteur : C'est une liste avec 3 poches de..., 2 tubulures...

Enquêté : Que je dois signer simplement ? Euh non!

Enquêteur : Vous n'en n'avez jamais eu ?

Enquêté : Non!

Enquêteur : D'accord. Et vous pensez que c'est une bonne chose, ou pas ? Si vous n'en avez jamais eu, c'est peut-être difficile de juger.

Enquêté : Ben, si c'est le matériel dont elles ont besoin, si c'est elles qui font les soins, elles savent de quoi elles ont besoin, donc ça me paraît logique. C'est pas moi qui suis capable de compter le nombre de tubulures, j'en sais rien, le nombre de poches et de machins. Non, ça, ça ne me choque pas ; d'ailleurs, les infirmières libérales font leur

prescription maintenant, donc les infirmières de l'HAD pourraient avoir leur propre prescription de matériel, c'est pas moi qui vais compter les aiguilles comme vous disiez tout à l'heure. Donc, non, ça me paraît...

Enquêteur : Vous aviez eu des patients en EHPAD ou pas ? En HAD ?

Enquêté : Ah, non, en EHPAD, ils ne sont pas en HAD, ils sont en EHPAD quoi!

Enquêteur : On peut faire de l'HAD en EHPAD maintenant.

Enquêté : Non, j'en ai jamais eu. Ben, les infirmières en EHPAD, elles assurent tout ça, à part qu'on ne fait pas tout ce qui est perfusion intraveineuse...

Enquêteur : Voilà!

Enquêté : Alors l'infirmière d'HAD, elle va rester à côté du patient tout le temps de la perfusion?

Enquêteur :...

Enquêté : Alors, on a exactement le même problème que si l'infirmière de l'EHPAD va poser...

Enquêteur : C'est normalement la libérale qui vient sur l'HAD!

Enquêté : Mais c'est qui qui va la surveiller ? Si ça passe à côté, c'est qui ? On a le même problème pour tout ça, que par rapport aux infirmières libérales seules, ou aux infirmières de maison de retraite. On ne fait pas de l'intraveineuse, parce qu'il faut pouvoir surveiller de près, sauf, si, on peut en faire des fois, mais sur 5 minutes, 10 minutes. Par exemple, moi, la dame qui était sous perfusion, c'était une dame jeune, enfin assez jeune on va dire, elle a quand même 70ans, mais elle est tout à fait capable de surveiller son truc....

Enquêteur : Hum, d'appeler si ça...

Enquêté : Oui, s'il y a un problème. Non, mais ça c'est la limite; pareil, ou alors, il faut qu'ils aient une sonnette aussi, pour qu'il y ait quelqu'un qui intervienne immédiatement ; je ne crois pas qu'ils arriveront tout de suite... Je ne vois pas trop l'utilité de l'HAD en EHPAD, j'arrive pas bien à comprendre.

Enquêteur : ça se discute, c'est compliqué, c'est des critères encore plus restrictifs que...

Enquêté : Ecoutez, on les garde jusqu'au bout en EHPAD, on fait les –on ne fait pas de perf IV, c'est vrai-mais on fait

absolument tous les soins, pansements et oxygène et tout ce qui est... là, je n'arrive pas bien à voir l'utilité de l'HAD!

Enquêteur : ça permet d'avoir un petit peu plus de ressources quand il y a des nursings très lourds!

Enquêté : ... [Blanc] bon, écoutez, franchement, les nursings très lourds, on en a une paire dans les fins de vie, on se débrouille sans l'HAD. On a les matelas à air, les équipes sont formées, elles se relayent pour mobiliser les gens régulièrement, elles sont sur place, donc tous les tant de temps, elles le mobilisent...non, je ne vois pas l'utilité de l'HAD en EHPAD.

Enquêteur : D'accord. Est-ce que vous vous rappelez avoir eu des courriers de sortie d'HAD ?

Enquêté : Non!

Enquêteur : Vous pensez que vous en auriez...que vous auriez apprécié en avoir ? Ou comme c'est vous qui avez géré, c'est peut-être pas la peine...

Enquêté : J'ai pas vu l'utilité. Non, dans les 3 cas, je vous dis que j'ai eu en HAD, le courrier de sortie, euh...je savais que c'était terminé, le patient était guéri, ben l'autre retrouvait toute son autonomie, non, je ne vois pas l'intérêt d'avoir un courrier dans ces cas-là!

Enquêteur : D'accord.

Enquêté : Dans ces cas-là. Je ne dis pas dans d'autres cas, mais là, non.

Enquêteur : Hum hum. Est-ce que vous attendriez des contreparties à un effort de prescriptions d'HAD ou pas? Ou est-ce que c'est un service rendu normal au patient, quand il y en a besoin ?

Enquêté : Des contreparties financières ?

Enquêteur : De toute nature, c'est-à-dire que ça pourrait être par exemple moins de garde parce que le médecin coordinateur rentre dans le tour de garde ou alors ma fois, pourquoi pas financière ou autre ?

Enquêté : Pour les gardes, là, je suis d'accord, mais pour le reste, non, c'est mon boulot.

Enquêteur : D'accord!

Enquêté : C'est mon boulot, ça en fait partie comme le reste.

Enquêteur : Après, vous-même, qu'est ce qui pourrait favoriser votre prescription d'HAD ?

Enquêté : Alors, la première chose, c'est de comprendre exactement leurs limites

Enquêteur : Ce que c'est...

Enquêté : D'avoir leurs limites; qu'ils puissent intervenir à la demande, rapidement, pas avec toute une logistique à mettre en route, qui fait que quand c'est mis en route, c'est trop tard. Grosso modo, c'est un peu ça. On a perdu tous les avantages, on a changé, c'est plus du tout le même contexte. Il y a ça, et puis...c'est essentiellement ça. Déjà de bien savoir, la rapidité d'intervention, et puis...non, je ne vois que ça.

Enquêteur : D'accord. La dernière question, à propos de la télémedecine : est-ce que vous pensez que ça pourrait changer –en bien ou en mal- les rapports des médecins généralistes avec l'HAD ?

Enquêté : Prrrr... non, pour moi. Oh ben non, attendez ! Ah non, non, non, non !! [Rires] Là, je ne suis pas d'accord, rencontrer quelqu'un, c'est quand même à la limite mieux que de...

Enquêteur : A la limite...

Enquêté : On rencontre les gens, les personnes de l'HAD, au domicile du patient, donc on voit le patient ; donc une télémedecine, on ne va pas la faire au chevet du patient !! Ça me paraît... ou alors, il va falloir mettre chez chaque patient tout un équipement euh...

Enquêteur : C'est en question, et c'est vraiment dans l'air du temps...

Enquêté : ça y est, ils sont encore en train de turbiner et...

Enquêteur : à fond...

Enquêté : Il y a des choses plus importantes!

Enquêteur : C'est complètement dans l'air du temps, avec des recommandations...

Enquêté : Bien sûr, les urgences sont dans l'air du temps, les soins palliatifs sont dans l'air du temps, mais ils ne s'occupent pas de ce qui est vraiment la base du travail, et les besoins qu'ont les gens de terrain, et les patients ! C'est pouh !

Enquêteur : ça va jusqu'au point qu'ils recommandent le matériel, c'est-à-dire de mettre une tablette plutôt qu'un ordinateur, ils recommandent que les médecins utilisent les systèmes de dictée avec reconnaissance vocale pour mettre leur compte rendu dans le dossier, voilà où on en est !

Enquêté : C'est encore de l'administratif ! Non, mais ils sont...non, mais, il y en a marre, pis après ça, vous avez des médecins qui sont fatigués, parce qu'ils ont des tas de bazar à faire partout, et on nous colle encore une couche en plus, parce que ça, c'est une couche en plus!

Enquêteur : Pour vous, c'est une couche en plus?

Enquêté : Pour moi, c'est une couche en plus. Parce que moi, je veux bien vous rencontrer quelqu'un, je vais voir le patient, je vois les personnes, on s'arrange ; les 3 fois, ça s'est bien goupillé, on a pris un rendez-vous pour voir, pour être tous là en même temps, et là, on peut voir avec le patient, avec l'entourage local, enfin, tout y est ! Est-ce que vous allez transformer ça en conférence ? C'est pas le Canada, ou c'est pas l'Australie avec des déserts de 300km !! C'est pas ça, il ne faut pas pousser ; ça, ça peut être utile, mais pas ici...

Enquêteur : D'accord.

Enquêté : ça devient des élucubrations de quelqu'un qui n'a jamais été sur le terrain! Donc j'en reviens toujours au même. Les gens qui doivent s'occuper de ça sont des gens qui ont fait du terrain, sinon c'est pas la peine, ils feront n'importe quoi, comme ce qu'ils nous pondent régulièrement, c'est de trucs...

Enquêteur : Loin, loin...

Enquêté : complètement déconnectés de la réalité, et des professionnels, et des patients.

Enquêteur : l'informatisation, ici, ça s'était bien passé ? Ou pas ?

Enquêté : On l'a fait progressivement; pour moi, c'est toujours une perte de temps, mais bon.

Enquêteur : Pour vous, ça reste une perte de temps?

Enquêté : ça reste une perte de temps parce que je ne tape pas aussi vite que j'écris.

Enquêteur : Oui, ben oui, c'est sûr que c'est un souci aussi. Bon, je vous remercie de m'avoir reçue, est-ce que vous voulez que je vous fasse parvenir les résultats ?

Enquêté : Ah ben ça m'intéresserait oui, quand même !

Enquêteur : Par quel biais ?

Enquêté : Et ben vous pouvez me... qu'est-ce qui vous est le plus pratique ?

Enquêteur : Mail ou courrier, comme vous voulez, de toute façon, j'aurai les 2, donc comme vous voulez

Enquêté : J'aime mieux le courrier...

Enquêteur : Pas de soucis!

Enquêté : Je me sers de mon mail, mais je préfère le courrier.

[Hors enregistrement, l'enquêtée dit qu'elle ne savait pas que l'HAD d'Epinal était privée, pensait que c'était un service de l'hôpital public]

ENTRETIEN 10 :

Enquêteur : Je m'appelle Sabrina Michel-Leuvrey et je travaille sur l'hospitalisation à domicile d'Epinal, parce qu'il y a moins de prescriptions par les médecins généralistes sur Epinal que partout ailleurs en France. Le but c'est de faciliter l'accès à l'HAD par les médecins généralistes pour les populations. C'est des entretiens semi-dirigés, l'entretien est enregistré mais reste anonyme. Je ne suis pas envoyée par l'équipe d'Epinal, donc s'il y a quelque chose qui ne va pas, il ne faut pas hésiter à me le dire.

Enquêteur : Pour commencer, parlez-moi un petit peu de votre parcours et de votre façon de travailler.

Enquêté : Je suis installé depuis 25 ans, j'ai été installé pendant 12 ans seul, ensuite on est venu s'installer avec mon confrère en 1999 ici, on s'est installé à 2, c'est aussi la période à partir de laquelle j'ai commencé à prendre des stagiaires, donc je suis maître de stage. Et puis ensuite on s'est associé avec une de mes anciennes stagiaires, puis encore avec deux autres.

Entre temps, donc j'ai commencé à faire de la médecine générale tout à fait classique, après, je m'étais mis un petit peu à la mésothérapie de manière tout à fait accessoire à la demande de mes patients, et parce que mon confrère l'avait fait; j'avais bien aimé la formation, je m'étais mis un petit peu à l'homéothérapie, et ensuite le GEM88 faisait des formations sur Epinal, et j'avais toujours eu envie de faire de la médecine manuelle d'ostéopathie, donc je suis allé me former au GEM, et donc je fais aussi de l'ostéopathie, et j'ai plus d'attrait pour l'ostéopathie que pour l'homéopathie.

Pour l'homéopathie, j'avais fait la formation de Boiron, ça se passait à Belfort, c'était sur 2 ans. Y a des situations où c'est un bon compromis, on n'a pas grand-chose d'autre.

Enquêteur : Vous faites beaucoup de visites ?

Enquêté : Trop à mon goût, j'en fais 4 par jour à peu près.

Enquêteur : Ici sur Epinal, ou un petit peu aux alentours ?

Enquêté : Aussi aux alentours, j'ai des gens à Dogneville, la maison de retraite de Dinozé...

Enquêteur : Vous êtes informatisé ?

Enquêté : Oui!

Enquêteur : Est-ce que vous diriez que votre emploi du temps est bien planifié et que ça ne déborde pas trop ou est-ce que vous vous sentez débordé ?

Enquêté : La plupart du temps, l'emploi du temps est bien planifié parce que je travaille sur rendez-vous. Parfois, même avec les rendez-vous, ça déborde un peu, parce qu'il y a des gens qui viennent à deux, y'a les coups de fils, y'a les gens qui demandent des ordonnances par téléphone etc., donc c'est des rajoutés, du coup on est un peu submergés.

Enquêteur : Qu'est-ce que vous apporte votre travail ? Est-ce que vous diriez que vous êtes gratifié par votre travail ?

Enquêté : Mon travail, j'ai remarqué que c'est mon point d'ancrage le plus profond, j'ai vécu un divorce et c'est mon travail qui m'a permis de m'habiller le matin, de continuer à avancer et je trouve que même si les médecins ne sont plus les notables qu'ils étaient comme moi il y a 20 ans, les gens nous amenaient du persil, des tas de choses du jardin, c'est vrai qu'il y avait un rapport, encore maintenant. A Noël, y'a des gens qui amènent du chocolat, les gens ont un rapport avec le médecin qui est sympa, surtout en médecine générale, où on suit les familles depuis longtemps, je trouve qu'on a de bons contacts avec les gens et qu'il y a une relation de confiance qui est assez agréable.

Enquêteur : Est-ce que vous avez une activité extérieure ? Une fonction représentative, électorale ou associative ?

Enquêté : J'ai été au conseil de l'ordre mais j'ai arrêté pour raisons personnelles, et actuellement, je n'ai pas de fonction représentative.

Enquêteur : Par rapport à l'hospitalisation à domicile, combien vous avez de patients à peu près qui ont été en HAD ?

Enquêté : Depuis combien de temps ?

Enquêteur : Depuis toujours...

Enquêté : Je ne sais plus. (Réflexion). Au moins une dizaine, je pense quand même. Je pense que la plupart des HAD

étaient mises en place par l'hôpital.

Enquêteur : Tout à fait. En fait c'est depuis 1986 que l'on peut prescrire nous, en tant que médecin généraliste, une HAD. Presque personne ne le sait, et peu le font. Comment vous voyez l'hospitalisation à domicile, est-ce que ça peut être une solution de premier recours, est-ce que c'est forcément du deuxième recours ?

Enquêté : En fait, c'est vrai que je ne situe pas bien sa place. Parce que, à partir de quand mettre en place une HAD ? Ça peut supposer pas mal de choses, j'ai siégé en tant que représentant du personnel de l'ordre à la caisse primaire d'assurance maladie, ils avaient mis en place une petite feuille où on pouvait déléguer l'organisation des soins à l'infirmière et qui faisait un état des besoins du patient et qui coordonnait en faisant venir un lit médicalisé si y'a besoin, qui coordonnait la présence d'un kiné, des toilettes... Ça on peut le faire aussi sans passer par l'HAD en coordonnant une équipe autour de soi. Quand il y a des difficultés, moi je penserais plutôt à cette solution là qu'à l'HAD. Et l'HAD, j'ai du mal à percevoir ce que ça apporte, les quelques fois où j'ai voulu mettre en place une HAD, c'était une sortie d'hôpital et la personne avait vraiment besoin de soins, je suis mal tombé c'était dans la période de juillet-août de vacances, le personnel était en restriction et en fait, ils ne pouvaient pas intégrer la personne, donc j'ai eu un refus. J'ai fait intervenir des infirmiers libéraux en attendant, et je crois que la personne a été finalement ré-hospitalisée. Mais ma dernière expérience de l'HAD, j'avais un patient qui avait un cancer du pancréas qui faisait des allers-retours à l'hôpital et qui revenait à domicile, qui a eu des chimio, puis qui après était en soins palliatifs; je trouvais que la coordination entre les différents intervenants n'était pas correcte. La dame me disait « Je ne comprends pas, j'ai la pharmacie qui m'apporte des tas de choses, je sais pas à quoi ça sert », l'infirmière trouvait que la place de chacun était mal fixée, y'a eu des difficultés de fonctionnement sur Epinal qui n'ont peut-être pas donné envie aux médecins d'avoir recours et de les appeler.

Enquêteur : Quand vous parliez de difficultés de fonctionnement, c'est par rapport à ces difficultés-là, ou par rapport au fait des restrictions pendant les vacances ou de l'interruption d'activité ?

Enquêté : Y'a eu de l'interruption d'activité. Quand c'est quelqu'un qui est là depuis un moment, que ça fonctionne bien, qui nous rappelle qui nous dit voilà, « Je vous tiens au courant de votre patient, on en est là »... Y'a une relation de confiance qui s'installe, mais quand les intervenants changent, qu'on ne sait pas trop comment ça fonctionne comme c'est en ce moment, on se dit est-ce qu'ils sont capables d'assumer mon patient, est-ce que ça va bien se

passer, du coup, c'est sûr qu'il y a des réticences supplémentaires pour faire appel à eux.

Enquêteur : Vous attendez que qui vous appelle ? L'infirmière coordinatrice ou le médecin coordinateur ?

Enquêté : Peu importe. L'important, c'est d'avoir un retour sur l'état du patient et qu'il y ait un dialogue qui se maintienne, voir la perception de chacun par rapport à ce qu'il se passe.

Enquêteur : Au niveau des problèmes que vous aviez pu rencontrer, au niveau financier, vous n'aviez pas eu de soucis particuliers, tout était réglé de façon convenable à votre goût ?

Enquêté : Oui je pense. J'ai pas vérifié. En fait sur le plan financier, il y a surtout une réunion de coordination au départ qui doit être payée 3C.

Enquêteur : Et après, est-ce que vous trouvez que quand on va voir un patient qui est en HAD, est-ce que c'est une visite normale, ou est-ce que c'est une visite qui mériterait d'être valorisée un peu plus ?

Enquêté : Je considère que la consultation, c'est un forfait, mais c'est un forfait sur la vie, y'a des gens qui viennent pour une vaccination, y'a des gens chez qui on va passer une heure parce qu'ils ont un gros problème et je considère que pour le patient là, moi ça faisait 20 ans que je le soignais, ça faisait 20 ans, comme j'ai parfois des consultations un peu plus légères, je peux bien lui accorder plus de temps quand il n'est pas bien.

Enquêteur : D'un point de vue personnel, le fondement de l'hospitalisation à domicile, c'est quelque chose auquel vous adhérez ou le retour à la maison des fois, c'est pas simple ?

Enquêté : Oui, des fois, c'est pas simple, c'est vrai que d'avoir...que ça sécurise les aidants autour, donc ça c'est bien, et je pense que dans le cadre de l'hospitalisation à domicile, y'a certainement la possibilité d'avoir plus de disponibilité pour le personnel infirmier. Donc plus de sécurisation de l'aidant et plus d'écoute, parce que c'est vrai que les infirmiers libéraux ils doivent travailler vite et il ne faut pas que ça dure trop longtemps.

Enquêteur : Au niveau relationnel, ça c'était bien passé avec les familles, le patient, tout le monde adhère ? Vous m'avez parlé d'une famille qui disait « Ben qu'est-ce qu'ils viennent faire là » ?

Enquêté : Non, c'était surtout par rapport au pharmacien, elle ne comprenait pas, elle qui avait l'habitude d'aller à la pharmacie, de commander, elle ne comprenait pas que là,

tout d'un coup, l'infirmière devait téléphoner en disant « J'ai besoin de ça, j'ai besoin de ça », donc la pharmacie emmenait et elle voyait les cartons arriver en se disant, « Mais on a vraiment besoin de tout ça » ? Y'avait une pièce qui était dédiée à la pharmacie.

Enquêteur : Les patients avaient bien adhéré au système ?

Enquêté : Oui.

Enquêteur : Il n'y en a pas qui ont envoyé promener l'HAD ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Vous-même, avec les infirmières, les aides-soignantes ou les patients d'ailleurs, il n'y avait pas eu de soucis, personne ne s'était accroché ?

Enquêté : Non. Par contre, il y a eu un changement d'infirmière pendant la prise en charge; il y a eu un changement de responsable de l'HAD donc ça c'est quand même perturbant pour les patients. Ils changent d'interlocuteurs...

Enquêteur : Vous-même, avec le médecin coordinateur, le médecin spécialiste ou le directeur d'HAD, il n'y avait pas eu de souci particulier ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : La communication avec le médecin coordinateur, ça avait été ou c'était un peu léger ?

Enquêté : Ça dépend, y'en a eu deux, donc le deuxième téléphone plus.

Enquêteur : Au niveau technique, vous n'aviez pas été mis en difficulté avec un matériel particulier ?

Enquêté : Non. Mais c'est vrai que ça demande une adaptation parce que c'est des choses qu'on ne manipule pas tous les jours donc c'est vrai que quand il commence à y avoir des pompes ou des choses comme ça, faut essayer de se mettre dans le bain.

Enquêteur : Et au niveau des urgences, est-ce qu'il y avait eu des appels un peu urgents des familles ou du patient lui-même pour dire « ça ne va pas du tout, il faut que vous veniez tout de suite » ?

Enquêté : Ils ont dû rappeler quand même de temps en temps pour me demander de passer sur des visites qui n'avaient pas été planifiées, parce que je devais passer une fois par semaine, mais oui, il m'est arrivé de repasser parce

que ça n'allait pas. C'était logique.

Enquêteur : D'un point de vue juridique, vous vous étiez posé la question des responsabilités de chacun ?

Enquêté : Je ne me suis pas posé la question.

Enquêteur : Et d'un point de vue éthique, c'est quelque chose qui vous va bien l'HAD ?

Enquêté : Je pense que le maintien à domicile, c'est bien quand on fait des soins palliatifs, pour les fins de vie, c'est bien pour permettre à la personne de retourner chez elle quand elle est entre deux soins hospitaliers, ça permet de garder un contact avec les proches, de garder une ambiance un peu plus intime, d'être dans son environnement habituel, donc je pense que d'un point de vue éthique, c'est bien pour le patient.

Enquêteur : Au niveau des formations, vous aviez eu une formation à l'HAD ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Vous pensez que vous en auriez besoin ou pas ?

Enquêté : Je sais pas. En fait, parce que... par exemple on vient d'avoir une réunion de coordination dans une maison de retraite, c'est le médecin coordinateur qui nous a fait un petit topo mais il a rappelé le rôle du médecin coordinateur et ses rapports avec les différents intervenants, c'est intéressant mais ça aurait pu être fait pratiquement en un quart d'heure, ça a duré 1h30. C'est le soir après le travail, donc oui, ça peut être intéressant, mais à condition que le contenu soit suffisamment dense, que ça permette de se connaître, d'avoir vraiment un échange d'informations et qu'il y ait un modérateur qui évite les apartés, les discussions qui n'intéressent pas tout le monde.

Enquêteur : Plutôt une réunion pour rencontrer l'équipe ou alors une plaquette marquant à l'HAD on fait ça, ça, ça, on appelle là...

Enquêté : J'aimerais autant la réunion.

Enquêteur : Au niveau de la prescription par les médecins généralistes, pourquoi d'après vous les généralistes n'en prescrivent pas davantage, des HAD ?

Enquêté : Je pense que souvent ça commence par une hospitalisation.

Enquêteur : Est-ce que c'est forcément indispensable pour vous ?

Enquêté : Je pense qu'il faut déjà cadrer le problème, ou en est la personne, donc une fois qu'on a fait le bilan, surtout une personne qui est affaiblie, on va avoir du mal à lui faire faire un scanner en externe, un IRM, ou d'autres examens complémentaires donc c'est quand même plus facile de faire ça en milieu hospitalier avec un plateau technique, et une fois que ce temps-là est passé, quand la personne ressort avec un diagnostic où on sait où en est le patient, c'est souvent là que l'HAD est mise en place.

Enquêteur : Au niveau des moyens qui sont à votre disposition, en dehors de tout ce qui est hospitalier purement, c'est-à-dire examen, vous diriez que c'est suffisant ou que l'HAD va être une solution moins efficace que l'hôpital mais suffisante en soins palliatifs ?

Enquêté : Je pense que ça dépend des objectifs qu'on a, mais à partir du moment où on n'a plus besoin d'un plateau technique et qu'on a besoin juste de traitements et d'un suivi qui peut être fait à la maison, si on a besoin juste de perfusions, de pompes et autres produits, ça, ça peut être fait à la maison, donc il suffit d'avoir une surveillance.

Enquêteur : Au niveau des moyens qui sont à votre disposition, est-ce que vous avez l'impression qu'il vous manque quelque chose ou est-ce que vous arrivez à vous en sortir avec les réseaux qui vous entourent, notamment les infirmières, les kinés, ou est-ce que vous sentez qu'il vous manque quelque chose pour intervenir auprès de vos patients ?

Enquêté :...[blanc] La limite, c'est celle de notre propre disponibilité, de la disponibilité des infirmières, des kinés, des délais d'intervention, c'est un petit peu comme quand on veut avoir une assistante sociale en urgence parce qu'il y a un problème, je ne sais pas, une femme qui se fait battre, ..., ou même le juge...quand on est dans des situations un petit peu aigües, on a quand même du mal à trouver rapidement des solutions, parce que bien souvent les choses traînent un peu en longueur.

Enquêteur : Au niveau de la prescription par les médecins généralistes, qu'est-ce qui pourrait favoriser votre prescription d'HAD ?

Enquêté : Si l'HAD évite des passages aux urgences avec 4 heures d'attente ou 8h d'attente, c'est vrai que ça peut être un bénéfice. Moi je vois surtout l'HAD comme un moyen de mettre à domicile des moyens qu'on ne met pas habituellement à domicile, c'est surtout le cas des patients qui sont perfusés, qui ont des produits à passer, qui ont des pompes à surveiller et avec des produits à remplacer, c'est surtout dans cette indication-là. Je ne sais pas si l'équipe de soins palliatifs peut intervenir dans le cadre de l'HAD ?

Enquêteur : On peut la faire passer en plus.

Enquêté : Parce qu'il y a une époque où ils ne se déplaçaient pas en dehors de l'hôpital.

Enquêteur : C'est un peu en train de se mettre en place tout ça, voilà, cumuler les réseaux comme « Autrement ». Au niveau du médecin coordinateur, est-ce que vous pensez qu'il est nécessaire que ce soit quelqu'un qui soit ancré dans le paysage local ou est-ce que ça peut être n'importe qui du moment qu'il s'intéresse à ce qu'il fait ?

Enquêté : Je pense qu'il faut qu'il ait le sens du contact et qu'il soit efficace dans ce rôle de coordination de l'équipe de soins à domicile, il a quand même un rôle clé pour que ça fonctionne bien.

Enquêteur : A part le rôle de coordination, vous lui voyez quoi d'autre comme rôle ? Est-ce que pour vous c'est un rôle d'expertise ?

Enquêté : Oui, il peut, il est quand même celui qui récupère toutes les informations des différents intervenants, c'est lui qui peut faire la synthèse de la situation du patient, de savoir si l'hospitalisation à domicile est encore adaptée à ce patient, s'il y a encore des difficultés, quelles difficultés, comment les résoudre et qui voit l'évolution médicale du patient.

Enquêteur : Si l'HAD était amenée à se développer, est-ce que vous pensez qu'il pourrait être amené à aller en visite à votre place, ou en complément de vous parce que vous n'avez pas le temps ce jour-là, ou parce que c'est urgent, ou est-ce que ça reste votre rôle d'aller voir votre patient ?

Enquêté : Ça ne me gênerait pas, mais simplement, vis-à-vis du patient, quand c'est des gens qu'on connaît depuis 20 ans, s'ils nous appellent, c'est difficile de dire je vais vous envoyer le médecin de l'HAD, parce que je n'ai pas trop le temps... Du coup, on reporte des choses au lendemain pour essayer de libérer du temps pour la personne. Donc, jusque dans une certaine limite, parce qu'il y a quand même la limite du rapport personnel qui...

Enquêteur : Au niveau des infirmières coordinatrices, est-ce que vous pensez que si l'HAD était amenée à se développer, elles pourraient devenir plus soignantes ? Ou est-ce que ça reste le rôle des infirmières libérales que les patients connaissent ?

Enquêté : Je... c'est vrai que j'ai du mal à me projeter dans l'organisation de l'HAD. Je... [Blanc]

Enquêteur : ça ne vous a pas été présenté, ça; quand vous avez eu le médecin coordonnateur ?

Enquêté : En fait, le rôle de chacun, le rôle du médecin coordinateur, de l'infirmière coordinatrice, leurs rôles respectifs par rapport aux équipes qui sont sur le terrain. ça reste flou pour moi. Après c'est leur cuisine interne, moi après, du moment que ça marche auprès du patient, ils s'organisent comme ils veulent.

Enquêteur : Pour l'instant, l'infirmière coordinatrice, grossièrement, elle regarde les besoins en matériel, elle amène le matériel qui n'est pas forcément fourni par la pharmacie et elle essaye de se dégager un temps de parole pour faire le point avec la famille ou le patient pour voir si tout va bien. Mais pour ce qui est du temps de parole, ce n'est pas simple.

Enquêté : D'accord!

Enquêteur : Bon, alors après, est-ce qu'il faut en prendre plus [des infirmières coordinatrices] et faut-il qu'elles soient soignantes ou pas ? C'est pas simple à évaluer...

Enquêté : ... [Blanc]

Enquêteur : Est-ce que vous avez déjà eu affaire à des prescriptions de matériel pré-remplies ? Pas forcément au niveau de l'HAD mais en général.

Enquêté : Non. Si, pour l'oxygène, c'est pré-rempli en général, il reste juste à signer et mettre le tampon.

Enquêteur : Je ne sais pas si vous avez déjà travaillé avec des prestataires de services, ils le font des fois un petit peu plus. Ils notent 5 poches de glucosé, 5 poches de Na Cl, 3 tubulures comme ci...

Enquêté : Oui, Dans les maisons de retraite; oui, ils ont des feuilles pré-remplies!

Enquêteur : C'est quelque chose auquel vous êtes favorable ou pas ?

Enquêté : En tout cas, je n'y suis pas défavorable, ça simplifie les choses...

Enquêteur : Vous aviez eu un patient en HAD en EHPAD, c'est ça ? Ou c'était le médecin qui s'était présenté?

Enquêté : Non, alors la réunion dont je parlais c'était une réunion qui était organisée par le médecin coordinateur de l'EHPAD pour essayer de coordonner les médecins généralistes, leurs rôles et le médecin coordinateur, mais j'ai trouvé qu'il y avait trop de digressions, une présentation qui était très bien faite mais qui était présentée de manière trop longue, et puis... finalement, ...bon, si, on a abordé quelques problèmes pratiques, ça a permis un échange entre ... il y

avait le directeur de l'EHPAD, ça a permis de s'écouter et entendre les difficultés de chacun.

Enquêteur : Oui, s'écouter mutuellement, c'est bien !

Enquêté : Oui [rires]

Enquêteur : Est-ce que vous vous rappelez avoir eu un courrier de sortie à chaque fin d'HAD ou pas ?

Enquêté : Non. Là, le dernier patient est décédé à l'hôpital, donc j'ai eu le courrier de l'hôpital, pas le courrier de sortie de l'HAD.

Enquêteur : Vous pensez que c'est quelque chose d'important, qui pourrait être un levier pour créer du lien entre les médecins et l'HAD ?

Enquêté : Moi je crois que c'est le contact au quotidien qui va jouer.

Enquêteur : Est-ce que vous attendriez des contreparties à une prescription d'HAD, c'est-à-dire faire, par exemple, moins de garde parce qu'il y aurait le médecin coordinateur qui rentrerait dans le tour de garde, ou des autres contreparties, ou est-ce que c'est un service rendu et qu'il n'y a pas de contreparties à attendre ?

Enquêté : Non, je n'attends pas de contreparties particulières...

Enquêteur : Concernant la télé médecine, est ce que vous pensez que ça peut changer en bien ou en mal les rapports des médecins généralistes avec l'HAD ?

Enquêté : Moi je pense que la télé médecine a ses limites, donc si la télé médecine est pratiquée en respectant les limites, ça peut être intéressant d'avoir une photo d'un ulcère ou on n'est pas forcément obligé de se déplacer pour aller le voir; mais l'infirmière peut prendre la photo de l'ulcère, en discuter avec le médecin coordinateur, en discuter de la façon dont on doit faire le pansement, pourquoi pas, si la télé médecine, c'est ça, moi ça ne me gêne pas. Après... si c'est une conférence vidéo avec le médecin coordinateur, si le médecin ne se déplace pas, bon, ce n'est pas tout à fait la même chose que de se déplacer sur place; sur place, on va quand même pouvoir voir la personne, on va ressentir plus de choses, on va voir l'ambiance de la maison, il y a des choses qu'on ne verra pas même avec Skype sur internet.

Enquêteur : Et par rapport au patient, est ce que vous pensez qu'introduire, admettons une tablette parce que c'est ce qui est recommandé, plutôt qu'un ordinateur, est ce que vous pensez que le patient ça va lui aller ou qu'il va mettre de la

distance ?

Enquêté : Donc il va avoir une tablette, et il va pouvoir appeler quelqu'un de la HAD s'il a besoin ?

Enquêteur : Peut-être, mais c'est aussi pour faire le dossier informatisé chez le patient...

Enquêté : Que tout ça soit sur une tablette, et que le patient puisse suivre?

Enquêteur : Pas nécessairement pour le patient! Mais l'infirmière passe, elle note le soin qu'elle vient de réaliser, le médecin passe, il tape ou alors, il dicte, c'est aussi ce qui est en train d'être recommandé, les aides-soignantes passent pour la toilettes, elles le notent...

Enquêté : C'est un peu comme le dossier ici, mais c'est-à-dire que le dossier informatique c'est toujours plus lisible pour tout le monde et c'est en général mieux organisé qu'un dossier papier, donc ça facilite l'accès aux informations quand on sait bien s'en servir. Ça peut être un progrès de la même manière que l'informatisation des dossiers médicaux. Moi, mes stagiaires, ils me disent, quand c'est des dossiers papiers, pour nous, c'est moins facile, à lire, à déchiffrer, etc. L'avantage de la tablette, c'est que ça peut être envoyé au médecin coordinateur, qui peut avoir un retour peut être plus facilement parce que les cahiers restent sur place. Là, ça peut être envoyé au médecin généraliste à la limite, au médecin coordinateur et qui peuvent suivre, avec des alertes lorsqu'il y a quelque chose à regarder.

Enquêteur : Pour revenir à vos prescriptions éventuelles d'hospitalisation à domicile, ce serait plutôt une équipe sur laquelle vous avez une notion de fiabilité, qui réponde rapidement à votre demande, c'est ça ? Est ce qu'il y aurait autre chose ?

Enquêté : Moi j'attends un peu plus de communication; c'est vrai qu'avec le personnel libéral, que ce soit les kinés, les infirmiers, on communique peu, j'en suis aussi un peu responsable! Je pourrais les appeler, mais c'est vrai que j'attends d'un système comme ça qu'on prenne un temps de parole, de communication, un coup de fil en disant on est passé, même 30 secondes.

Enquêteur : Voilà, on en a terminé. Est-ce que vous voulez que je vous adresse les résultats de l'enquête ?

Enquêté : Oui, avec plaisir.

Enquêteur : Sur quel mode ? Un courrier, ou un mail ?

Enquêté : Ben, ce sera plus facile pour vous un mail, je crois?

Enquêteur : J'aurai les 2!

Enquêté : Donc, c'est... [Donne son mail]

ENTRETIEN 11

Enquêteur : ...Je suis dans les hautes-Vosges, à Saint-Etienne-Lès-Remiremont, je te rappelle juste que je ne suis pas envoyée par l'HAD d'Epinal, donc il ne faut pas hésiter à me dire s'il y a des points négatifs, ça reste anonyme. Parle-moi un petit peu de comment tu t'es installé, tu es installé depuis quand toi ?

Enquêté : Depuis juillet 2012, donc ça fait un an et demi.

Enquêteur : Tu as fait ton internat, tu as fait ta thèse et tu t'es installé ?

Enquêteur : Quasiment, oui, j'ai remplacé 1 an. J'ai remplacé pas mal ici, j'ai remplacé à A., à B. pas mal, un autre cabinet en ville, et puis je faisais beaucoup de gardes. Et puis, c'était mon maître de stage ici, on s'entendait bien, et il est parti en retraite, donc je l'ai repris.

Enquêteur : Tu fais beaucoup de visites ?

Enquêté : Ça dépend, là j'en ai deux; en moyenne, une à deux par jour, entre zéro à deux par jour.

Enquêteur : et en consult', ça va, tu as du monde ?

Enquêté : Oui, oui.

Enquêteur : Tu fais combien de consult' par jour ?

Enquêté : Entre 25 et 30.

Enquêteur : Et tu dirais que c'est comment ? C'est planifié, ou tu es débordé ?

Enquêté : Non, ça va, tout est sur rendez-vous. Comme c'est que sur rendez-vous, je me ménage mon emploi du temps pour passer du temps à la maison.

Enquêteur : Qu'est-ce que tu attends de ton boulot ? Qu'est-ce que ça va t'apporter dans ta vie ?

Enquêté : Camille disait « Il faut vivre de son travail et non pas vivre pour son travail ». C'est un peu excessif parce que je pense qu'on ramène un peu de travail à la maison. Moi j'attends un épanouissement personnel. Mais j'ai envie de profiter de ma vie de famille, mais clairement, c'est un travail pour vivre. J'adore clairement ce que je fais mais j'ai envie de profiter de mes enfants, de ma femme...

Je veux rendre service à la population, parce qu'on est là

pour rendre service à la population, mais d'un autre côté, je veux aussi me préserver moi, parce que je pense qu'un médecin qui n'est pas équilibré, ça ne tient pas longtemps. On ne peut pas être débordé sans arrêt et faire un travail de qualité.

Enquêteur : Tu as une activité extérieure, représentative, électorale, associative ?

Enquêté : Non, je donne des cours à la fac, une fois par mois à Nancy; pendant un an, à la pépinière, on apprend à pouvoir donner des cours, pour pouvoir commencer à donner des cours l'année prochaine.

Enquêteur : Et tu es maître de stage ?

Enquêté : Pas encore parce que, avant, il fallait 3 ans, maintenant, ça s'est abaissé à un an, mais j'attends un peu, je vais le faire je pense.

Enquêteur : Et tu m'as dit que tu avais un patient en HAD là en ce moment ?

Enquêté : Oui!

Enquêteur : Et tu en avais eu avant ?

Enquêté : J'en ai eu, en tant que remplaçant, un patient que je voyais souvent, mais sinon, là en HAD, c'est le premier que j'ai.

Enquêteur : Tu vois ça comment, toi, l'HAD ? Une solution de premier recours, un second recours, un hôpital low cost ?

Enquêté : Non, alors, je n'ai pas assez de recul, j'en n'ai qu'un mais je vois plutôt un bénéfice pour le patient; c'est-à-dire, ça évite au moins au patient et à sa famille de gérer les soucis infirmiers: y'a quelqu'un qui « chapote » ça pour lui, donc ça, c'est quand même plutôt pas mal. Après c'est beaucoup de paperasse, je trouve. Il y a beaucoup de conventions à signer, de trucs à renvoyer. Mais sur le point de vue organisationnel, ça permet au patient de se laisser piloter, guider, donc dans les sorties d'hospitalisation, ça permet de bien prévoir. Là, je sais qu'il a besoin de kiné, ils gèrent pour lui, les soins infirmiers pour les pansements, pour les escarres, ils gèrent pour lui, pour les changements de pompe, parce qu'il a besoin d'une pompe, c'est eux qui gèrent.

C'est pas révolutionnaire non plus, ce n'est pas une hospitalisation proprement dite, moi je n'ai eu aucune réunion avec aucun médecin, ils m'appellent une fois de temps en temps.

Enquêteur : Même pas une réunion de coordination au

début ?

Enquêté : Non. On ne m'a pas dit d'y aller. J'ai eu le médecin au téléphone, c'est tout.

Enquêteur : Est-ce que tu penses que tu as suffisamment de moyens à ta disposition, pas forcément avec l'HAD, mais en dehors, pour aider les patients comme tu voudrais le faire, ou est-ce qu'il te manque des choses parce qu'on est dans les Vosges ?

Enquêté : Pas du tout ! Moi, sur Epinal, je n'ai pas du tout ce sentiment de carence médicale, que ce soit pour l'hôpital d'Epinal qui est plus que correct, pour les hospitalisations à domicile, y'a les pharmacies qui sont bien, y'a « entedom » (prestataire de service) ou des choses comme ça pour les perfusions à domicile notamment le fer. Je n'ai pas du tout le sentiment d'être isolé, si vraiment on a besoin, Nancy, c'est quand même pas loin. On a un plateau technique suffisant à Epinal.

Enquêteur : D'un point de vue financier, ça se passe bien ? Tu n'as pas eu la visite de coordination, tu sais que tu as été rémunéré « 3C » ?

Enquêté : Aucune idée, non, moi je fais mes visites.

Enquêteur : Est-ce que pour toi, c'est une visite normale ?

Enquêté : Oui. Moi je n'ai pas vu la différence, je le voyais avant tous les 15 jours parce qu'il est parkinsonien avec pompe à domicile, je le vois toujours tous les 15 jours. J'ai aucun dossier d'ailleurs de l'HAD. J'ai que mon dossier classique à moi. Et on ne m'a rien proposé.

Je n'ai fait aucune réunion de coordination. J'avais inclus un patient quand je remplaçais, j'avais un dossier, un classeur, qui était plutôt pas mal fait, avec les consultations, les visites...

Là, je n'ai strictement rien, je fais comme je faisais avant.

Enquêteur : Au niveau des fondements de l'HAD, c'est un truc qui te va bien ? Tu disais tout à l'heure que c'est pas révolutionnaire...

Enquêté : J'ai pas assez d'expérience, pas assez de patients, mais pour des choses très particulières comme la fin de vie, comme le retour à domicile précoce, les soins d'escarres, de pansements, des choses comme ça, c'est bien d'être en HAD. D'autant que si on peut éviter d'hospitaliser les gens pour des choses, je pense aux érysipèles, des choses comme ça. Bon c'est sûr qu'après, on ne dispose pas du plateau technique.

Enquêteur : L'image de marque de l'HAD d'Epinal t'avait amené des a priori particuliers ?

Enquêté : Bah, oui, je sais qu'il n'y en a pas eu pendant très longtemps, et y'en n'a pas eu pour un gros « couac ». Mais c'est vrai que j'étais même étonné qu'il y en ait une de nouveau, c'est reparti depuis pas longtemps. Au début que j'étais installé, y'en avait plus, à un moment c'était l'HAD de Neufchâteau qui prenait le relais.

Enquêteur : Tu penses que ça t'as amené un a priori, ne pas prescrire d'HAD ?

Enquêté : Honnêtement, je n'étais même pas au courant, je n'ai été informé nulle part que l'HAD reprenait, et j'ai été informé par mon patient. Voilà, je sais que l'HAD ré-existe, j'avoue que moi, dans ma tête, il n'y en avait pas.

Enquêteur : Au niveau relationnel, ça se passe bien, avec la famille, avec le patient ?

Enquêté : Je les connais depuis longtemps, depuis que je suis installé, il n'y a pas de problèmes.

Enquêteur : Ils ne t'ont pas fait de remarques concernant l'HAD ?

Enquêté : Non. Le seul problème c'est qu'il avait un kiné, qui ne peut plus venir parce qu'il n'a pas signé la convention avec l'HAD, il faut absolument que le kiné ait signé la convention, et donc ça, ça a posé soucis.

Enquêteur : Avec les infirmières, les aides-soignantes, y'avait pas de soucis particuliers ?

Enquêté : Non. Je ne les vois pas; l'infirmier, c'est le même qu'il avait avant, il vient régulièrement au cabinet, il me demande les ordonnances, on discute du patient, ça se passe comme ça, Avant ou après ça se passe pareil.

Enquêteur : Il a l'habitude de prendre des photos ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : On en parlera après. Avec le médecin coordinateur, t'avais eu des soucis ?

Enquêté : Aucun.

Enquêteur : Avec le médecin hospitalier, il y avait eu des « couac » au sein de l'HAD ou pas spécialement ?

Enquêté : Le médecin hospitalier prescripteur, non, c'était le neurologue, non, pas de soucis.

Enquêteur : Au niveau technique, tu n'avais pas été mis en

difficulté par rapport à un matériel ?

Enquêté : C'est la pompe à Apokinon*, c'est ce qu'il avait avant, mais honnêtement, c'est un peu compliqué, je ne connais pas tout ce qui est aspect technique de la pompe, et j'avoue que je n'y touche jamais, c'est l'infirmier qui vient lui faire ses branchements.

Enquêteur : Est-ce qu'il y a des urgences qui t'ont mis en difficulté ? C'est-à-dire un patient qui t'appelle en disant il faut venir tout de suite ?

Enquêté : Pour l'HAD ? On s'arrange, quand il y a une urgence, on essaye d'y aller. Pour ce patient-là, effectivement, on a déjà été appelé, il a fait une rétention aiguë d'urines, c'est l'infirmière de l'HAD qui a été prévenue, elle y est allée le jour même et elle l'a fait hospitaliser.

Enquêteur : Au niveau juridique, tu t'étais posé des questions ? Qui fait quoi ? Où est ma responsabilité ?

Enquêté : Moi, ça ne m'a rien changé, donc je ne me pose pas du tout ce genre de questions du tout depuis qu'il est en HAD. Si y'a besoin d'en référer au chef, éventuellement.

Enquêteur : D'un point de vue éthique, ça te pose soucis, l'HAD, ou au contraire, tu te dis que c'est bien ?

Enquêté : Non, faut faire peut-être juste attention, comme avec les gens qui rentrent à la maison, au point de vue communication, là, ce n'est pas le cas; mais quand ce sont des aides-soignantes qui viennent pour la toilette, faut faire peut être un petit peu gaffe, là, on a plus tendance à faire confiance à l'infirmier qui est tout le temps le même, que lorsqu'il y a des intervenants extérieurs qui viennent, des aides-soignants, ou même quand il y a plusieurs infirmiers qui viennent, que ce n'est pas tout le temps les mêmes. Dans la confidentialité, c'est sûr que si je les croise, il faut faire attention à ce que l'on dit.

Enquêteur : Tu avais reçu une formation à l'HAD ou pas ?

Enquêté : Pas du tout.

Enquêteur : Tu penses que tu en aurais besoin ?

Enquêté : Pour l'instant, je ne vois pas, du temps que j'en n'ai qu'un et que ça se passe comme ça. C'est sûr que si ça se développe à une dizaine, effectivement, je pense que ce serait peut être intéressant de voir au moins tous les rouages administratifs, des choses comme ça.

Enquêteur : Si tu devais en prescrire une, tu sais comment t'y prendre ?

Enquêté : Absolument pas, mais j'appellerai le médecin coordinateur.

Enquêteur : D'après toi, pourquoi les médecins généralistes ils n'en prescrivent pas beaucoup des HAD, ici dans les Vosges ?

Enquêté : Je pense qu'il y a un problème d'information; on n'est pas forcément au courant que ça a repris sur Epinal, donc on ne connaît pas bien. Ils feraient une réunion, un papier en disant on se montre, on montre qui on est. Et puis je pense qu'il y a aussi le côté paternaliste du vieux docteur, qui veut garder ses patients pour lui. Parce que quand on a quelqu'un en HAD, on s'expose aux critiques, à ce que l'on fait. Je pense que les médecins ne veulent pas que l'on juge leur travail, parce qu'on est jugé par l'infirmier, par le collègue, par la famille.

Enquêteur : Au niveau des réseaux, tu as des réseaux particuliers avec lesquels tu travailles ? Le SSIAD, quelque chose comme ça ?

Enquêté : Le SSIAD, oui, j'ai des prescriptions de SSIAD, mais travailler avec eux c'est un bien grand mot. Le seul rapport que j'ai, c'est une réunion tous les 90 jours. J'ai 3 patients au SSIAD et ils ne m'ont jamais appelé.

Enquêteur : Au niveau administratif, si tu devais prescrire une HAD, ça te saoulerait un peu de te taper les conventions et compagnie ?

Enquêté : S'il faut le faire, faut le faire, mais c'est sûr que c'est un peu chiant...

Enquêteur : Les prescriptions médicamenteuses, ça ne te freine pas non plus, devoir travailler avec les morphiniques, de l'hypnovel* ?

Enquêté : ça ne pose pas de soucis!

Enquêteur : Le rôle du médecin coordinateur, c'est quoi pour toi ?

Enquêté : Je ne sais pas, j'avoue, c'est un grand mystère. C'est quoi le médecin coordinateur à la maison de retraite ? C'est un grand mystère. Mais je me trompe peut-être, je ne suis pas suffisamment informé. Il a peut-être un rôle de contrôle, de garant, je ne sais pas.

Enquêteur : Est-ce que c'est une expertise pour toi ? Si tu avais un souci avec un dosage, un médicament, tu l'appellerais ? Ou tu préfères voir ton Doroz ?

Enquêté : J'avoue que je ne l'appellerai pas.

Enquêteur : Les infirmières coordinatrices, est ce que tu penses que si l'HAD était amenée à se développer, elles pourraient devenir plus soignantes ou est-ce qu'elles gardent leur rôle de coordination comme elles le font actuellement ?

Enquêté : J'ai du mal avec le mot coordination, j'aime bien le côté soignant.

Enquêteur : Ça serait un plus, tu penses, si les infirmières coordinatrices soignaient en plus les gens ?

Enquêté : Je pense, mais je me trompe peut être. S'il y a des choses comme ça, c'est que ça a été réfléchi avant, mais j'avoue que j'ai du mal à comprendre ce rôle de coordination sans faire les soins, pour moi ce serait bien qu'elles fassent les deux.

Enquêteur : Le médecin coordinateur, si l'HAD est amenée à se développer, tu penses qu'il pourrait faire des visites ou tu penses que c'est ton rôle, ou ce serait bien qu'il soit plus soignant aussi ?

Enquêté : Je t'avoue que je ne sais pas trop.

Enquêteur : Ça t'arrangerai toi, si il te disait, vous êtes à la bourre, je vais faire votre visite à votre place, ou pas ?

Enquêté : Pas forcément, non, c'est vrai que j'aime bien quand c'est moi qui gère; bon, s'il y a une urgence, c'est bien qu'il soit là.

Enquêteur : Tu disais tout à l'heure que tu as déjà travaillé avec Entedom, tu as déjà eu des prescriptions pré-remplies avec eux ?

Enquêté : C'est insupportable. Je ne mets pas en doute leur honnêteté, mais on est toujours un peu suspicieux: qu'est ce qui est vraiment délivré? Enfin, moi, j'avoue que je ne fais pas. Je reçois les pré-remplis, je me débrouille pour laisser patienter un peu pour voir ce que le patient a vraiment besoin ou prescrire en amont, mais ça c'est un souci. Enfin, c'est une bonne question parce qu'effectivement, je ne sais pas trop quoi en penser. On peut toujours se demander qu'est-ce qui est vraiment délivré, qu'est ce qui est vraiment nécessaire, est-ce qu'il n'y a pas une partie de trafic ?

Enquêteur : Est-ce que tu avais eu des HAD en EHPAD ?

Enquêté : Des HAD en EHPAD ? Non.

Enquêteur : Oui, ça existe. Est-ce que quand tu remplaçais, tu avais eu un courrier de sortie en HAD ?

Enquêté : Non, moi c'est l'inclusion que j'avais fait.

Enquêteur : Qu'est ce qui favoriserait ta prescription d'HAD ?

Enquêté : Une meilleure information; on ne pense pas forcément à faire des HAD, alors que peut-être qu'il y a des indications.

Enquêteur : Et tu attends des contreparties toi, à cette prescription d'HAD, ou pas ?

Enquêté : Pour le bien-être du patient, oui. Si c'est financière, non! Après la seule contrepartie que j'attends c'est que ça se passe pour le mieux pour le patient, pour éviter une hospitalisation, et une coordination, peut-être un peu plus importante.

Enquêteur : Si le médecin coordinateur faisait partie du tour de garde, est-ce que toi, ça t'encouragerait à faire plus de prescription d'HAD ou pas ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : La dernière question , sur la télémédecine: est-ce que tu penses que ça peut être un bien ou un mal pour les rapports des généralistes avec l'HAD ?

Enquêté : Je pense que c'est très bien. Je prends souvent des photos des « gens » que je mets sur mon ordinateur pour voir l'évolution, ce serait un gain de temps aussi.

Enquêteur : Avec une informatisation du dossier du patient à son domicile, tu serais favorable ?

Enquêté : Oui.

Enquêteur : Ce qui est en train d'être recommandé, c'est d'installer des tablettes au domicile des patients en HAD.

Enquêté : Ça m'irait, sans soucis.

ENTRETIEN 12 :

Enquêteur : Le but de ma thèse c'est de favoriser l'accès des populations à l'HAD grâce aux médecins généralistes. Moi je suis médecin remplaçant à Saint Etienne les Remiremont, et je pense m'installer quand j'aurai passé ma thèse. Et vous, vous aviez eu des patients en HAD ou pas ? Combien à peu près ?

Enquêté : Pas beaucoup, 2 – 3 à peu près.

Enquêteur : Parlez-moi un petit peu de votre parcours si vous voulez bien. Vous êtes ici en maison de santé, vous êtes combien de médecins ?

Enquêté : Ici il y a trois médecins, deux kiné, une orthophoniste et deux dentistes.

Enquêteur : Vous êtes installé depuis combien de temps à peu près ?

Enquêté : Je suis installé depuis octobre 2001, ça fait 13 ans maintenant.

Enquêteur : Et vous avez un exercice aussi de médecine manuelle c'est ça ?

Enquêté : Médecine manuelle et homéopathie.

Enquêteur : Vous faites un exercice semi-urbain ? Urbain ?

Enquêté : Oui, c'est plus urbain, c'est la périphérie d'Epinal.

Enquêteur : Combien vous faites à peu près de consultations par jour ?

Enquêté : Entre 20 et 25.

Enquêteur : Et des visites vous en faites beaucoup ?

Enquêté : Non! En moyenne, moins de une par jour.

Enquêteur : Je suppose que vous participez aussi aux gardes ?

Enquêté : Oui.

Enquêteur : Donc vous êtes informatisé ? Qu'est-ce que vous attendez de votre métier ?

Enquêté : C'est très vaste comme question, on a combien de temps ?

Enquêteur : Qu'est ce qui fait que vous veniez au boulot tous les matins en vous disant « waw »

Enquêté : Gagner ma vie, tout simplement, c'est la motivation principale.

Enquêteur : Au niveau de la gestion du temps, vous diriez que c'est bien planifié et que ça roule comme ça ? Ou que vous êtes débordé et que c'est pénible ?

Enquêté : Non, c'est assez bien planifié, je suis assez débordé au niveau paperasse, ça c'est le problème.

Enquêteur : Vous avez une autre activité représentative, électorale, associative ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Qu'est-ce que vous pensez des moyens qui sont à votre disposition dans les Vosges pour prendre en charge vos patients, est-ce que vous pensez que c'est suffisant, qu'il y a des carences ?

Enquêté : Il y a des carences en psychiatrie, mais pour le reste on n'est pas si mal loti que ça.

Enquêteur : Donc, vous m'aviez dit que vous aviez eu peu de patients, mais comment vous voyez l'HAD de façon générale, est ce que vous pensez que c'est une solution de premier recours, c'est toujours du deuxième recours, comment vous voyez ça ?

Enquêté : Dans mon esprit c'est plus du deuxième recours, soit suite à une hospitalisation, favorisant un retour plus rapide au domicile...

Enquêteur : Et au cours des HAD que vous avez suivies, est ce qu'il y avait des soucis ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Au niveau financier, vous aviez été réglé comme il fallait ?

Enquêté : C'est plus compliqué au niveau financier, parce qu'on ne sait jamais comment c'est pris en charge, s'il faut faire une feuille de maladie, s'il faut se faire régler par le patient, par la sécu, par l'HAD, c'est toujours très pénible.

Enquêteur : Est-ce que pour vous, rémunérer une visite d'HAD 33€ c'est normal ou non ?

Enquêté : Oui

Enquêteur : Pour vous c'est une visite habituelle ?

Enquêté : Oui!

Enquêteur : Sur les fondements de l'HAD, vous trouvez que c'est une bonne chose, ou c'est quelque chose auquel vous n'adhérez pas forcément ?

Enquêté : Oui, oui...

Enquêteur : Et l'image de marque de l'hospitalisation à domicile d'Epinal, vous aviez des a priori particuliers ou pas spécialement ?

Enquêté : Non

Enquêteur : Au niveau relationnel, ça s'était bien passé pendant les HAD ? Vous n'aviez pas de patient qui s'était opposé, qui avait tout envoyé valisé ?

Enquêté : Non, pas du tout, les familles étaient contentes. Les relations, même moi, avec les médecins, les infirmières, ça se passait très bien.

Enquêteur : Pas de problème non plus avec le médecin coordinateur ou le directeur d'HAD ?

Enquêté : Non!

Enquêteur : Au niveau technique, vous n'aviez pas été mis en difficulté avec une pompe, un système particulier ?

Enquêté : Non, mais c'est vrai que ça peut arriver. Mais comme il y a une relation assez bonne que c'est facile de les joindre, je pense que ça peut se régler assez facilement.

Enquêteur : Est-ce qu'il y avait des urgences qui vous avaient embêté au moment des HAD ? C'est-à-dire un patient qui vous appelle, ou une famille, en disant « Il faut venir tout de suite, tout de suite », ou est-ce que ça s'était bien géré et que ça ne s'était pas présenté ?

Enquêté : Non, ça ne s'était pas présenté.

Enquêteur : Au niveau juridique vous vous étiez posé des questions sur votre responsabilité avec le partage du patient ?

Enquêté : Non!

Enquêteur : Est-ce que vous aviez reçu une formation ?

Enquêté : Non!

Enquêteur : Et vous pensez que vous en auriez eu besoin ou pas ? Formation, réunion ou plaquette d'information ?

Enquêteur : Oui, ça peut être intéressant de faire la formation, il y a plein de choses, donc euh...

Enquêté : Oui, mais ça c'est toujours le problème du temps que l'on passe à se former et qu'est-ce qu'on choisit.

Enquêteur : Donc vous, vous diriez quoi ? Plutôt rencontrer l'équipe ou vous les aviez déjà rencontrés au cours des HAD ?

Enquêté : Non, je ne les connais pas, je connaissais l'ancien médecin coordinateur, mais qui n'y est plus. Je ne sais même pas c'est qui maintenant ?

Enquêteur : C'est Dr Naoun, qui a travaillé au CHU en médecine nucléaire. Et les infirmières coordinatrices, vous ne les aviez pas rencontrées non plus les nouvelles ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Et ça vous intéresserait de les connaître, ou alors, ça se fera sur le tas ?

Enquêté : Ouais.

Enquêteur : Et si vous deviez vous-même mettre en route une HAD, vous sauriez comment faire, ou non ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Pourquoi d'après vous les généralistes n'en prescrivent pas des HAD ?

Enquêté : Parce qu'ils ne savent pas comment s'y prendre.

Enquêteur : Et au niveau financier, vous pensez qu'il peut y avoir des barrages aussi ? Les embêtements de type à qui on facture, quand est-ce qu'on va être payé ?

Enquêté : Ouais, ça c'est sûr. Dans mon esprit ce n'est pas un barrage mais c'est une contrainte.

Enquêteur : Au niveau des molécules qui peuvent être utilisées au niveau médicamenteux, ça peut être quelque chose qui vous empêche, vous, d'en prescrire ou pas des hospitalisations à domicile ?

Hypnovel, morphinique ou autre chose ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Les formalités administratives que vous aviez dû remplir en début d'HAD, ça vous avait paru lourd, ou ça s'était bien passé ?

Enquêté : Je n'en garde pas un mauvais souvenir.

Enquêteur : Le médecin coordinateur, pour vous c'est qui ? Qu'est-ce qu'il fait ? A quoi il sert ?

Enquêté : C'est le médecin que l'on peut joindre en cas de problème, qui est plutôt présent pour les conseils, pour tout ce qui peut être difficultés techniques, voire adaptation des traitements qui parfois peut être un peu compliqué pour un médecin généraliste. C'est intéressant de savoir qu'il y a quelqu'un qui est là pour dépanner.

Enquêteur : Si l'on imagine que l'HAD se développe, avoir environ 2 – 3 patients en même temps en HAD, est-ce que vous imaginez que le médecin coordinateur puisse aller en visite à votre place ou est-ce que vous préférez que ça reste votre rôle propre ?

Enquêté : Non, ça ne me dérange pas qu'il y aille. Du temps qu'on me tient au courant et tout ça, moi y'a pas de problème.

Enquêteur : C'est aussi une réponse qui revient régulièrement, ça de pouvoir garder un lien avec le patient. Est-ce que vous pensez que pour lui c'est important de connaître le secteur et les médecins qui travaillent sur place ?

Enquêté : Pas nécessairement.

Enquêteur : Les infirmières coordinatrices, est ce que vous savez c'est quoi leur boulot ?

Enquêté : Pas spécialement.

Enquêteur : Pour l'instant, elles font de la coordination, c'est-à-dire qu'elles amènent le matériel qu'il faut, elles essayent de dégager un temps de parole avec le patient ou avec la famille mais c'est vraiment en jouant des coudes. Et si on imagine que l'HAD se développe, est-ce que vous pensez qu'elles peuvent devenir plus soignantes ou est-ce que leur rôle n'est pas de soigner mais de coordonner ?

Enquêté : La coordination c'est important, mais après le rôle des soignants, c'est le rôle des soignants; il y a les infirmières libérales, et je pense que les patients sont attachés à elles.

Enquêteur : Les prescriptions de matériel pré-remplies, je ne sais pas si vous en avez déjà utilisées ? Il y a parfois des prestataires de service qui en utilisent. C'est quelque chose auquel vous êtes favorable ou pas ?

Enquêté : Si, j'en ai déjà eues, mais je ne suis pas très favorable. J'ai des réserves, mais ce n'est pas médical, mais c'est qu'il y a un prestataire qui a le monopole.

Enquêteur : Vous aviez eu des patients en EHPAD en HAD ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Les courriers de sortie, vous en gardez un souvenir ou pas spécialement ? Les sorties d'HAD ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Et vous vous souvenez si vous en aviez eu ?

Enquêté : Non, ça ne me dit rien.

Enquêteur : Vous pensez que ça peut être un levier pour faire du lien entre l'HAD et un généraliste ?

Enquêté : Oui c'est important.

Enquêteur : Est-ce que vous attendriez des contreparties à prescrire davantage d'HAD, ou est-ce que c'est un service

qui est rendu à votre patient et qu'il n'y a rien de spécial à en attendre ?

Enquêté : Oui, c'est normal de prescrire. C'est-à-dire, la question c'est: est-ce qu'il y aurait une rémunération complémentaire ?

Enquêteur : Alors, soit pécuniaire, soit avec un médecin coordonnateur qui participerait au tour de garde, par exemple, donc avec un médecin généraliste qui ferait un peu moins de gardes ?

Enquêté : Non, c'est un service qui est normal.

Enquêteur : Pour terminer, une question sur la télémédecine, est-ce que vous pensez que ça peut changer en bien ou en mal les rapports des généralistes avec l'HAD ? La télémédecine, y'a plusieurs facettes, c'est déjà d'une part tout ce qui est informatisation du dossier, qui est très en vogue, puisqu'il commence à être recommandé de mettre des tablettes au domicile des patients pour faire des dossiers informatisés au sein de l'HAD, c'est la régulation médicale, SAMU, Médigarde et compagnie, c'est la télésurveillance, avec un patient qui prend soit tout seul, soit par une soignante, un paramètre, une tension, un poids qui serait adresser à un autre soignant, médecin, infirmier, c'est la téléconsultation, et c'est la télé-expertise aussi.

La téléconsultation, c'est la consultation à distance, la télé-expertise, c'est prendre l'avis d'un confrère, mais ça peut être aussi une photo de plaie prise par l'infirmière et montrée au médecin coordonnateur ou au médecin généraliste.

Enquêté : Oui, je suis tout à fait favorable à ce genre de choses, il faut que ce soit un plus dans la pratique de la médecine. Pour plus ou moins tous les plans, par exemple pour un avis, quand je prends l'exemple de la photo, ça peut être relativement intéressant. Pour la téléconsultation, plus pour un problème d'adaptation de traitement.

Enquêteur : Le dossier informatisé au lit du patient, qu'est-ce que vous en pensez ? Que l'aide-soignante qui vient faire la toilette le note sur la tablette.

Enquêté : Pourquoi pas, on est en 2013, plutôt que de marquer ça sur un bout de papier...

Enquêteur : Si éventuellement il y a des sujets qui sont abordés par d'autres médecins, je peux être amenée à vous contacter pour faire le point avec vous. Est-ce que vous souhaitez que je vous fasse parvenir les résultats de l'enquête ?

Enquêté : Oui.

ENTRETIEN 13

Enquêteur : Je fais ma thèse sur l'HAD d'Epinal puisqu'il y a moins de prescriptions par les médecins généralistes sur Epinal qu'ailleurs. Le but de la thèse c'est d'étudier les rapports des généralistes avec l'hospitalisation à domicile d'Epinal.

Enquêté : C'est peut-être aussi parce qu'on avait été un peu privé à un moment donné, qu'il n'y avait plus personne qui s'en occupait.

Enquêteur : Y'a pas grand monde qui l'a dit, l'image de marque n'est pas vraiment entachée.

Vous aviez eu combien de patients à peu près en HAD ?

Enquêté : Je dirai 6, de mémoire comme ça.

Enquêteur : Tous avec des prescriptions par l'hôpital ?

Enquêté : Oui.

Enquêteur : J'enregistre l'entretien, ça reste anonyme bien sûr, je ne suis pas envoyée moi, par l'équipe de l'HAD d'Epinal, donc il ne faut pas hésiter à me dire s'il y a des choses qui ne vont pas avec eux, des points négatifs par rapport à votre expérience.

Pour revenir un petit peu sur votre façon de travailler, donc c'est uniquement sur rendez-vous ?

Enquêté : Oui.

Enquêteur : Combien vous faites à peu près de consultations par jour ?

Enquêté : 30 – 35.

Enquêteur : Et en visite, à peu près combien ?

Enquêté : Par jour, on va faire une moyenne, on va dire 2 par jour mais je répartis différemment. Je le fais entre midi et deux, quand il n'y en a pas, je suis contente, et quand il y en a, ben je mange pas.

Enquêteur : Je suppose que vous participez à la permanence des soins, aux gardes et tout ça ?

Enquêté : Oui

Enquêteur : Vous avez un exercice particulier dans votre métier, acupuncture, mésothérapie ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Est-ce que vous avez une activité parallèle, de coordination, de PMI ? De fonction électorale, associative ?

Enquêté : Non. Si à l'école, l'association des parents d'élèves.

Enquêteur : Vous êtes informatisée ?

Enquêté : Oui.

Enquêteur : Qu'est-ce que vous pensez des moyens qui sont à votre disposition ici dans les Vosges pour travailler ? Est-ce que vous pensez que c'est suffisant, qu'il y a des carences dans certains points ?

Enquêté : C'est-à-dire, les carences après ça va être dans certaines spécialités, sinon, non, je pense que ça se passe pas trop mal. Les carences en plus, ça dépend de l'interlocuteur en général, après l'offre, je pense qu'elle est là.

Enquêteur : On parlait avec un autre médecin de la psychiatrie par exemple.

Enquêté : Oui, ça carence un peu, mais je pense que c'est de par la discipline que ça carence un peu, et le public qu'on recrute. Après c'est sûr que s'il y avait un super psychiatre avec qui on s'entend bien, qu'on pouvait passer des coups de fils, ce serait super, mais techniquement, c'est pas possible; c'est pas parce qu'ils sont mauvais ou parce qu'ils ne sont pas sympas c'est parce que c'est une discipline qui demande du temps. Je ne pense pas qu'il y ait d'opération possible là-dessus.

Enquêteur : Qu'est-ce que vous apporte votre métier, comment vous diriez que vous vous sentez gratifiée par votre métier ?

Enquêté : Je dirais que ça dépend des jours, ça c'est évident; après, oui, je pense qu'on a quand même de la reconnaissance, de la part de la patientèle, un lien important avec les familles; après c'est vrai que c'est pas tous les jours qu'on a de la reconnaissance et les mêmes demandes.

Enquêteur : Vous êtes installée depuis combien de temps à peu près ?

Enquêté : 5 ans

Enquêteur : Et vous avez-vous me l'avez dit- des enfants ?

Enquêté : Oui, 2.

Enquêteur : Comment vous voyez l'hospitalisation à domicile? Pour vous, est-ce que c'est forcément du deuxième recours, est ce que ça peut être du premier

recours ?

Enquêté : Je dois dire que jusqu'à maintenant, je voyais ça plutôt comme un deuxième recours, une suite d'hospitalisation ou si c'est envisageable le retour à domicile, je le voyais plus dans cette optique-là.

Enquêteur : Est-ce que vous pensez que pour vos patients vous pourriez vous-même débuter l'hospitalisation à domicile ?

Enquêté : Il n'y a pas une énorme différence entre ce que l'on organise avec le SSIAD etc. et l'HAD! Donc, après je pense que c'est des choses que je connais moins bien, mais qui sont des histoires financières; les infirmiers, enfin, je sais qu'on discute des fois avec les infirmiers, la charge des soins est peut être différente, le prix de certains soins, y'a plusieurs choses qui rentrent en compte là-dedans donc , voilà, j'ai une patiente qui actuellement est en HAD où le mari ne voulait pas que ce soit de l'HAD, mais voulait continuer comme c'était avant l'hospitalisation et techniquement, c'était pas possible; donc il se retrouve en HAD, mais finalement, ça ne lui change pas grand-chose, enfin, je ne crois pas. Après, il y a certainement des choses différentes qu'on ne connaît pas.

Enquêteur : Vous-même, est-ce que vous aviez rencontré des problèmes au cours des HAD que vous aviez suivies ?

Enquêté : Non pas spécialement.

Enquêteur : Y'a pas eu de soucis au niveau financier par exemple, vous aviez été réglée comme c'était prévu ?

Enquêté : Alors là, je vais vous dire que je ne crois pas avoir été réglée une seule fois par l'HAD. Parce que pour moi, j'ai fait mes visites que j'estimais avoir besoin de faire, que je me suis fait régler par mes patients comme une visite standard hors HAD. Après, les visites HAD avec le médecin coordinateur et tout ça, je n'ai jamais fait, ça n'a jamais réussi à correspondre avec les horaires de tout le monde; donc après, on a dû me demander une fois, ensuite on ne m'a plus jamais demandé; donc, je pense que peut être techniquement, ça me paraît compliqué, je ne peux pas faire une visite d'une heure le jour où tout le monde doit être là à la même heure, avec les emplois du temps qu'on a, ça me paraît compliqué. Donc après, on s'organise par téléphone quand c'est des histoires de prescription, de choses comme ça, mais nous on a plus le lien avec le patient qu'on connaît certainement mieux, on s'en sort. J'ai pas de problème, mais de là à dire que j'ai été réglée par l'HAD, je ne crois pas avoir touché un seul sous de l'HAD. Pas à ma connaissance.

Enquêteur : Au niveau des fondements même de l'hospitalisation à domicile, c'est quelque chose auquel vous

adhérez, ou c'est quelque chose qui vous semble un peu... pas adapté ?

Enquêté : Non, pas adapté, si, je pense qu'il y a certains avantages, après, comme pour tout, il y a des inconvénients; mais dans l'organisation générale et pour le patient lui-même, je pense qu'il y a plus d'avantages que d'inconvénients.

Enquêteur : L'image de marque de l'HAD d'Epinal ?

Enquêté : On a eu une rupture, un petit peu dans l'organisation. Oui, moi j'avais un patient qui était en cours d'HAD et du jour au lendemain, y'avait plus assez de monde pour faire la coordination ou je ne sais pas quoi, donc il s'est retrouvé à devoir être hospitalisé pour une perfusion qu'il faisait d'habitude à domicile; ça a été tout un pataquès quand même, ça a dû coûter quand même un sacré paquet d'argent parce que transporter le patient à Nancy, hospitalisation alors que à domicile ça se faisait, donc c'est vrai que ça a planté un peu. Après, on n'utilise pas vraiment que ça, donc ça nous a pas vraiment gênés dans la pratique de tout le temps mais c'est sûr qu'à mon avis y'a eu peut-être pas une mauvaise image, mais y'a eu une idée que ça fonctionnait pas. Ensuite ça a changé, on a eu d'autres médecins qui sont venus se présenter, venus discuter, après j'ai eu plusieurs fois au téléphone le nouveau médecin coordinateur, ça a l'air d'être reparti. Mais y'a eu un moment donné une espèce de trou.

Enquêteur : Comment vous avez su que ça avait redémarré ?

Enquêté : Parce qu'on m'a appelé pour un patient et j'ai dû en discuter avec les infirmiers en disant, « Tiens c'est reparti ». Je ne crois pas qu'on nous ait prévenus autrement.

Enquêteur : Au niveau relationnel, est ce que ça s'était bien passé avec les familles, les patients ?

Enquêté : Oui. Sauf ce patient-là qui s'est retrouvé planté en milieu de prise en charge, c'est un jeune homme en plus qui n'a pas du tout envie d'être hospitalisé pour faire une perfusion alors que ça pouvait être fait à la maison; les précédentes avaient été faites, donc il ne comprenait pas pourquoi, sur un problème d'organisation, il se retrouvait à devoir être hospitalisé! Donc il a refusé de faire son traitement, donc ça a quand même eu une incidence.

Enquêteur : Vous-même, avec les infirmières coordinatrices, les aides-soignantes de l'HAD ou le médecin coordinateur, y'a pas eu de soucis ?

Enquêté : Pour l'instant, non, je n'ai pas eu de soucis; la dernière fois que j'ai eu besoin de les appeler pour changer des prescriptions ou quoi que ce soit, ça a été fait dans la

journée sans trop de problèmes. De ce côté-là, ça suit plutôt bien.

Enquêteur : Et avec les médecins hospitaliers qui avaient prescrit l'HAD, y'avait pas eu de soucis particuliers non plus ?

Enquêté : Je dirai qu'on a eu moins de lien parce que dans la mesure où ça passe à l'HAD, après eux, on ne les a plus trop au téléphone, et qu'en général ça se finit par l'HAD souvent.

Enquêteur : Au niveau technique, vous n'aviez pas été mise en difficulté par un matériel particulier ?

Enquêté : Non, parce que c'est beaucoup nos infirmières qui gèrent le matériel.

Enquêteur : Est-ce qu'il y a des urgences qui étaient intervenues, réelles ou ressenties, c'est-à-dire qu'on vous appelle en disant « Venez tout de suite, tout de suite » ?

Enquêté : Oui, j'ai eu ça, dans des fins de vie ou la famille autour paniquait un peu, « Venez tout de suite parce que la dame s'agite », donc on a renforcé les traitements; du coup c'est là que sur les appels et tout, je dirais que le temps qu'on mette de l'hypnovel* à la seringue, entre temps, c'est sûr que moi j'ai redonné autre chose dans l'intervalle parce qu'on ne pouvait pas attendre 2 heures dans l'état où ils étaient. Mais ça c'est pas trop mal passé.

Je l'ai fait par téléphone, et j'y suis repassée à midi, donc 2 heures plus tard et finalement, elle a dû avoir sa perf à 4 heures.

Enquêteur : D'un point de vue éthique, c'est pas quelque chose qui vous pose problème l'HAD ?

Enquêté : Non. Je dois dire que je connais mal les directions financières derrière, donc je l'utilise dans la manière où ça m'arrange et ça sert le patient.

Enquêteur : Le statut de l'HAD d'Epinal vous poserait plutôt souci ?

Enquêté : Ouais, peut-être un peu quand même.

Enquêteur : D'un point de vue juridique, vous vous étiez posé des questions ou pas ?

Enquêté : C'est sûr que quand on nous fait signer des contrats qu'il faut renvoyer, on se pose toujours la question de qu'est-ce qu'on est censé faire, devoir ou pas devoir, qui est en cause, qui est responsable ? Après avoir lu les papiers, pour l'intérêt du patient, on n'a pas 50 solutions. Après ce n'est pas la majeure partie de notre activité non plus.

Enquêteur : Est-ce que vous aviez reçu une formation à l'HAD ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Et vous pensez que vous en auriez besoin ou pas ?

Enquêté : J'ai pas l'impression d'en avoir besoin, non.

Enquêteur : Ni une plaquette ou quelque chose comme ça, pour vous, ça roule comme ça, on vous appelle quand y'a besoin ?

Enquêté : Peut-être voilà, éventuellement sur l'organisation financière du fonctionnement, des choses comme ça, oui, ça pourrait m'intéresser de savoir comment ça se passe. Mais sur l'organisation, en même temps je n'ai jamais prescrit moi-même puisqu'à chaque fois, ça a été des sorties d'hospitalisation. Je crois que j'appellerais le médecin coordinateur si j'avais quelque chose à faire et je demanderais comment on peut s'organiser, pis en général c'est eux qui font les démarches, c'est vrai que ça paraît assez simple vu de l'extérieur comme ça mais ça s'est jamais présenté directement dans ce sens-là.

Enquêteur : Pourquoi d'après vous les médecins généralistes n'en prescrivent pas plus des HAD ?

Enquêté : Je pense que c'est cet espèce de contrat qui nous lie peut être un peu à l'HAD alors que toute la journée, on se débrouille tout seul, personne n'est là pour nous assister ou nous donner des ordres. La seconde chose, c'est de perdre un petit peu le lien privilégié avec le patient, mais qu'au final on garde quand même, je trouve, parce que c'est nous qu'ils appellent avant d'appeler l'HAD.

C'est là, par exemple, j'y suis passée moi cette semaine pour une patiente qui est sortie, j'ai lu tout le bouquin de l'HAD; en lisant ce que les infirmières ont marqué, les prescriptions, et impossible de savoir s'il fallait que je refasse les prescriptions ou quoi que ce soit.

Je me dis, qui fait quoi, c'est là où ça pêche un peu, du coup, je me dis qu'en sortant d'hospitalisation elle doit avoir au moins ses médicaments, son mari me dit, « Oui c'est bon, on a ce qu'il faut », je n'ai pas fait d'ordonnances, et deux jours après, les infirmiers ont dit, « il nous faut une ordonnance ».

Enquêteur : Vous aviez eu un courrier de sortie à ce moment-là ?

Enquêté : Oui, mais je l'ai eu après, parce que j'y suis allée le lendemain et je l'ai eu dans les délais normaux. Je dois dire que je savais ce qu'il en était parce que j'avais eu des

nouvelles par son mari et par les infirmiers.

Enquêteur : C'est quelque chose d'important pour vous ce courrier de sortie de fin d'HAD ?

Enquêté : Oui, ça nous intéresse d'être au courant, on a justement du mal avec les courriers en général.

Enquêteur : Le courrier de sortie, pour vous c'est quelque chose d'important! Est-ce que vous pensez que ça pourrait être un levier entre les médecins généralistes et l'HAD ?

Enquêté : Ça me paraît être la base, donc je ne vois pas comment ça pourrait être fait sans courrier de sortie. S'il y a un truc énervant, c'est quand on n'a pas de courrier alors qu'on est le principal intéressé. Ça me paraît inenvisageable qu'il n'y ait pas de courrier de sortie. Après, est-ce que ça peut renforcer les liens, je suis pas sûre, mais c'est indispensable.

Enquêteur : Vous, dans votre relation avec l'HAD, si ça manque, ça va être vraiment une faille ?

Enquêté : Oui, ça c'est évident.

Enquêteur : Par rapport à la prescription par les généralistes, vous m'avez dit que vous n'avez pas eu spécialement de mauvaise expérience, les prescriptions médicamenteuses de produits comme l'hypnovel* tout ça ?

Enquêté : On n'a pas le droit de prescrire, du coup, je ne sais pas comment s'est débrouillé le médecin coordinateur mais il a dû valider le truc on sait pas comment, mais il a dû réussir à faire ça, parce que c'est une prescription hospitalière normalement. Mais bon finalement pour quelque chose qui n'était pas accessible, ça a réussi à se faire, et ça m'a paru assez simple, mais bon, je ne sais pas comment lui a bataillé derrière.

Enquêteur : Vous ne vous êtes pas dit avant de mettre en route l'HAD: « Va falloir que je bricole des produits que je ne connais pas » ?

Enquêté : Après y'a pas 50 produits non plus! Donc au final, ça revient toujours un peu pareil, donc ça va.

Enquêteur : Les formalités administratives, est-ce que vous pensez que pour vous ça peut être un frein ?

Enquêté : Oui, c'est quand même pas ce qu'on préfère.

Enquêteur : Le médecin coordinateur, qu'est-ce que c'est pour vous, c'est quoi son rôle ?

Enquêté : Ça, ça reste un peu obscur pour moi; après je dois

dire qu'il nous prévient quand ils sortent. C'est pas des coups de fils qui durent longtemps, ça nous prend pas trop de temps. C'est plutôt efficace. Après, quel est son rôle dans la structure, ça je sais pas.

Enquêteur : Est-ce que vous l'appelleriez pour un problème d'expertise « quelle dose je mets?» ou est-ce que vous allez regarder dans le VIDAL simplement ?

Enquêté : Si je suis chez le patient, éventuellement.

Enquêteur : C'est pas ce que vous auriez comme fonction pour lui en tête.

Enquêté : Comme référent un peu pour ça ? Non, je crois pas.

Enquêteur : Est-ce que vous pensez que pour lui c'est très important de connaître les médecins de son secteur ?

Enquêté : Ça me paraît plus facile pour les relations, surtout que c'est quand même en général des patients où on a besoin d'une relation particulière, c'est quand même difficile en général. Donc si on se retrouve avec des gens qui ne se connaissent pas, qui ne se parlent pas, les patients ils le ressentent, quand tout roule, que les gens se connaissent, c'est quand même plus facile.

Enquêteur : Si l'HAD est amenée à se développer, est-ce que vous pensez que son rôle peut évoluer vers un rôle plus soignant ? C'est-à-dire le médecin coordinateur qui pourrait être amené à aller en visite, soit parce que vous n'avez pas le temps, soit parce que vous n'avez pas envie d'y aller ?

Enquêté : Ça me paraît compliqué. En général le patient a plutôt envie de nous voir, nous; on n'a pas toujours envie c'est vrai, mais on assume notre boulot jusqu'au bout donc y'a pas de raison. Donc ça me paraît plus compliqué, dans le rôle de coordinateur, ça me paraît être un lien, plutôt un contact supplémentaire utile, après, de là à ce qu'il aille faire des visites, non, ça, ça me plairait moyen.

Enquêteur : Et le rôle des infirmières coordinatrices, est-ce que vous pensez que ce serait bien, pareil si l'HAD est amenée à se développer, qu'elles soient plus soignantes, ou est-ce qu'elles restent également dans leur rôle ?

Enquêté : La première demande de nos patients, c'est de garder leurs infirmières en général, en particulier la personne à laquelle je pense, il ne voulait pas d'HAD parce qu'il ne voulait pas qu'on lui impose ses aides-soignantes, ses infirmiers et qu'il voulait garder son équipe de d'habitude.

Enquêteur : Est-ce que vous avez déjà eu affaire à des

prescriptions pré-remplies ? Pas forcément au sein de l'HAD d'ailleurs. C'est-à-dire un prestataire de service qui vous met des poches comme ça, des tubulures comme ça...
Est-ce que vous êtes favorable ?

Enquêté : Non. Et ça m'embêterait un peu quand même.

Enquêteur : Est-ce que vous aviez eu des patients en EHPAD en HAD ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Vous saviez que ça existait ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : Est-ce que vous attendriez des contreparties au fait de prescrire plus d'hospitalisations à domicile ou est-ce que c'est un service rendu normal au patient ?

Enquêté : Du moment que c'est monnayé, ça me plaît déjà moins.

Enquêteur : Pas forcément monnayé, mais ça pourrait être par exemple le médecin coordonnateur qui est sur place et qui va participer au tour de garde.

Enquêté : Ça ne va pas peser dans ma décision.

Enquêteur : Pour vous les éléments qui favoriseraient à votre prescription d'HAD, c'est d'être sur un pied d'égalité avec l'équipe, de conserver le lien avec votre patient, les courriers de sorties, est-ce que vous voyez autre chose ?

Enquêté : Non.

Enquêteur : La dernière question, sur la télémédecine, est ce que vous pensez que ça pourrait changer en bien ou en mal les rapports des généralistes avec l'HAD ?

Enquêté : Ça n'a rien à voir avec l'HAD ?

Enquêteur : Justement, ça peut l'être, parce que c'est ce qui est recommandé en ce moment de faire de la télémédecine en HAD, avec des tablettes au domicile des patients, un dossier complètement informatisé, une informatisation complète de tout le circuit du médicament, des systèmes de dictée à reconnaissance vocale pour écrire dans le dossier médical. Après la télémédecine, c'est pas que informatiser un dossier bien sûr, y'a toute la télésurveillance, la télé expertise, la téléconsultation.

Enquêté : C'est sûrement un bon outil, au-delà de ça, ça remplacera jamais le lien avec le patient je pense. Plutôt que d'avoir un gros dossier papier, oui pourquoi pas? Moi ça ne me pose pas de problèmes: on est informatisé depuis toujours. Le seul problème, c'est toujours la compatibilité entre tout, le même logiciel, le même dossier. Si on en a une trace dans notre dossier, y'a un intérêt, si c'est pour renseigner le dossier de l'HAD et qu'il n'y ait qu'eux qui aient accès, ça m'intéresse pas.

Enquêteur : Faudrait que ce soit un truc partagé avec votre logiciel ?

Enquêté : Oui.

Enquêteur : Et vous pensez que ça peut faciliter les prescriptions des généralistes ou est-ce que ça ne va rien changer du tout ? Ou compliquer...

Enquêté : A part cette histoire d'accès aux données, je dirai que oui, mais sinon, faciliter les prescriptions, je ne crois pas.

Enquêteur : Qu'est-ce que vous verriez comme frein que pourrait mettre la télémédecine dans les prescriptions d'HAD ?

Enquêté : Je ne sais pas, ça ne me freinerait pas plus que ça je pense.

VU

NANCY, le **6 janvier 2014**

Le Président de Thèse

NANCY, le **6 janvier 2014**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur A. GÉRARD

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6731

NANCY, le **17 janvier 2014**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur P. MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Le contexte socio-économique actuel ainsi que le désir des patients d'être pris en charge auprès de leurs proches, avec une qualité de soins hospitalière, a favorisé le développement de l'HAD ces dernières années en France. Les médecins généralistes sont au cœur de ce dispositif ; cependant leurs prescriptions d'HAD restent limitées.

La circulaire ministérielle du 4 décembre 2013 rappelle que le taux de prescription d'HAD depuis le domicile sera un indicateur de suivi du développement de ce mode de prise en charge. Cet outil s'inscrit pleinement dans la stratégie actuelle de santé qui souhaite « conforter et de consolider le premier recours », « lever toutes les barrières qui entravent l'accès aux soins » et « tracer des parcours de soins qui répondent aux attentes des patients » dans un souci de maîtrise des dépenses de santé.

Nous avons enquêté, par entretiens semi-dirigés dans le territoire d'intervention de l'établissement d'HAD d'Epinal, pour évaluer les freins à la prescription et de les comparer à ceux d'autres zones géographiques.

Améliorer la communication entre HAD et médecins généralistes, informer sur l'utilisation de l'HAD restent une demande des médecins, quel que soit leur profil.

Les freins liés à la charge de travail et aux compétences sont moins retrouvés dans les Vosges centrales.

La télémedecine reste controversée dans le cadre de l'HAD, compte tenu des patients accueillis.

L'indicateur de prescription d'HAD pourrait donc être amélioré avec une spécificité locale.

TITRE EN ANGLAIS

General practitioner and home health care in Epinal in 2013.

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS :

Médecin généraliste, hospitalisation à domicile, Vosges

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex