

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2020

N°

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Louise RONDEAU

Présentée et soutenue publiquement le 08 décembre 2020

COMMUNICATION ET COLLABORATION AVEC L'HOSPITALISATION À
DOMICILE VENDÉE
ENQUÊTE AUPRES DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES VENDÉENS

Président : Monsieur le Professeur Nizard Julien

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bontemps Frédéric

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	5
1 - Définition et histoire de l'HAD.....	5
2 - L'HAD aujourd'hui.....	5
3 - Déterminants de la progression de l'offre HAD.....	6
a) Développement des prises en charge complexes au domicile.....	6
b) Souhait des patients.....	6
c) L'HAD comme alternative économique ?.....	6
d) Bénéfices en terme de mortalité.....	7
4 - HAD et médecins généralistes.....	7
MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	8
1 - L'HAD Vendée.....	8
2 - Logiciel H@dom et application Mobil'H@Dom.....	9
3 - Type d'étude.....	9
4 - Population étudiée.....	9
5 - Questionnaire (Annexe 6).....	9
6 - Recueil des données.....	10
7 - Analyse des données.....	10
RÉSULTATS.....	11
1 - Taux de réponses.....	11
2 - Caractéristiques de la population étudiée.....	11
3 - Prise en charge de patients en HAD.....	13
4 - Résultats concernant les utilisateurs de l'HAD.....	15
5 - Amélioration de la collaboration (Annexe 7).....	19
6 - Motifs de non collaboration avec l'HAD (Annexe 8).....	20
7 - Dossier patient informatisé.....	21
a) Accès et utilisation du logiciel Anthadine.....	21
b) Motifs de non utilisation.....	22
c) Autres motifs (Annexe 9).....	23
DISCUSSION.....	23

1 - Interprétation des résultats.....	23
a) Population	23
b) Données démographiques	23
c) Collaboration avec l'HAD Vendée.....	24
d) Amélioration de la collaboration.....	25
e) Médecins ne travaillant pas avec l'HAD Vendée	25
f) Dossier patient informatisé	26
2 - Forces et faiblesses de l'étude	26
3 - Perspectives et actions à mettre en place	27
a) Intégrer le médecin généraliste dans les prises en charge	27
b) Faire mieux connaître l'HAD	27
c) Nouveau réseau de communication.....	27
d) Déploiement de l'application Mobil@Dom.....	28
 CONCLUSION	 29
 RÉFÉRENCES	 30
 ANNEXES	 32
Annexe 1 : Modes de prise en charge (MP) en HAD	32
Annexe 2 : Taux de recours à l'HAD par jour pour 100 000 habitants	33
Annexe 3 : Algorithme HAS pour l'aide à l'orientation des patients en HAD.....	34
Annexe 4 : Carte du territoire de l'HAD Vendée	35
Annexe 5 : Notice d'utilisation d'Anthadine à destination des médecins	36
Annexe 6 : Questionnaire	40
Annexe 7 : Réponses à la question : "Comment pouvons-nous améliorer la collaboration ?"	42
Annexe 8 : Motifs expliquant l'absence de prise en charge en HAD	45
Annexe 9 : Motifs de non utilisation du logiciel Anthadine	46
Annexe 10 : Triptyque "Votre patient est-il éligible à l'HAD ?"	48

ABRÉVIATIONS

Par ordre d'apparition :

HAD : Hôpital à domicile

EHPAD : Etablissement d'hébergement de patients âgés et dépendants

ARS : Agence régionale de santé

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

SSR : Soins de suite et de rééducation

DREES : Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques

FNEHAD : Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

OMS : Organisation mondiale de la santé

HAS : Haute autorité de santé

DPI : Dossier patient informatisé

INTRODUCTION

1 - Définition et histoire de l'HAD

L'HAD (Hospitalisation à domicile) garantit des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés au domicile du malade. Ces prises en charge se différencient des soins habituellement dispensés à domicile par leur durée, leur complexité et par la fréquence des actes. Les établissements d'HAD sont des établissements de santé, soumis aux mêmes obligations que les établissements d'hospitalisation avec hébergement⁽¹⁾. Ils doivent donc fournir une continuité des soins 24h/24 7j/7 avec possibilité d'un recours à un avis médical ou d'une intervention d'un(e) infirmier(e) à tout moment.

L'HAD a été légalisée par la loi hospitalière du 30 décembre 1970 : l'Article 4 mentionne que "Les services des centres hospitaliers peuvent se prolonger à domicile, sous réserve du consentement du malade ou de sa famille, pour continuer le traitement avec le concours du médecin traitant."⁽²⁾

Par la suite, la loi du 31 juillet 1991 reconnaît l'HAD comme une alternative à part entière à l'hospitalisation traditionnelle.

La circulaire du 1^{er} décembre 2006 apporte des précisions concernant le rôle et l'organisation de l'HAD. Elle décrit les obligations et le rôle des acteurs de l'HAD et précise que le médecin traitant reste le pivot de l'organisation d'une prise en charge en HAD. Elle évoque également le développement nécessaire d'une telle offre de soins⁽³⁾.

Le décret du 22 février 2007 autorise les établissements d'HAD à prendre en charge des patients en EHPAD (Etablissement d'hébergement des personnes âgées médicalisées).

Enfin, la loi "Hôpital Patients Santé Territoire" de 2009 reconnaît l'HAD comme un mode d'hospitalisation à part entière et garantit la protection de l'appellation "hospitalisation à domicile".

2 - L'HAD aujourd'hui

Il existe différents modes de prise en charge pour pouvoir bénéficier de l'HAD (Annexe 1).

Sur le plan national, le mode de prise en charge "pansement complexe" est désormais le plus fréquent et représente 28 % des prises en charge. Mais les soins palliatifs occupent une grande place puisqu'ils constituent un quart des prises en charge⁽⁴⁾.

Selon un rapport de la DREES (Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques) paru en 2017 et faisant état de dix ans d'hospitalisation à domicile⁽⁵⁾, l'HAD a connu un véritable essor à partir des années 2000. En 2006, 170 établissements ont contribué aux prises en charge d'HAD, contre 313 en 2016. Le nombre de patients pris en charge chaque année a également progressé : plus de 110 800 patients en 2016 contre 44 000 en 2006 pour un total de 188 300 séjours (contre 82 000 en 2006).

Plus récemment, et selon le dernier rapport d'activité de la FNEHAD (Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile)⁽⁴⁾, il y a eu, en 2018, 198 775 séjours en HAD, soit une hausse de 7,20 % par rapport à 2017 et 122 225 patients soit une hausse de 5,60 %. Les données provisoires pour 2019, selon le rapport trimestriel de l'observatoire de l'HAD paru en mai 2020, prouvent que cette hausse se poursuit puisque l'activité a progressé de 7,50 % par rapport à 2018⁽⁶⁾.

Toutefois, il faut nuancer ces données. Bien que l'HAD tende à se développer, elle semble encore être un recours trop faiblement envisagé en France au contraire de certains pays européens. En 2013, une circulaire à destination des ARS (Agences régionales de santé) relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile a fixé un objectif national de trente à trente-cinq patients en HAD pour 100 000 habitants, et un doublement de la part d'activité de l'HAD de 0,60 % à 1,20 % de l'ensemble des hospitalisations complètes (MCO + SSR) à l'horizon 2018⁽⁷⁾. Cet objectif n'est pas atteint puisque le taux de recours au niveau national est de vingt-trois patients pour 100 000 habitants avec cependant d'importantes disparités sur le territoire⁽⁴⁾. (Annexe 2)

3 - Déterminants de la progression de l'offre HAD

a) Développement des prises en charge complexes au domicile

L'augmentation des pathologies chroniques, d'une part, et le vieillissement de la population, d'autre part, amènent à repenser l'organisation entre soins primaires et soins secondaires. Selon l'OMS (Organisation mondiale de la santé), le nombre de décès liés à des pathologies chroniques devrait atteindre les 52 millions en 2030⁽⁸⁾, alors qu'ils représentaient 40,5 millions en 2016⁽⁹⁾.

En France, les personnes âgées représentent plus de 20,50 % de la population, soit une augmentation de 4,70 % en vingt ans⁽¹⁰⁾.

L'HAD, en faisant le lien entre ville et hôpital, est donc une des solutions permettant le développement de ces prises en charge complexes au domicile. D'autant plus que l'organisation hospitalière tend à se recentrer sur l'offre de soins techniques ayant pour effet une diminution de la capacité du nombre de lits. Il est donc nécessaire de trouver des solutions au raccourcissement des hospitalisations que ce soit en termes de durée ou de nombre.

b) Souhait des patients

Selon un rapport de l'Observatoire national de la fin de vie paru en mars 2013⁽¹¹⁾, 81 % des Français souhaiteraient vivre leurs derniers instants à domicile alors que seulement 25 % des décès y ont lieu. La France est un des pays européens où l'on meurt le moins à domicile. Ainsi, 12,80 % des personnes à domicile pour la fin de vie sont hospitalisées au cours des dernières 24 heures.

Une enquête de la FNEHAD réalisée en 2017 auprès de 1 000 Français⁽¹²⁾ montre que trois Français sur quatre sont prêts à envisager une hospitalisation à domicile pour eux ou un de leurs proches.

c) L'HAD comme alternative économique ?

En raccourcissant les durées d'hospitalisation ou en les évitant, l'HAD est une alternative économique à l'hospitalisation traditionnelle.

Elle permet une meilleure maîtrise des dépenses de santé : en 2018, le coût global de l'HAD s'est élevé à 1,1 milliard d'euros⁽⁴⁾, ce qui représente 1 % des dépenses d'hospitalisation et 0,50 % des dépenses de l'Assurance maladie⁽¹³⁾.

Le coût moyen d'une journée d'HAD pour l'Assurance maladie s'élève à 203,60 euros en 2018⁽⁴⁾. Ce coût s'élève à 450 euros pour une hospitalisation de jour et de 300 à 750 euros pour une hospitalisation conventionnelle avec hébergement selon l'Institut de recherche en économie de la santé⁽¹⁴⁾. Pour des soins comparables à un service de SSR, le coût de la journée s'élève en moyenne à 263 euros dans un service de rééducation contre 169 euros en

moyenne en HAD⁽¹⁵⁾.

Dans son rapport de 2016, la Cour des Comptes note que la DGOS (Direction générale de l'offre de soins) a estimé les économies en termes d'hospitalisations conventionnelles évitées à 35 millions d'euros pour l'Assurance maladie dans l'hypothèse d'une substitution de 10 % des jours en court séjour et de 5 % des journées en moyen séjour⁽¹⁶⁾.

d) Bénéfices en terme de mortalité

Une méta-analyse de 2012, dont le critère d'inclusion des études était un raccourcissement de la durée d'hospitalisation conventionnelle ou son évitement, a montré les bénéfices de l'HAD en termes de réduction de mortalité (réduction relative de 19 % et réduction absolue de 2,01 %) ; le nombre de patients à traiter à domicile pour éviter un décès était de 50. Cette étude a également montré un bénéfice en termes de taux de réadmission, de coût et de satisfaction des patients et des professionnels⁽¹⁷⁾.

4 - HAD et médecins généralistes

La circulaire du Ministère de la santé de 2006 précise le rôle du médecin généraliste dans les prises en charge HAD⁽³⁾. Celui-ci reste le pivot de l'organisation de l'HAD ; même s'il n'en est pas forcément le prescripteur, il est responsable de la prise en charge, assure le suivi médical et la surveillance du patient. Pour l'admission en HAD, le médecin est obligatoirement sollicité par le médecin coordonnateur de l'HAD. Il donne son aval à l'hospitalisation par la signature d'un accord de prise en charge le liant à l'équipe de soins du service d'HAD.

Plusieurs travaux ont montré que les médecins généralistes ne connaissent pas l'HAD ou éprouvent des difficultés à travailler avec ces structures.

L'Observatoire régional de la santé des Pays-de-la-Loire a interrogé, entre décembre 2015 et mars 2016, 383 médecins généralistes sur leurs connaissances et leurs pratiques concernant l'HAD⁽¹⁸⁾. Il en ressort que 73 % des médecins ont pris en charge un patient en HAD dans l'année mais seulement 55 % sont à l'origine de la prescription. Cela peut s'expliquer par la méconnaissance des critères d'admission (76 % des médecins interrogés pensent qu'une meilleure connaissance des critères favoriserait l'adressage). Les médecins déclarent bien connaître les établissements HAD et leurs missions, mais la connaissance des procédures et des critères d'admission semble moins évidente.

Selon une enquête de la FNEHAD auprès de 300 médecins généralistes⁽¹²⁾, 50 % d'entre eux estiment que l'HAD est mal connue et la même proportion affirme n'avoir jamais reçu d'informations concernant cette prise en charge.

L'HAS (Haute autorité de la santé) a développé en 2017 un algorithme (Annexe 3) pour aider les médecins dans l'orientation des patients en HAD. Son but est de permettre une meilleure connaissance de l'HAD, de clarifier les critères d'orientation des patients afin d'aider les médecins hospitaliers et de ville dans leurs prescriptions. L'outil ADOP-HAD reprenant cet algorithme est disponible en ligne sur le site de l'HAS et permet l'évaluation directement en quelques clics⁽¹⁹⁾.

Plusieurs travaux de thèses^{(20),(21)} ont montré que les médecins généralistes sont parfois réticents à travailler avec l'HAD du fait d'un sentiment de dépossession de la prise en charge et/ou d'un manque de communication avec les structures HAD.

Il nous a donc semblé important, dans ce contexte où l'HAD tend à se développer, d'interroger les médecins généralistes, dans l'objectif d'améliorer leur collaboration avec cette structure.

Ce travail de thèse avec l'HAD Vendée est également né dans le contexte de développement du dossier patient informatisé. En effet, dans le cadre de la sécurisation des données médicales et de l'amélioration de la continuité des soins, l'HAD Vendée a programmé le déploiement d'un nouveau logiciel patient 100 % numérique et pouvant être partagé avec l'ensemble des professionnels intervenant dans la prise en charge des patients. Le dossier patient a d'abord été accessible sur le Web avec le logiciel H@dom. Puis, l'arrivée de l'application Mobil'H@Dom permettra, en fin d'année 2020, l'accès en temps réel au dossier patient sur smartphone ou tablette connectée à domicile. Il nous semblait donc intéressant de connaître l'avis des médecins sur ces dispositifs susceptibles d'améliorer la communication.

Ce travail de thèse consiste à faire un état des lieux de la collaboration et de la communication des médecins généralistes avec l'HAD Vendée. L'objectif principal est de mettre en évidence les points à améliorer dans la relation avec les médecins généralistes. Les autres objectifs sont de définir les freins à son utilisation mais aussi de recueillir l'avis des médecins sur l'accès au dossier patient informatisé. En effet, avant de pouvoir évaluer les bénéfices de cet outil de communication et d'échanges numériques, il est important de connaître l'avis des médecins traitants sur leur collaboration avec l'équipe HAD.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1 - L'HAD Vendée

L'association "HAD Vendée" est une association privée créée en 2001 et dont la première prise en charge a eu lieu en 2003. Le siège social se trouve à la Roche-sur-Yon. Il existe actuellement six antennes réparties sur le territoire, elles-mêmes divisées en plusieurs secteurs. La zone d'action d'HAD Vendée s'étend à toute la Vendée hormis une partie du Nord Vendée (secteurs de Mortagne-sur-Sèvre, Pouzauges et Les Herbiers) prise en charge par l'HAD de Cholet. (Annexe 4)

L'HAD Vendée assure la prise en charge des patients 24h/24 et 7j/7 grâce à une équipe pluridisciplinaire composée de médecins et infirmiers coordonnateurs, d'une équipe de soins palliatifs (médecins, infirmiers, psychologue), d'un service social ainsi que d'une équipe administrative. Il existe une différence avec le modèle "classique" de l'HAD puisque les soignants du domicile sont uniquement les professionnels libéraux (infirmier(e)s, aides soignant(e)s, kinésithérapeutes, orthophonistes, ...).

Comme au plan national, l'HAD Vendée connaît elle aussi une progression importante : entre 2018 et 2019, le nombre de patients pris en charge est passé de 1 290 à 1 405 soit une hausse de 9 % en un an. Le nombre de séjours a également progressé de 8 %⁽²²⁾, ce qui est plus que la moyenne nationale. En 2018, le taux de recours à l'HAD en Vendée était supérieur à la moyenne nationale et à la moyenne dans la Région Pays-de-la-Loire puisqu'elle est le seul département à dépasser le taux de vingt-cinq patients pour 100 000 habitants dans la Région mais reste cependant sous l'objectif fixé de trente patients⁽⁴⁾. (Annexe 2)

La répartition des modes de prise en charge diffère de la répartition nationale, les soins palliatifs représentent, pour l'HAD Vendée, 51 % des prises en charge en 2019 contre 24 % pour les pansements complexes.

2 - Logiciel H@dom et application Mobil'H@Dom

Afin d'optimiser la prise en charge des patients, l'équipe HAD Vendée a mis en place un projet de dossier patient 100 % informatisé et partagé. Les objectifs sont de permettre un accès à l'ensemble des données en temps réel, de fournir un dossier patient 100 % dématérialisé au domicile, d'avoir une informatisation complète du circuit du médicament, de sécuriser les données et de permettre une facilité d'utilisation à tous les partenaires.

Le déploiement du DPI (Dossier patient informatisé) s'est fait de manière progressive. D'abord au deuxième semestre 2018 par un accès au logiciel Anthadine pour les professionnels libéraux à leur cabinet : chaque professionnel recevait, lors de l'admission en HAD d'un de leur patient, ses identifiants de connexion ainsi que le mode d'emploi du logiciel (Annexe 5). Préalablement, il avait été envoyé à tous les médecins un courrier ou un email pour leur annoncer la mise en place de ce dispositif.

Initialement, ce travail de thèse devait, dans un second temps, porter sur l'évaluation de l'application Mobil'H@Dom donnant accès au dossier du patient directement de son domicile grâce à un smartphone ou une tablette. La conception de l'application puis son déploiement ayant pris du retard, en particulier du fait du contexte sanitaire, nous n'avons finalement pas réalisé cette deuxième partie.

3 - Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive, observationnelle, quantitative, réalisée par l'envoi d'un questionnaire électronique aux médecins généralistes du territoire d'HAD Vendée.

4 - Population étudiée

Afin de disposer d'un état des lieux le plus exhaustif et représentatif de la population médicale vendéenne possible, le questionnaire s'adressait à l'ensemble des médecins généralistes installés en Vendée dont le lieu d'exercice correspond à la zone d'action d'HAD Vendée. La base de données d'HAD Vendée a permis de générer un fichier des praticiens médicaux du Département vendéen. De cette base ont été exclus les médecins non installés, les médecins exerçant uniquement en structure hospitalière, les médecins des territoires dépendant de l'HAD choletais ainsi que les médecins retraités lorsqu'ils étaient connus.

5 - Questionnaire (Annexe 6)

L'élaboration du questionnaire a été faite avec le Dr Bontemps Frédéric (médecin coordonnateur à l'HAD et directeur de thèse) et Mme Chaillou Julie (responsable du développement à l'HAD). Afin d'optimiser les chances de réponse, nous avons conçu un questionnaire très court amenant une dizaine de réponses. La plupart des questions étaient fermées, hormis trois d'entre elles, permettant d'obtenir des réponses variées et d'avoir une vision plus complète. Parmi les questions fermées, trois d'entre elles pouvaient amener plusieurs réponses.

Les questions ont été caractérisées comme obligatoires pour passer à la suivante à l'exception des questions ouvertes, ceci afin d'obtenir le plus de réponses possibles.

Le questionnaire comporte plusieurs parties :

- Une partie épidémiologique permettant de définir la population interrogée ;
- Une partie permettant de séparer, parmi les médecins interrogés, ceux prenant en charge des patients HAD et les autres. Selon cette réponse, les médecins étaient interrogés soit sur leur satisfaction de la collaboration avec l'HAD et leurs préférences de communication, soit sur les raisons pour lesquelles ils n'avaient pas de prise en charge HAD ;

- Une partie sur le dispositif du dossier patient informatisé.

La compréhension du questionnaire et la durée pour y répondre ont été testées par une partie de l'équipe HAD (cadre, infirmier coordonnateur, directrice, responsable qualité) participant au groupe de travail sur le déploiement du dossier numérique.

La rédaction et le recueil de données ont été réalisés avec le logiciel Vocaza permettant un accès en ligne aux médecins ayant reçu le lien d'accès.

L'envoi du questionnaire s'est fait par email, incluant le lien pour accéder directement aux questions et répondre en ligne de manière anonyme ainsi qu'une courte explication du sujet et du temps nécessaire. Nous avons choisi ce mode de diffusion pour sa facilité de contact et sa rapidité.

6 - Recueil des données

Le recueil des données s'est déroulé en deux temps, sur une période de quatre mois. L'envoi des questionnaires par email a eu lieu de mars à avril 2019. Tous les médecins dont les adresses email étaient référencées dans la base de données d'HAD Vendée ont reçu le questionnaire. Un email de relance a été adressé au bout de quinze jours aux médecins n'ayant pas répondu ou ayant répondu partiellement.

Dans un second temps et jusqu'à fin juin 2019, les médecins ont été sollicités par téléphone. Afin de cibler un maximum de médecins, nous avons privilégié les appels aux médecins n'ayant pas d'adresses email référencées par l'HAD et n'ayant donc pas pu répondre au questionnaire en ligne. S'il s'agissait d'un cabinet de groupe ou d'une MSP, il a été proposé à tous les médecins de répondre au questionnaire. Cette démarche a permis d'obtenir dans certains cas une réponse directement en ligne lorsque les médecins communiquaient leurs adresses email. Pour les autres médecins, les réponses ont été recueillies par téléphone soit directement, soit lors d'un rendez-vous téléphonique programmé.

Les questionnaires étaient tous anonymisés. Les réponses obtenues par téléphone ont été retranscrites directement par l'auteur *via* le questionnaire en ligne.

7 - Analyse des données

Les variables ont été décrites par le nombre d'observations (n) et le pourcentage correspondant (%) grâce au logiciel Vocaza. Le logiciel a généré un rapport avec les différents résultats sous forme de tableaux et de graphiques ; certains de ces graphiques ont été modifiés dans leur forme afin de s'adapter au mieux au contenu. Pour les questions ouvertes, les réponses ont été retranscrites telles quelles dans le fichier texte. Nous avons ensuite regroupé les phrases ou morceaux de phrases exprimant la même idée, permettant de faire émerger des grands thèmes exposés dans les résultats. Les réponses dans leur intégralité sont disponibles en annexe.

RÉSULTATS

1 - Taux de réponses

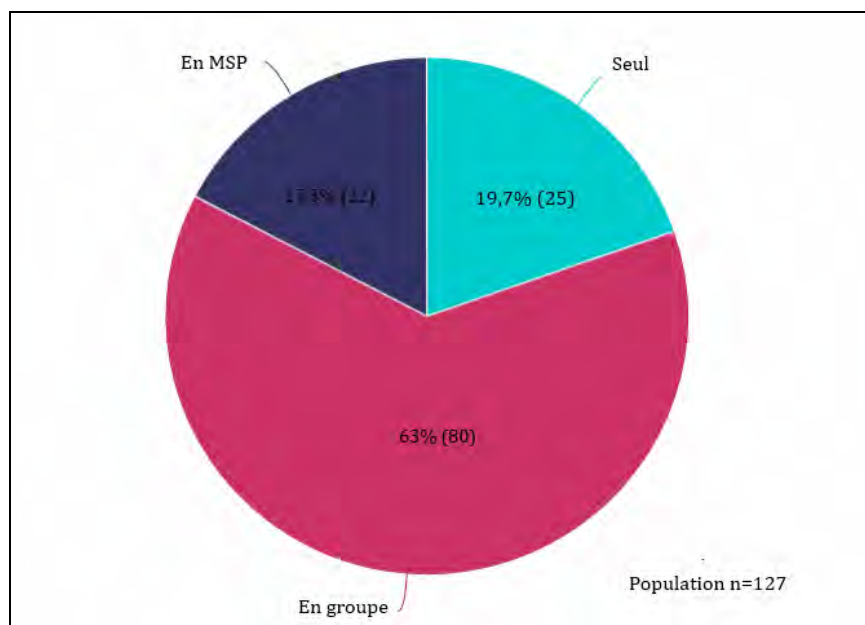
La base de données de l'HAD a généré un fichier comportant 578 médecins. Après exclusion, la population source comptait 441 médecins vendéens exerçant dans le territoire d'HAD Vendée. L'enquête a été envoyée par email à 316 d'entre eux et nous avons recueilli quatre-vingt-huit réponses. Le taux de réponse est de 28 %. Dans le second groupe de médecins contactés par téléphone (comme expliqué dans la méthode), nous avons recueilli trente-neuf réponses supplémentaires sur soixante-dix-neuf médecins interrogés. Parmi ces réponses, dix-sept ont été recueillies directement lors d'un entretien téléphonique, les vingt-deux autres *via* le questionnaire en ligne. Le taux de réponse était de 49 %.

Un médecin contacté lors de la première enquête nous a signalé par retour d'email être en retraite et deux médecins contactés par téléphone étaient en retraite et n'ont donc pas été comptabilisés.

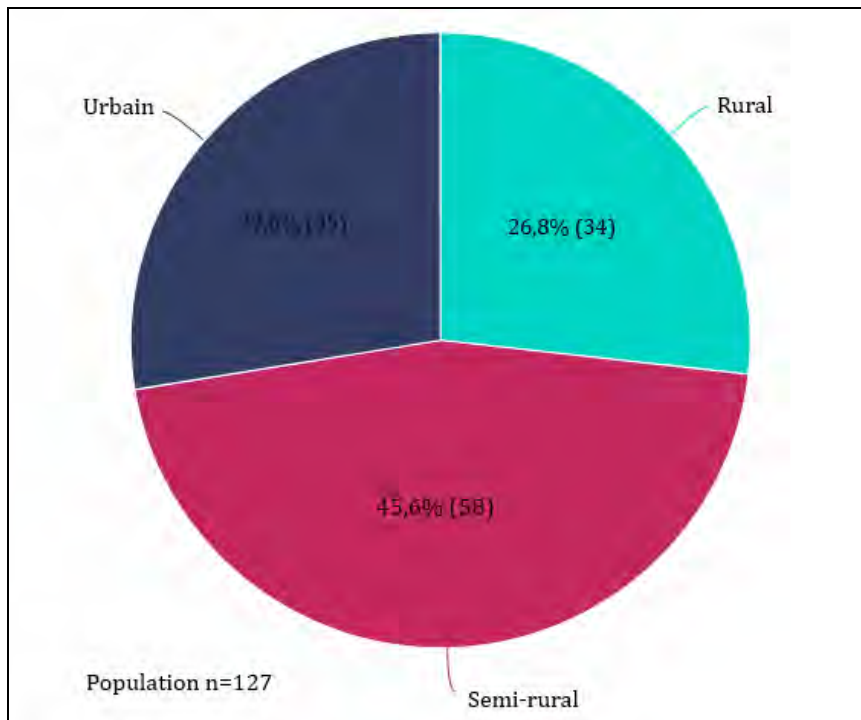
Au total, pour cette enquête, 395 médecins ont été interrogés et 127 réponses ont été recueillies soit un taux de réponse de 32 %.

2 - Caractéristiques de la population étudiée

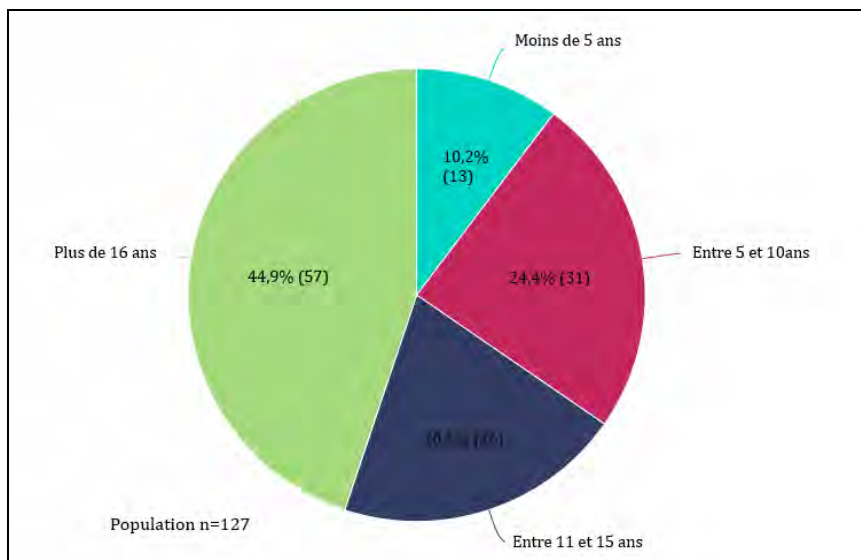
- Figure 1 : Type d'exercice



- Figure 2 : Environnement d'exercice

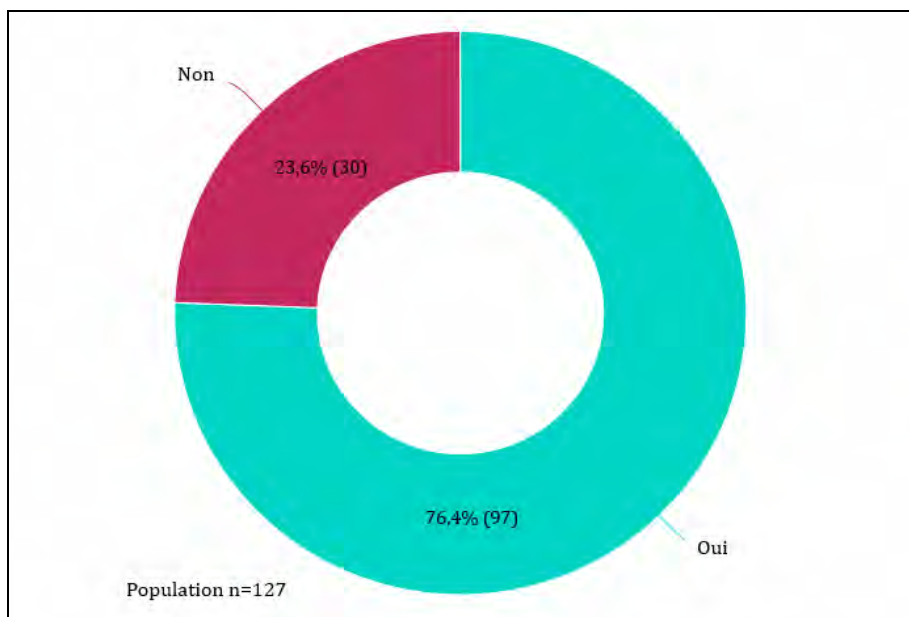


- Figure 3 : Durée d'exercice

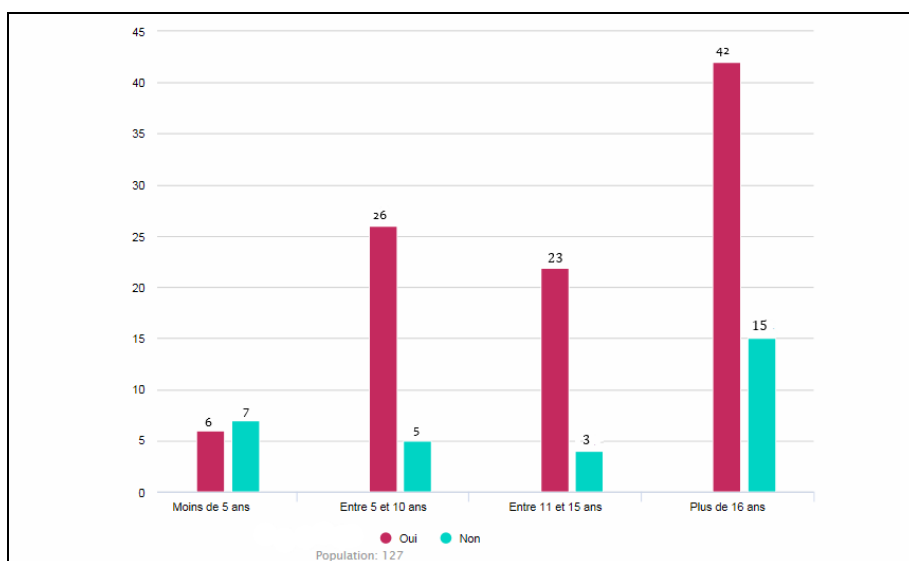


3 - Prise en charge de patients en HAD

- Figure 4 : Réponse à la question : “Avez-vous régulièrement des patients pris en charge en HAD ?”



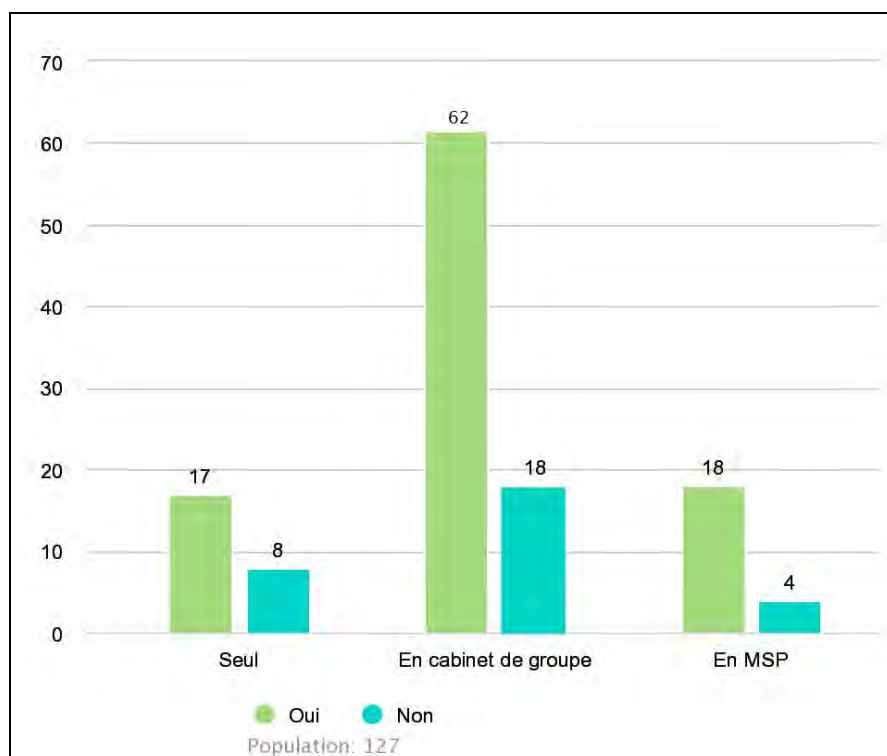
- Figure 5 : Prise en charge en HAD et durée d'exercice



- Tableau 1 : Précisions sur la prise en charge en HAD pour chaque durée d'exercice

Durée d'exercice	Oui	Non	Total
Moins de 5 ans	6 (46,20 %)	7 (53,80 %)	13
Entre 5 et 10 ans	26 (83,90 %)	5 (16,10 %)	31
Entre 11 et 15 ans	23 (88,50 %)	3 (11,50 %)	26
Plus de 16 ans	42 (73,70 %)	15 (26,30 %)	57

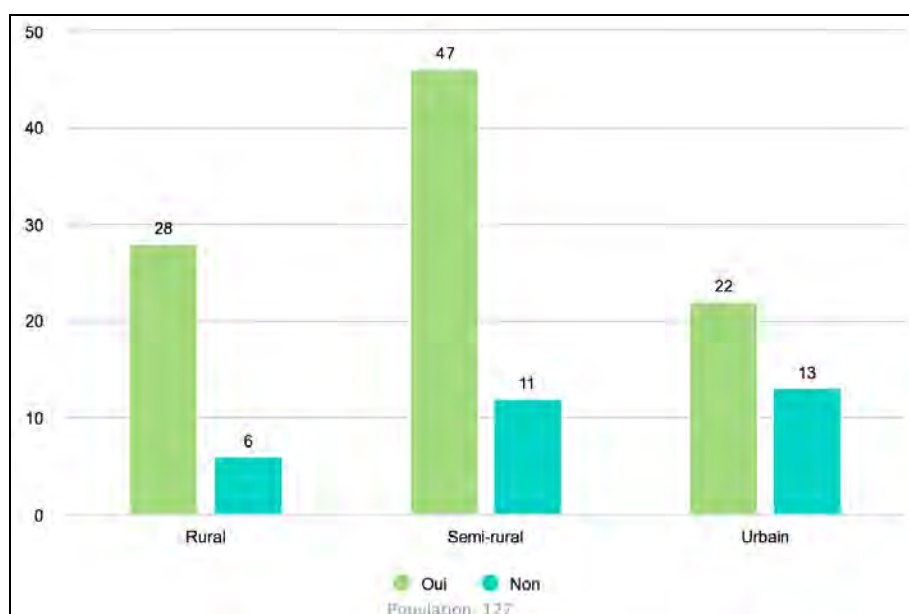
- Figure 6 : Prise en charge en HAD et type d'exercice



- Tableau 2 : Précisions sur la prise en charge en HAD pour chaque type d'exercice

Type d'exercice	Oui	Non	Total
Seul	17 (68 %)	8 (32 %)	25
En groupe	62 (77,50 %)	18 (22,50 %)	80
En MSP	18 (81,80 %)	4 (18,20 %)	22

- Figure 7 : Prise en charge en HAD et environnement d'exercice



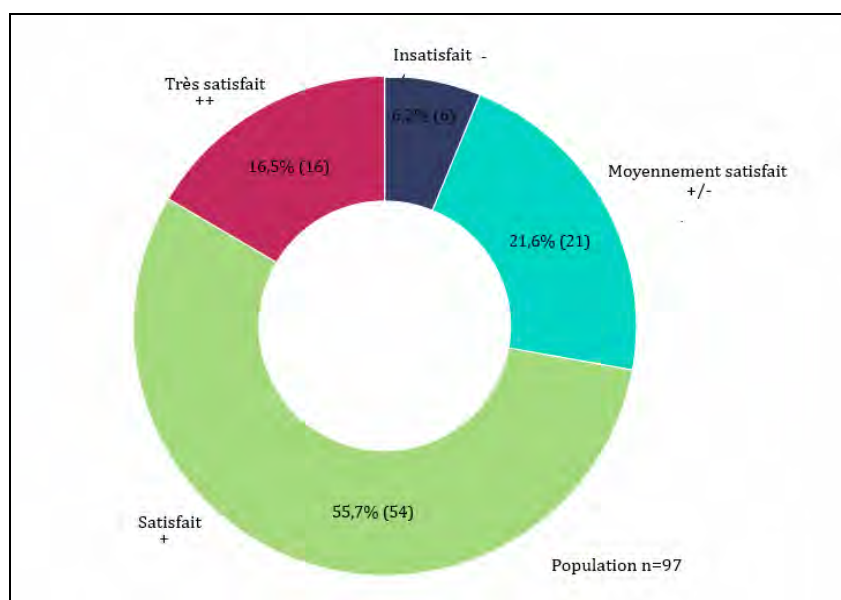
- Tableau 3 : Précisions sur la prise en charge en HAD pour chaque environnement d'exercice

Environnement	Oui	Non	Total
Rural	28 (82,40 %)	6 (17,60 %)	34
Semi-rural	47 (81 %)	11 (19 %)	58
Urbain	22 (62,90 %)	13 (37,10%)	35

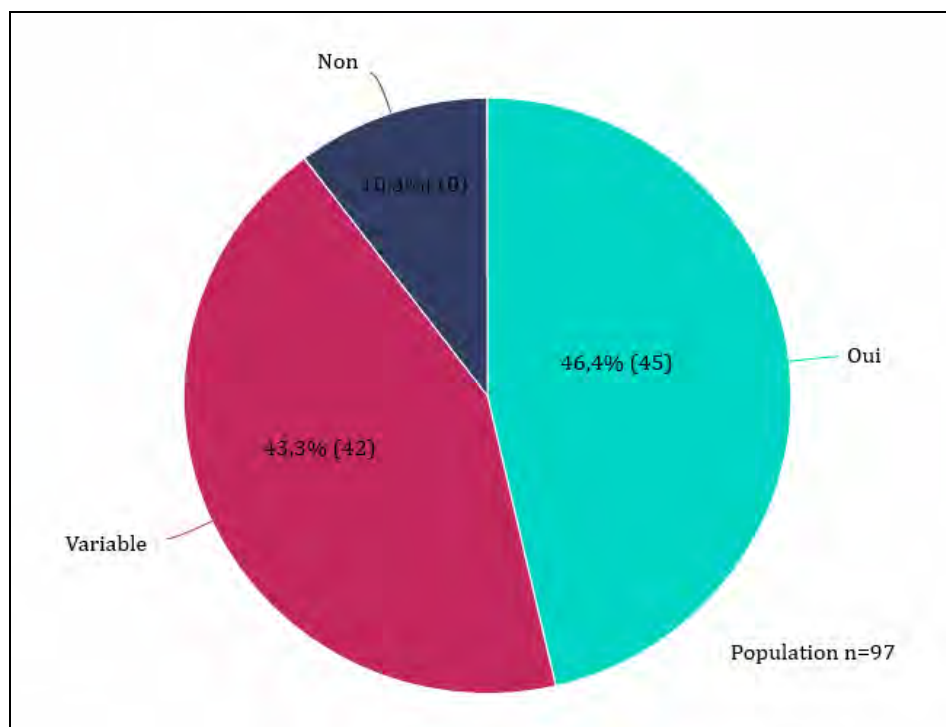
4 - Résultats concernant les utilisateurs de l'HAD

Ces résultats correspondent donc à la population ayant répondu travailler régulièrement avec l'HAD Vendée (n=97)

- Figure 8 : Satisfaction concernant la fréquence des échanges avec l'équipe HAD Vendée

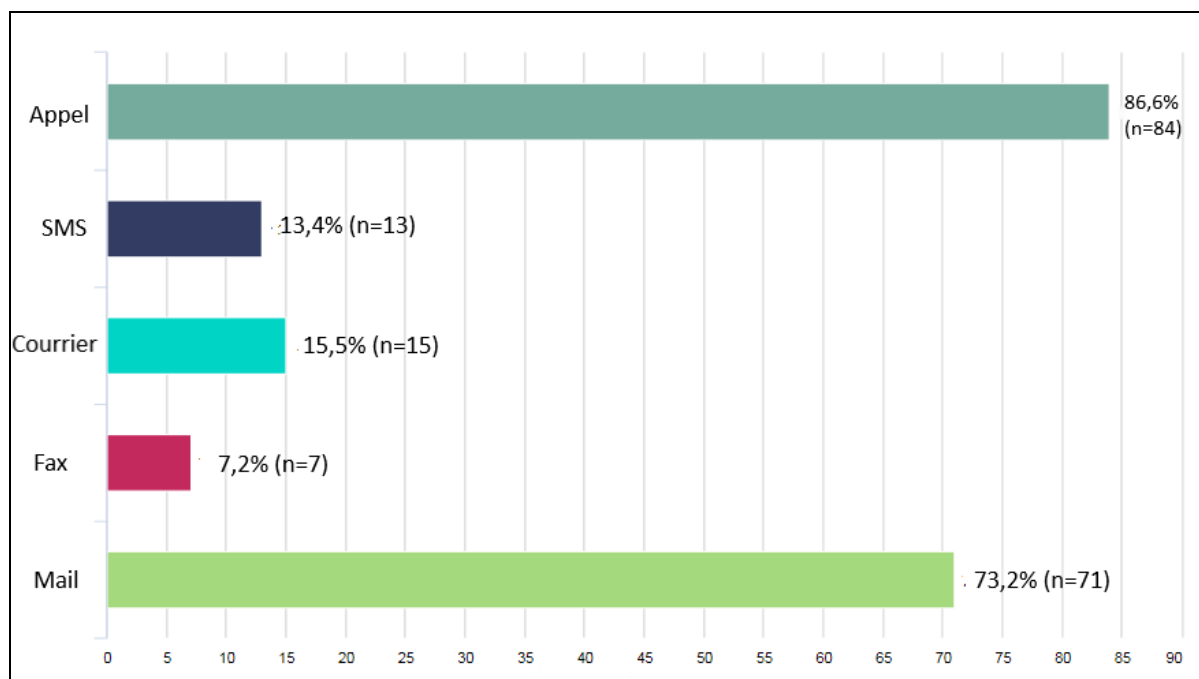


- Figure 9 : Réponse à la question : “Avez-vous suffisamment d’informations lors de la prise en charge de vos patients ?”

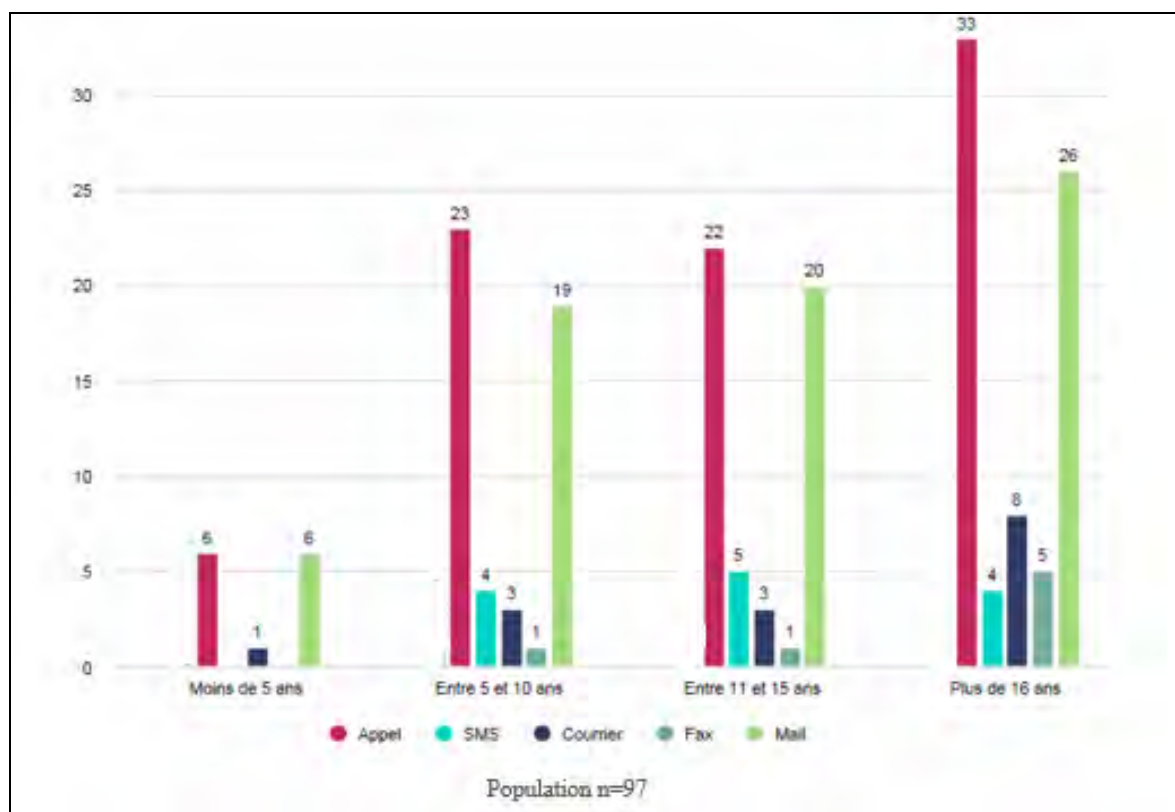


- Figure 10 : Moyens de communication préférés

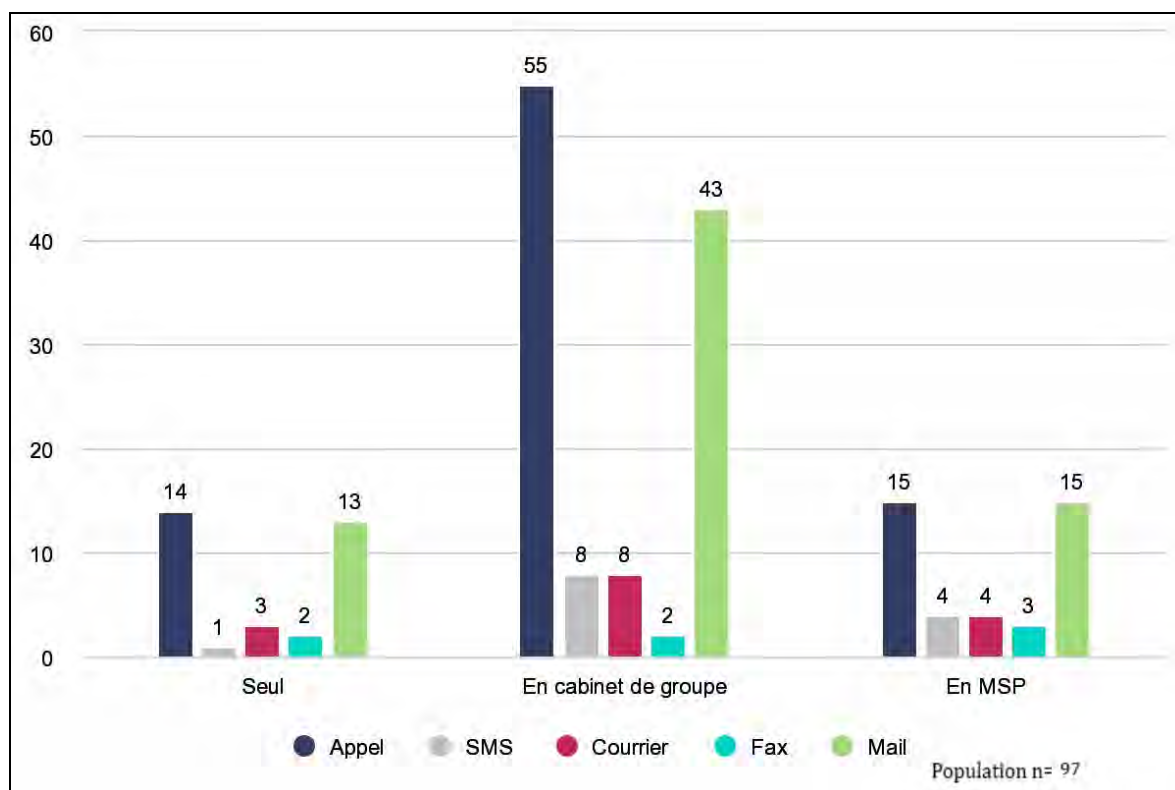
Pour cette question plusieurs réponses étaient possibles.



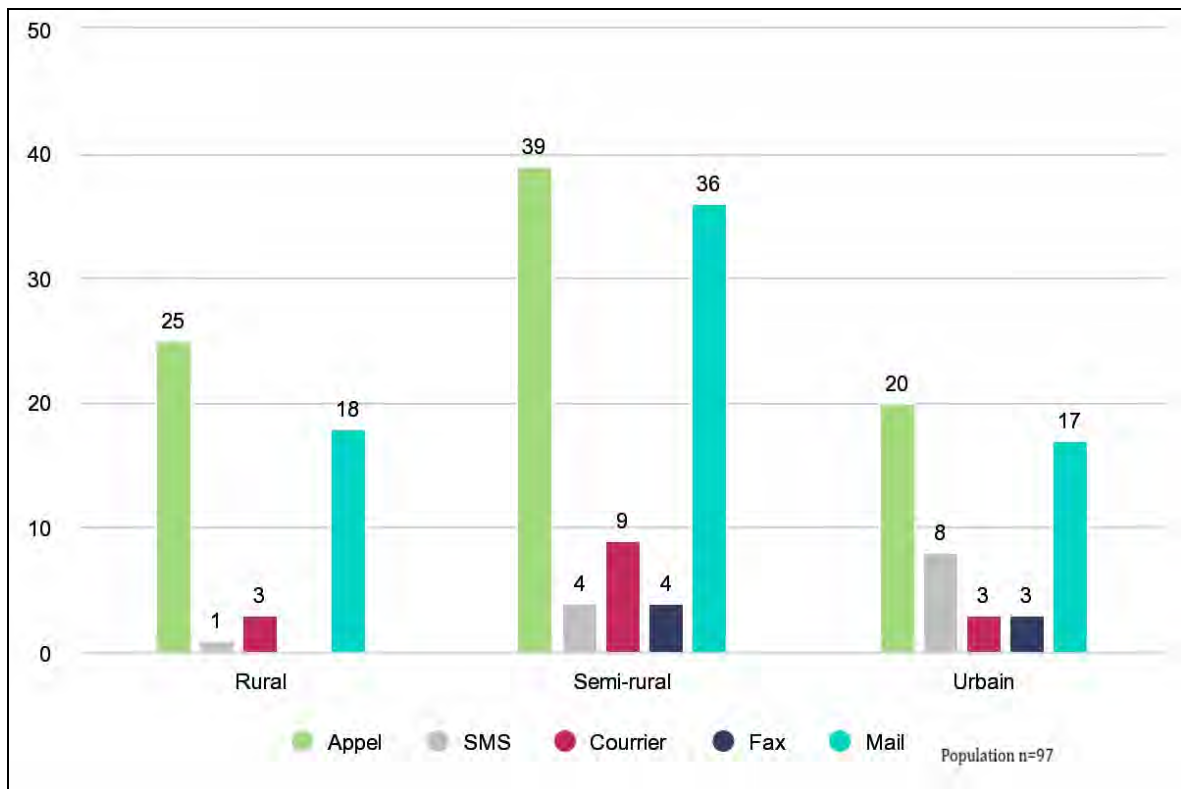
- Figure 11 : Moyens de communication préférés et durée d'exercice



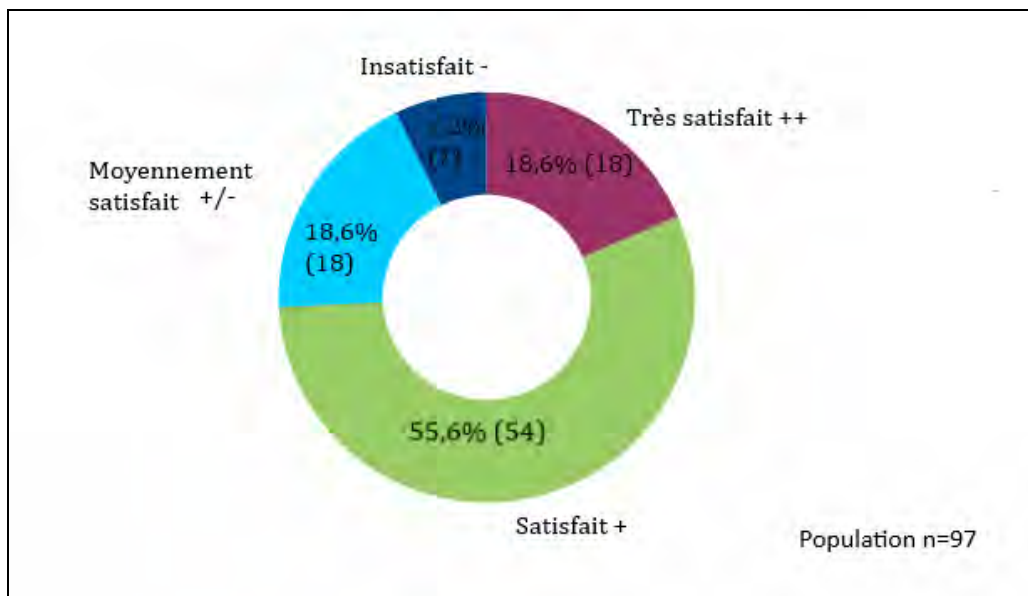
- Figure 12 : Moyens de communication préférés et type d'exercice



- Figure 13 : Moyens de communication préférés et environnement d'exercice



- Figure 14 : Satisfaction globale concernant la collaboration avec l'HAD Vendée



5 - Amélioration de la collaboration (Annexe 7)

Soixante-trois médecins sur les quatre-vingt-dix-sept travaillant régulièrement avec l'HAD ont répondu à cette question. Parmi ces réponses :

- Vingt-quatre d'entre eux ont noté qu'ils avaient besoin de plus d'informations, plus fréquemment et/ou plus de contacts tout au long de la prise en charge. : *“Nous tenir au courant de ce qui est fait”, “Plus d'informations et de communication directe”, “Plus d'échanges afin de ne pas perdre le patient”, “Plus de contacts avec le médecin coordonnateur”*.

Soit en privilégiant les contacts directs : *“Les contacts directs par téléphone permettraient de mieux échanger”, “Échanger de vive voix”, “Entretiens téléphoniques de 5-10 minutes”*.

Soit via des comptes-rendus et/ou emails : *“Faciliter les échanges par emails”, “J'apprécie l'envoi du courrier récent d'entrée et de sortie”, “En ayant peut-être, de temps en temps, des comptes-rendus de nos patients”*.

- Treize médecins ont signalé qu'il était important de définir leur rôle dans la prise en charge et qu'ils pouvaient se sentir mis à l'écart : *“Qui fait les visites ? Qui prescrit quoi ?”, “Définir nos places respectives”, “Mieux intégrer le médecin traitant dans l'équipe HAD”, “Définir les missions de chacun, à quoi sert le médecin généraliste”, “Parfois nous sommes appelés juste en cas de problème alors que nous avons été délaissés de la prise en charge”, “J'ai l'impression de ne pas faire partie du suivi de MON patient ou alors c'est quand il y a besoin d'une ordonnance pour quelque chose qu'il manque, ou besoin d'une visite en urgence alors que je n'ai pas vu le patient auparavant”*.

- Neuf d'entre eux ont demandé la mise en place de réunions pluri-professionnelles ou de visites conjointes plus fréquentes : *“Réunion sur les protocoles utilisés”, “Rencontre avec tous les intervenants dès la mise en HAD”, “Quand le médecin passe voir le patient, j'aimerais éventuellement passer avec lui”, “En continuant de nous rencontrer au lit du patient”*.

- Huit médecins ont signalé la nécessité d'anticiper les contacts en amont et au début de la prise en charge : *“Ne pas être prévenu au dernier moment”, “Nous ne sommes pas contactés à la mise en place”, “Plus d'anticipation, l'HAD est sollicitée par le CHD et nous sommes mis devant le fait accompli”, “J'aimerais bien qu'il y ait une mise au point au début de la prise en charge si je dois en faire partie”*.

- Parmi les autres réponses, le fait d'être plus facilement joignable et plus rapidement a aussi été mis en avant pour quatre médecins ; deux médecins ont évoqué la lourdeur administrative ; un médecin a évoqué la nécessité d'avoir une meilleure connaissance des critères HAD.

-Trois médecins ont mentionné un dispositif numérique : *“En utilisant un dossier médical partagé”, “Mise en place d'un logiciel avec tablette à domicile”, “Le moyen de communication informatisé est une très bonne évolution qui permet d'avoir des informations au jour le jour”*.

- Enfin, dix médecins interrogés trouvent que la prise en charge est déjà satisfaisante en l'état.

6 - Motifs de non collaboration avec l'HAD (Annexe 8)

Parmi les trente médecins ayant répondu ne pas avoir régulièrement de patients en HAD, vingt-huit ont précisé la raison :

- Huit ont évoqué le fait de ne pas avoir beaucoup de patients concernés : *“Besoins rares”, “Pas régulièrement, un patient tous les deux ans ou plus mais je suis ouverte à cette structure”, “Très rares occasions”*.
- Sept médecins ont signalé une méconnaissance des critères d'admissions en HAD : *“Peut-être méconnaissance de ma part des critères d'admission en HAD”, “Je ne connais pas bien les critères pour entrer en HAD”, “Je ne connais pas bien l'HAD”, “Est-ce que je saurais dire si mon patient est dans les critères HAD ?”*.
- Six médecins n'utilisent pas l'HAD car n'en ont pas besoin ou ont pris l'habitude de travailler sans : *“Il me semble, dans l'ensemble, qu'il faut que mon patient me pose des problèmes irrésolubles par moi-même pour faire appel à l'HAD”, “HAD peu développée au début de mon activité donc habitude prise de travailler sans ?”, “J'ai l'impression que l'HAD serait une charge supplémentaire pour des choses que je sais déjà gérer seul. La fin de vie à domicile, par exemple, ça se gère même sans HAD”, “Pas d'HAD au départ de mon activité donc j'ai appris à faire sans”*.
- Cinq médecins signalent des difficultés à travailler avec l'HAD : *“Mauvaise expérience par le passé, visites imposées, peu de retour sur les prises en charge”, “Trop de contraintes, visites imposées, impression d'être mis à l'écart”, “Pas besoin de complexifier ce qui peut être réalisé simplement”, “J'essaie d'éviter au maximum l'HAD car en général je ne suis plus le pilier de la prise en charge et je ne l'accepte pas”*.
- Cinq médecins ont évoqué le fait d'avoir une population jeune et/ou d'être récemment installé. Parmi ces cinq médecins, trois avaient signalé ne pas connaître l'HAD et ses critères.
- Un médecin signale l'absence d'HAD dans son territoire d'exercice.

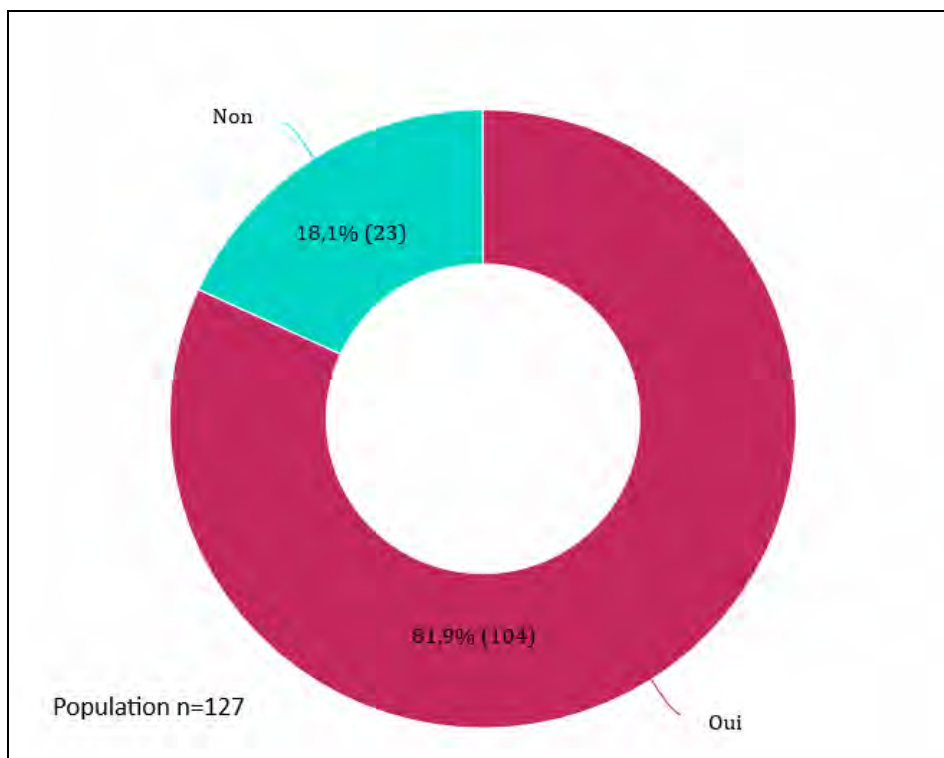
7 - Dossier patient informatisé

a) Accès et utilisation du logiciel Anthadine

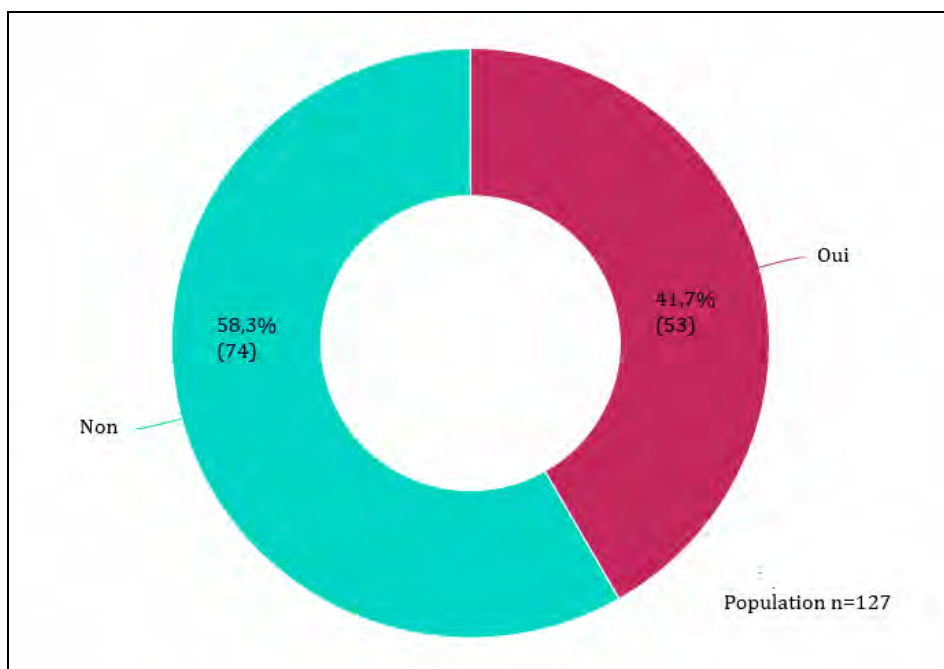
- Figure 15 : Réponses à la question : “Avez-vous reçu l’information de votre possibilité d’accès au dossier patient informatisé HAD Vendée ?”



- Figure 16 : Réponses à la question : “Trouvez-vous cette initiative intéressante pour valoriser la collaboration avec l’équipe HAD Vendée ?”



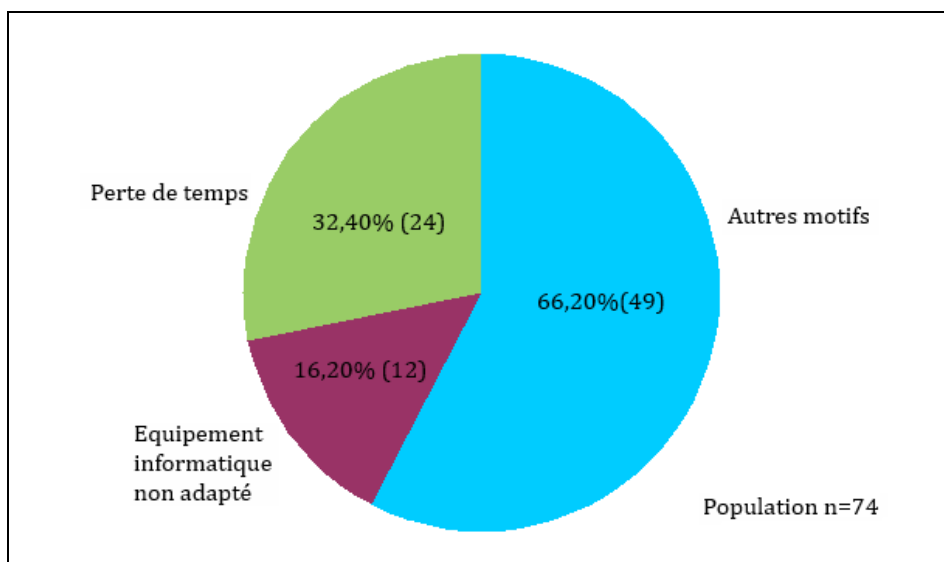
- Figure 17 : Réponses à la question : “Pensez-vous utiliser le logiciel H@Dom lors de vos futures prises en charge ?”



b) Motifs de non utilisation

- Figure 18 : Réponses à la question : “Pourquoi pensez-vous ne pas utiliser le logiciel ?”

Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.



c) Autres motifs (Annexe 9)

Le principal motif expliquant la non utilisation du logiciel est l'absence de patients ou d'occasions pour l'essayer pour dix-sept d'entre eux.

Douze médecins ont également expliqué ne pas avoir eu d'information sur l'existence du logiciel ou de son fonctionnement : *“Pas informé”, “Manque d’infos sur l’existence d’Anthadine”, “Je n’étais pas au courant”*.

Dix médecins regrettent la multiplicité des outils et le manque de temps pour l'utiliser : *“Encore un site supplémentaire”, “La multiplication des outils est compliquée”, “Cela multiplie les logiciels, cela devient ingérable”, “Trop d’outils tue l’outil, manque de temps”, “Temps de formation et d’adaptation au nouveau logiciel”*.

Pour sept médecins, il est nécessaire de privilégier les contacts directs : *“Échanges vrais et non virtuels”, “Je préfère collaborer de vive voix, par téléphone ou autre pour avoir une réponse rapide”, “Il faudrait que ce soit rapide et facile pour que je l'utilise. Le téléphone c'est bien aussi !”, “Un coup de fil pour information beaucoup plus rapide allant à l'essentiel de la surveillance ; multiples informations dans le dossier”*.

Enfin, quatre médecins évoquent le fait que le dossier informatisé serait utile à condition qu'il soit disponible à domicile : *“Cela va quand même plus vite de noter dans le dossier directement au chevet du malade plutôt que de devoir le faire en rentrant au cabinet en plus de notre propre logiciel”, “Si cela pouvait se faire au domicile du patient, pourquoi pas ?”*.

DISCUSSION

1 - Interprétation des résultats

a) Population

Le nombre de médecins généralistes installés en 2019 était de 439 selon le rapport du Conseil départemental de l'Ordre des médecins⁽²⁴⁾. Notre population source était de 441 médecins et nous en avons contacté 395. Elle a été surestimée, certains médecins étant probablement partis à la retraite ou ayant changé d'activité sans que la base de données des emails ait été mise à jour.

b) Données démographiques

L'exercice de groupe (pluriprofessionnel ou médical) est l'exercice le plus représenté dans notre étude, ce qui est aussi le cas à l'échelle régionale puisqu'il représente 65 % des modes d'exercice selon l'ORS (Observatoire régional de la santé)⁽²⁵⁾.

Dans notre étude, l'exercice “seul” est moins représenté que dans la population régionale. Ces médecins ayant peut-être pour habitude de travailler de manière autonome font probablement moins appel aux structures HAD, ce qui pourrait expliquer qu'ils aient moins répondu à l'enquête.

Dans notre étude, les médecins exerçant depuis plus de seize ans étaient les plus nombreux et rassemblaient à eux seuls quasiment la moitié de la population interrogée. À noter que nous n'avons pas catégorisé la durée d'exercice au-delà de seize ans car cela correspond à la date de la première prise en charge d'un patient par l'HAD Vendée.

N'ayant pas demandé l'âge des participants dans notre étude, il n'est pas possible de comparer avec la démographie médicale vendéenne. Cependant, au 1^{er} janvier 2020, en Vendée, 26 % des médecins généralistes avaient plus de 60 ans et 58 % plus de 50 ans.

Même si l'âge ne correspond pas forcément à la durée d'installation, les nouveaux installés en 2019 en Vendée avaient, pour 52 % d'entre eux, moins de 30 ans, et pour 18 % d'entre eux moins de 35 ans. Nous pouvons donc penser que la durée d'exercice reste liée à l'âge des interrogés.

c) Collaboration avec l'HAD Vendée

- Une grande majorité des médecins a l'habitude de travailler avec l'HAD puisque 76,40 % ont répondu favorablement. Cependant, nous pouvons penser que les médecins ayant répondu sont ceux déjà sensibilisés ou intéressés par le sujet et ayant donc l'habitude de collaborer avec l'HAD.

- Nous pouvons remarquer que les plus jeunes installés semblent moins travailler avec l'HAD que les autres catégories ; 53,80 % d'entre eux ont déclaré ne pas avoir régulièrement de patients en HAD alors que ce taux est bien plus faible dans les autres catégories. Plusieurs raisons peuvent expliquer cela : une patientèle plus jeune et donc moins susceptible d'être prise en charge en HAD mais aussi moins d'expérience et donc moins de connaissance concernant l'HAD.

Les médecins exerçant seuls paraissent moins collaborer avec l'HAD (68 % contre 77,50 % et 81,80 % pour les autres modes d'exercice). Ce sont sans doute des médecins plus âgés et donc ayant pris l'habitude de travailler sans HAD.

En ce qui concerne l'environnement, il semble que les médecins exerçant en zone urbaine travaillent peut-être moins avec l'HAD : 62,90 % ont déclaré ne pas avoir régulièrement de prises en charge en HAD contre 81 % et 82,40 % en milieux semi-rural et rural.

Les médecins urbains adressent-ils plus facilement en hospitalisation traditionnelle du fait de leur proximité avec un centre hospitalier ?

- Les deux principaux moyens de communication privilégiés par les médecins sont le téléphone en premier lieu puis l'email, et ce quels que soient leur ancienneté d'installation, leur environnement ou leur type d'exercice.

- Concernant la fréquence des échanges, 27,80 % des médecins estiment que ce n'est pas satisfaisant ou moyennement satisfaisant. Ce chiffre rejoint celui de la satisfaction globale puisque 25,80 % d'entre eux sont moyennement satisfaits ou insatisfaits. Nous pouvons donc penser que le fait de ne pas être régulièrement contacté lors de la prise en charge est un frein à la satisfaction, les médecins pouvant penser être mis à l'écart de la prise en charge.

- Concernant les informations obtenues lors de la prise en charge, 46,40 % des médecins estiment qu'ils en ont suffisamment mais 43,40 % estiment que cela est variable. Il aurait été intéressant de savoir pour quelles raisons : différence de médecin coordonnateur, modes de prise en charge différents ? Il paraît nécessaire d'essayer d'uniformiser les pratiques au sein de l'HAD Vendée.

d) Amélioration de la collaboration

L'objectif principal de cette étude était de mettre en évidence les points à améliorer dans la communication et la collaboration avec les médecins généralistes. Il est nécessaire que le médecin traitant trouve sa place dans la prise en charge et surtout qu'il reçoive toutes les informations suffisantes et selon un rythme assez fréquent pour ne pas se sentir mis à l'écart de la prise en charge de ses patients. Les médecins ont besoin d'un contact plus facile et plus important avec le médecin coordonnateur.

Il faut également anticiper les contacts avant la prise en charge, afin que le médecin traitant soit au courant en amont de la prise en charge de son patient en HAD.

Ces difficultés rencontrées ont déjà été décrites dans la littérature. Par exemple, en 2019, une thèse réalisée sur l'HAD 44 et 85, souhaitant déterminer à quel moment les médecins généralistes font appel à l'HAD pour les prises en charge de soins palliatifs, a montré que, bien que les médecins considèrent l'HAD comme une aide précieuse, ils éprouvent du mal à trouver leur place, évoquant un sentiment de mise à l'écart pour la majorité d'entre eux et l'impression de perte de leur relation avec le patient⁽²⁶⁾. Les médecins interrogés dans cette thèse souhaitaient améliorer leur communication avec l'HAD pour essayer de palier ce sentiment, notamment en ayant une personne référente de la prise en charge, en ayant plus de retour d'informations de la part des infirmiers de l'HAD ou en organisant des réunions ou des visites communes. Les visites conjointes ont également été un point soulevé dans notre étude pour améliorer la collaboration.

e) Médecins ne travaillant pas avec l'HAD Vendée

Les médecins ne collaborant pas avec l'HAD Vendée représentaient 23,60 % de la population interrogée.

Les deux principaux freins évoqués par ces médecins sont le peu de patients concernés et le manque de connaissance concernant le fonctionnement de l'HAD et ses critères d'admission. Il est possible que ces deux freins soient liés : ont-ils réellement peu de besoins ou y a-t-il des patients pouvant nécessiter le recours à l'HAD qui n'ont pas été identifiés ?

Cependant, les médecins ont également évoqué une patientèle plus jeune du fait de leur installation récente. Cela peut effectivement expliquer une part moins importante de patients susceptibles d'être pris en charge en HAD puisque moins poly-pathologiques ou moins porteurs de pathologies chroniques.

Cela semble cohérent avec le fait que les jeunes installés semblent moins travailler avec l'HAD comme expliqué plus haut.

En 2016, une thèse évaluant les connaissances des médecins généralistes sur l'HAD décrivait que 85 % des médecins interrogés ne connaissaient pas bien les critères d'admission et que 61 % d'entre eux estimaient que cela était un frein à sa prescription⁽²⁷⁾. Dans le travail d'Audrey Hervé de 2019⁽²⁶⁾, les médecins de Loire-Atlantique et de Vendée évoquaient aussi cette méconnaissance de l'HAD, que ce soit en termes de critères ou de fonctionnement de la structure. Un médecin évoquait que son expérience lui avait permis de distinguer plus facilement les situations relevant d'une HAD ou non.

Enfin, il faut noter qu'un médecin évoquait l'absence d'HAD dans son territoire d'exercice ce qui n'est pas le cas.

f) Dossier patient informatisé

Tous les médecins ont reçu par courrier ou email l'information de l'ouverture de l'accès au dossier patient informatisé. Pourtant, 49,60 % des médecins interrogés n'avaient pas connaissance de cette possibilité. Les médecins reçoivent beaucoup d'emails et il est possible que le fait de ne pas être intéressés par cette information n'ait pas aidé à sa diffusion.

Bien que 81,90 % d'entre eux estimaient que cela était une bonne initiative pour favoriser la collaboration avec l'HAD Vendée, seuls 41,70 % pensaient utiliser ce logiciel lors d'une prise en charge future.

Outre le fait de ne pas avoir l'occasion de l'utiliser par manque de patients ou de ne pas en avoir connaissance, le principal frein mentionné par les médecins était une perte de temps et/ou un manque de temps, que cela soit dû à la multiplication des logiciels ou par le temps d'essai et de prise en main.

Nous notons également qu'il reste important pour les médecins de favoriser un échange direct. Cela correspond à leur désir d'avoir davantage d'informations lors des prises en charge.

Enfin, quatre médecins ont évoqué le fait qu'avoir accès au dossier patient informatisé à domicile serait plus simple et plus rapide. Le déploiement de l'application pourrait en effet permettre au médecin de ne pas avoir à se connecter en rentrant de ses visites et donc d'optimiser son temps. Il leur permettrait également d'avoir accès à tout le dossier du patient à n'importe quel moment.

2 - Forces et faiblesses de l'étude

Le questionnaire électronique, est une méthode facile, peu coûteuse, et permet au médecin de répondre lorsqu'il le veut. Cette méthode de questionnaire auto-administré engendre par contre un taux souvent important de non réponse⁽²³⁾.

Dans notre étude, le taux de réponse était de 32 %, ce qui est un résultat correct pour ce type d'étude ; mais les non répondants sont susceptibles de modifier les résultats de l'enquête et l'absence de réponses peut être interprétée comme un désintérêt ou un avis défavorable envers l'HAD.

Les différents moyens de diffusion du questionnaire (email ou téléphone) ont permis de récolter plus de résultats et de cibler des médecins avec des caractéristiques démographiques peut-être différentes. Cependant, la différence entre le nombre de médecins interrogés par email et ceux interrogés par téléphone est importante et a pu contribuer à sélectionner des médecins préférant communiquer par ce biais-là par exemple.

Notre population semble toutefois représentative de la population démographique vendéenne.

Par ailleurs, dans notre explication accompagnant l'envoi de l'email, nous n'avions pas précisé que les médecins n'ayant jamais pris en charge de patients en HAD ou pas récemment pouvaient eux aussi à l'enquête. Il est donc probable que certains médecins n'aient pas répondu, pensant ne pas appartenir à la population interrogée, sous-estimant ainsi la part de médecins n'utilisant pas l'HAD.

Il aurait aussi été intéressant de savoir si les médecins répondants avaient une activité complémentaire (médecin coordonnateur en EHPAD, activité mixte hospitalière) puisque ces médecins sont plus susceptibles de travailler avec l'HAD.

Nous avons privilégié les questions fermées afin d'obtenir le plus de réponses possibles. Mais les questions ouvertes nous ont permis d'obtenir de nombreux commentaires, enrichissant ainsi l'apport de notre étude.

3 - Perspectives et actions à mettre en place

a) Intégrer le médecin généraliste dans les prises en charge

Les médecins généralistes souhaitent être davantage acteurs dans la prise en charge de leur patient en HAD et pouvoir en rester le pivot s'ils le souhaitent, ce qui n'est pas toujours le cas selon eux.

En début de prise en charge concernant les soins palliatifs, il a donc été proposé par l'équipe HAD Vendée un contact direct avec le médecin traitant par le médecin coordonnateur afin de connaître ses préférences en termes de mode de communication, de fréquence et de définir ensemble le rôle de chacun : fréquence des visites ? Prescriptions ? Relais avec les intervenants extérieurs ? Cela permet de s'adapter au mieux au souhait du médecin traitant quant à l'implication dans sa prise en charge. Il lui est également proposé de participer à une réunion de coordination s'il le souhaite.

En dehors des prises en charge de soins palliatifs, lorsqu'il existe une pathologie chronique susceptible de décompenser ou de nécessiter un ajustement des traitements ou lorsqu'il existe un contexte poly-pathologique, le médecin traitant est également contacté en début de prise en charge.

Pour les autres patients, un email est envoyé au médecin traitant, résumant les modes de prise en charge et les évolutions possibles.

b) Faire mieux connaître l'HAD

Nous l'avons vu, les médecins sont nombreux à ne pas connaître l'HAD, notamment les plus jeunes installés qui n'ont, de fait, pas encore l'expérience de ce genre de prise en charge.

L'HAD Vendée a créé un triptyque, récapitulant tous les modes de prises en charge et les critères pour une admission en HAD (Annexe 11). Cet outil, à disposition des médecins, a aussi été distribué dans les services hospitaliers à l'occasion de rencontres avec les internes afin de leur présenter la structure HAD, son fonctionnement, et de répondre à leurs questions. La formation actuelle des étudiants en médecine n'évoque pas ce type de prise en charge et il n'y a que peu de terrains de stages à destination des internes. Il est donc important de continuer à leur faire connaître l'HAD pour leur exercice futur s'ils en ont besoin. Cependant, les modes de fonctionnement étant différents en fonction des secteurs d'HAD, il semble plus intéressant d'organiser directement des formations avec les acteurs locaux que d'intégrer des cours théoriques au cursus médical.

c) Nouveau réseau de communication

Lors de la crise sanitaire liée au Coronavirus, il a été nécessaire d'organiser au mieux les prises en charge des patients, notamment des fins de vie à domicile et en EHPAD, avec les médecins de ville. Une soixantaine de médecins a donc participé à une rencontre-formation en visioconférence organisées avec le Dr Hennion, responsable de l'Unité de soins palliatifs du CHD de la Roche-sur-Yon, et le Dr Priou, médecin de soins palliatifs au sein de l'HAD Vendée. Cette initiative a permis de connaître leurs attentes concernant la prise en charge de leurs patients en ville, de discuter des différents protocoles pouvant être mis en place et du fonctionnement de l'HAD.

Ce moyen de formation va également être réutilisé prochainement pour communiquer auprès des médecins généralistes sur un nouveau mode de prise en charge possible avec l'HAD Vendée : la sortie précoce à J-7 en post-chirurgie cardiaque, en lien avec le CHU d'Angers. Il permettra au chirurgien responsable de communiquer directement par ce biais avec les médecins présents.

Cet outil pourrait être réutilisé pour d'autres formations à l'avenir et pourquoi pas pour mieux faire connaître l'HAD aux médecins qui le souhaitent.

d) Déploiement de l'application Mobil@Dom

L'application disponible sur tablette au domicile du patient et sur smartphone sera effective et disponible pour tous les secteurs de l'HAD Vendée d'ici la fin du second semestre 2020. La seconde partie de ce travail initialement prévue fera l'objet d'un autre traitement. Il sera intéressant de savoir si les solutions mises en place ont permis d'améliorer le ressenti des médecins généralistes concernant l'HAD et si l'application s'est avérée être un outil y ayant contribué.

Cependant, la crise sanitaire liée à la pandémie de la Covid-19 a permis de resserrer les liens entre les acteurs de soins primaires et l'HAD Vendée comme nous l'avons vu, grâce notamment aux formations par visioconférence et aux contacts lors des réunions organisées par la direction territoriale. Il sera donc difficile d'évaluer l'impact du seul outil application dans les changements de collaboration et de communication.

CONCLUSION

À l'heure du virage ambulatoire, du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques, la frontière entre les soins primaires et secondaires tend à évoluer et l'hospitalisation à domicile peut en être l'un des acteurs. Toutefois, les médecins généralistes restent parfois réticents à travailler avec ces structures et le taux de recours à l'HAD reste inférieur aux objectifs fixés par l'ARS.

Les médecins collaborant avec l'HAD Vendée sont satisfaits mais aimeraient trouver davantage leur place au coeur de la prise en charge de leurs patients, en ayant plus d'informations, plus de contacts avec l'équipe HAD et se sentir ainsi mieux intégrés au dispositif. Ils ont parfois du mal à trouver leur place et à définir leur rôle dans le suivi de leurs patients.

À l'inverse, les médecins ne travaillant pas régulièrement avec l'HAD mettent en évidence un manque de connaissance de cette structure ou une mauvaise expérience par le passé.

Une prise de contact en amont de la prise en charge permettrait d'établir le projet thérapeutique en concertation avec le médecin généraliste et de définir d'emblée la place de chacun dans la prise en charge et les moyens de communication à privilégier. C'est ce que l'HAD Vendée s'efforce de mettre en place.

Le dispositif du dossier patient informatisé instauré par l'HAD Vendée va peut-être permettre de changer les modes de communication et, en devenant accessible directement à domicile, permettre un accès plus facile aux informations par les médecins généralistes.

Il reste cependant indispensable de ne pas délaisser les contacts directs qui restent les garants de bons échanges et d'une collaboration plus aisée entre les différents acteurs.

RÉFÉRENCES

1. Qu'est-ce que l'HAD ? – FNEHAD [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.fnehad.fr/quest-ce-que-lhad/>
2. Code de la Santé Publique .Articles R6122-32 à R6124-310:loi n°70-1318 du 31 décembre 1970, <http://www.legifrance.gouv.fr> ,
3. Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS).CIRCULAIRE N°DHOS/O3/2006/506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile, Ministère de la Santé et des Solidarités http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_506_011206.pdf4.
4. FNEHAD. Rapport d'activité FNEHAD 2018-2019 [Internet]. 2019 nov [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: https://www.fnehad.fr/wp-content/uploads/2019/11/FNEHAD_RA2018-19_web_pl.pdf
5. Mauro L. Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). 2017;21.
6. FNEHAD. Le Baromètre. Le trimestriel de l'Observatoire de l'hospitalisation à domicile. [Internet]. 2020 mai [cité 3 juin 2020]. Disponible sur: https://mcusercontent.com/6d7cf1abfc15e385895884714/files/d1843376-428d-47ed-8b76-0b9386159686/N%C2%BA12_20200518.pdf
7. Ministères des Affaires sociales et de la santé. Circulaire DGOS/R4 no 2013-398 du 4 décembre 2013 relative au positionnement et au développement de l'hospitalisation à domicile (HAD) [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2013/13-12/ste_20130012_0000_0056.pdf
8. Mendis S, World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014. 2014.
9. World Health Organization. Global Health Observatory - Death from noncommunicable diseases [Internet]. World Health Organization; 2016 [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/ncd_total/en/
10. Population par âge – Tableaux de l'économie française | Insee [Internet]. [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>
11. Observatoire Nationale de la Fin de Vie. Vivre la fin de vie chez soi. 2013 mars.
12. FNEHAD. L'Hôpital de demain : et si c'était aussi chez moi ? Ce que pensent les Français et leurs médecins généralistes de l'hospitalisation à domicile. 2017.
13. Chiffres clés de l'hospitalisation | Publication ATIH [Internet]. [cité 2 août 2019]. Disponible sur: <https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>
14. Aligon A, Com-Ruelle L, Renaud T, Lebrun E, Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé. Evaluation du coût de la prise en charge en hospitalisation à domicile. Paris: CREDES; 2003.
15. Afrite A, Com-Ruelle L, Or Z, Renaud T. L'hospitalisation à domicile, une alternative économique pour les soins de suite et de réadaptation. 2007;8.

16. Cours des Comptes. L'hospitalisation à domicile- Evolutions récentes [Internet]. [cité 01 sept 2020]. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lhospitalisation-domicile>
17. Caplan GA, Sulaiman NS, Mangin DA, Aimonino Ricauda N, Wilson AD, Barclay L. A meta-analysis of "hospital in the home". *Med J Aust.* nov 2012;197(9):512-9.
18. Observatoire Régionale de Santé Pays de Loire. Education thérapeutique, hospitalisation à domicile et loi Léonetti : la perception des médecins généralistes. février 2011;
19. HAS - Aide à la Décision d'Orientation des Patients en HAD [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://adophad.has-sante.fr/>
20. Cuny F. 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2010.
21. Birot É. Ressenti de médecins généralistes face à la prise en charge palliative dans le cadre de l'hôpital à domicile: à partir d'un focus group de médecins de l'agglomération nantaise [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2010.
22. HAD Vendée. Rapport annuel d'activité 2019 [Internet]. 2020 juin. Disponible sur: <https://www.hadvendee.com/wp-content/uploads/2020/08/HAD-rapportAG2019-final-web.pdf>
23. Maisonneuve H, Fournier JP. Construire une enquête et un questionnaire. [Internet]. 2012. Disponible sur: <https://dumg-toulouse.fr/uploads/09e619ad368eaebc8e3acc2a21e07f788631d6d0.pdf>
24. Dr Branthomme E. Démographie des médecins généralistes et spécialistes sur la Vendée au 1er janvier 2020 [Internet]. Disponible sur: <https://ordremedecin85.jimdo.free.com/actualit%C3%A9s/d%C3%A9mographie-m%C3%A9dicale/>
25. Observatoire Régional de la Santé Pays de Loire. Démographie des médecins généralistes en pays de la loire . Situation en 2018 et évolution. 2019 mars.
26. Hervé A. A quel moment les médecins généralistes font-ils appel à l'HAD pour la prise en charge de leurs patients en soins palliatifs ? [Internet]. 2019 [cité 7 oct 2020]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=4c05a340-3de9-4034-9ef0-aadd1f538815>
27. Le Goff P. Etat des connaissances des médecins généralistes sur l'HAD du Pays de Vannes, motivations et freins à son recours en 2016 [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2016.

ANNEXES

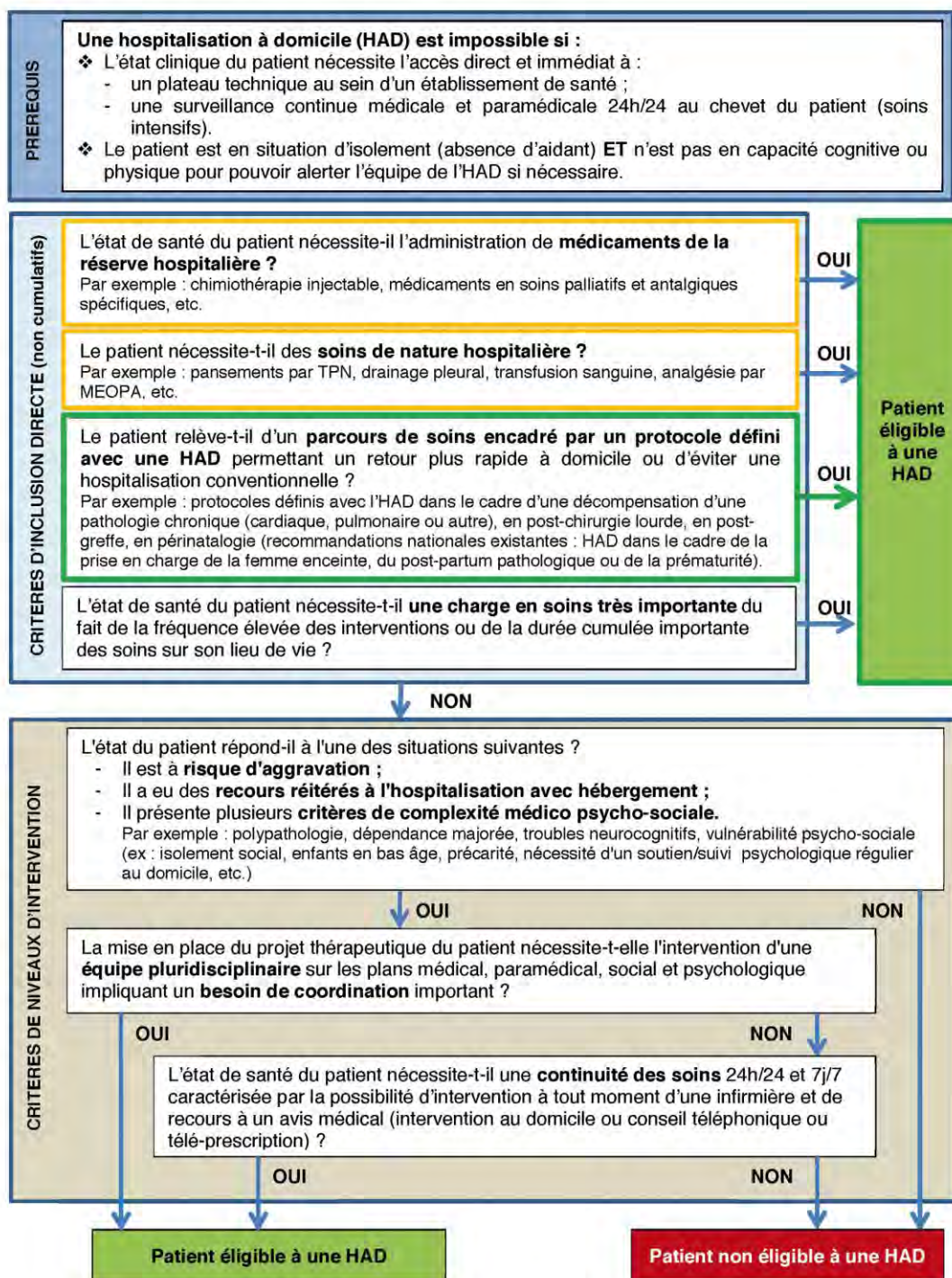
Annexe 1 : Modes de prise en charge (MP) en HAD

Numéro	Libellé du mode de prise en charge
01	Assistance respiratoire
02	Nutrition parentérale
03	Traitements intraveineux
04	Soins palliatifs
05	Chimiothérapie anticancéreuse
06	Nutrition entérale
07	Prise en charge de la douleur
08	Autres traitements
09	Pansements complexes et soins spécifiques (stomies compliquées)
10	Post-traitement chirurgical
11	Rééducation orthopédique
12	Rééducation neurologique
13	Surveillance post-chimiothérapie anticancéreuse
14	Soins de nursing lourds
15	Education du patient et/ou de son entourage
17	Surveillance de radiothérapie
18	Transfusion sanguine
19	Surveillance de grossesse à risque
21	Post-partum pathologique
22	Prise en charge du nouveau-né à risque
24	Surveillance d'aplasie
25	Prise en charge psychologique et/ou sociale
29	Sortie précoce de chirurgie

Annexe 3 : Algorithme HAS pour l'aide à l'orientation des patients en HAD



Algorithme d'aide à la décision d'orientation des patients en hospitalisation à domicile (HAD) à destination des médecins prescripteurs



L'outil en ligne est disponible à cette adresse : <http://adophad.has-sante.fr>

Annexe 5 : Notice d'utilisation d'Anthadine à destination des médecins



DOSSIER PATIENT INFORMATISE - HAD Vendée H@DOM

HOTLINE : 02 51 24 14 45 ou contact@hadvendee.com

VOUS POUVEZ CONSULTER

- Les données administratives du patient (ses séjours en HAD, son entourage et ses intervenants)
- L'histoire de sa maladie (contexte de l'entrée en HAD, allergies, risques infectieux...)
- Son traitement et ses résultats de labo
- Son suivi médical en HAD (son projet thérapeutique, le compte-rendu des visites des professionnels de l'HAD : médecins, infirmiers coordinateurs, équipe soins palliatifs...)
- Son plan de soins, constantes, évaluations et transmissions ciblées de l'équipe HAD
- Ses compte-rendus hospitaliers, ses ordonnances et photos de plaies

VOUS POUVEZ SAISIR

- Un suivi médical suite à une visite, à un échange téléphonique, pour signaler un changement de traitement par exemple... (et échanger ainsi avec le médecin coordonnateur HAD)

COMMENT SE CONNECTER ET SE DECONNECTER D'H@Dom ?

Copier le lien ci-dessous dans la barre de votre navigateur habituel :

<https://hadvendee-anthadine.com:444/anthadine/>



Astuce : créez un raccourci sur votre bureau (clique droit/nouveau/raccourci et copier l'adresse)

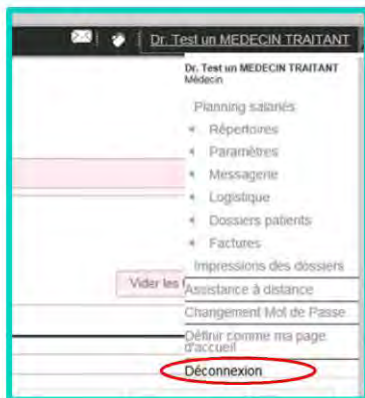
Saisir votre identifiant et votre mot de passe :

Login :

Mot de passe :

A la 1^{ère} connexion, saisir le mot de passe qui vous a été transmis par mail par HAD Vendée ; puis un nouveau mot de passe personnalisé vous sera demandé.

(Fermer le 2^{ème} onglet qui s'affichera parfois avec les informations d'une nouvelle version.)



Pour quitter le logiciel, cliquer en haut à droite sur votre nom, puis tout en bas, sur Déconnexion.

COMMENT OUVRIR LE DOSSIER DE UN OU PLUSIEURS PATIENTS ?

Choisissez	IPP	Patient	N°(s) de	Ville	Unités Organisationnelles	Informations	Situation dossier/départ	Hôpital de provenance	Date d'entrée prévue	Date de sortie réelle	Date de sortie effective	Référént du dossier
<input type="checkbox"/>	8718	M	30041935	LEGE (4800)	Secteur géographique Montéqui	Séjour n° 17002017 Entré le 17/05/2017	Séjour en cours	CHU NANTES	17/05/2017		17/05/2017	Mme FARS Naima (42)

Pour entrer dans son dossier, cliquer sur son **nom**



Pour consulter le dossier d'un autre patient, cliquez en haut à gauche sur **Liste des patients**

QUELLES INFORMATIONS POUVEZ-VOUS CONSULTER ?

Vous accédez directement au Dossier médical (**Suivi médical**) :

Projet thérapeutiques Réunions pluri professionnelles **Suivi des médecins** Autres suivis Suivis psychologiques Suivis sociaux Suivis diététiques Synthèse de la présentation

Créateur Date de création Type Titre Contenu

<input type="checkbox"/>	Le 27/05/2017 à 12:45	BONTEMPS Frédéric	Projet thérapeutique	Prise en charge pour traitements complexes de plaies des membres inférieurs d'origine artérielle
--------------------------	-----------------------	-------------------	----------------------	--

Cliquez sur les intitulés de la barre rouge pour consulter les **différents types de suivi**.

Une fois le dossier de votre patient ouvert, vous pouvez consulter toutes ses données en naviguant dans les titres et sous-titres de la barre noire en haut :

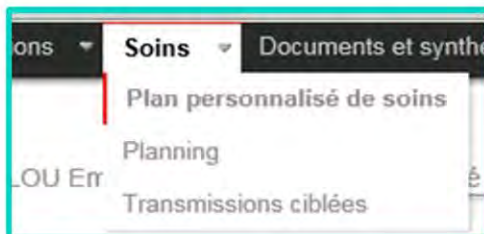
Environnement ▾ Médical ▾ Coordination ▾ Evaluations ▾ Soins ▾ Documents et synthèses ▾



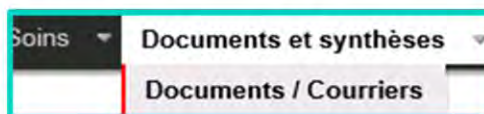
Données administratives et coordonnées des professionnels



Données médicales (histoire de la maladie, résultats labo, traitements hospitaliers, voire la totalité de son traitement...)



Plan de soins, planning et transmissions ciblées



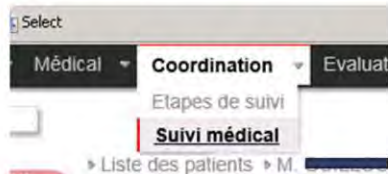
Documents scannés ou photos : les photos de plaies, les ordonnances, les compte-rendus médicaux...



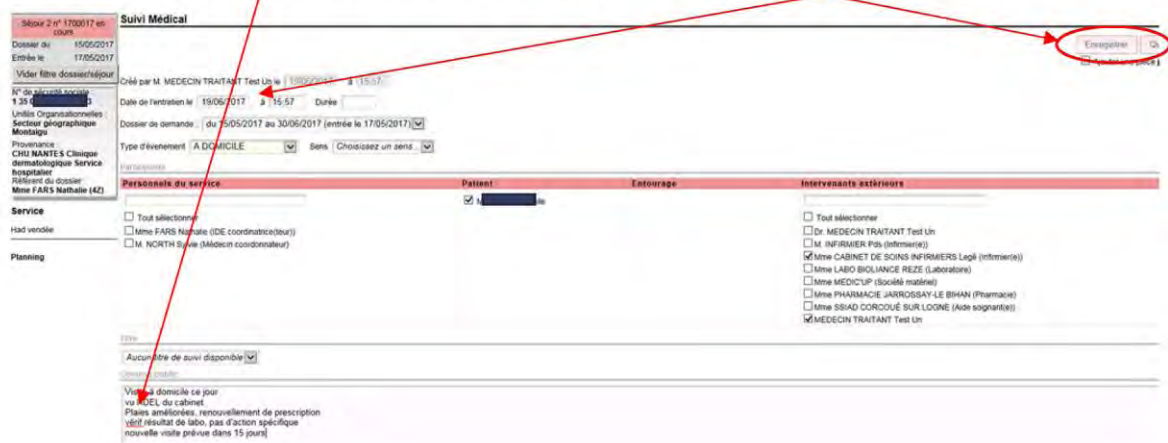
Cliquer sur le dossier (courriers médicaux, plaies, ordonnances...) puis cliquer sur l'icône Aperçu pour ouvrir le document choisi.

COMMENT SAISIR UN SUIVI MEDICAL ?

Pour saisir un suivi médical, retourner dans SUIVI MEDICAL en cliquant sur le titre **COORDINATION** dans le bandeau noir en haut :



Puis dans **Suivi des médecins**, cliquer sur **NOUVEAU**, et saisir les données (date, lieu, personnes présentes, contenu), valider en cliquant sur **ENREGISTRER** :



Suivi Médical

Séjour 2 n° 170017 en cours
 Dossier de 15/05/2017
 Entrée le 17/05/2017
 Vider filtre dossier/ajout

N° de prescription 130
 Unités Organisationnelles
 Secteur géographique Montagne
 Provenance CHU NANTES - Clinique dermatologique Service Hospitalier
 Titulaire du dossier Mme FARS Nathalie (AZ)

Service
 Had venelle

Planning

Créé par M. MEDECIN TRAITANT Test Un le 15/05/2017 à 15:57
 Date de l'intretien le 19/05/2017 à 15:57 Durée
 Dossier de demande du 15/05/2017 au 30/06/2017 (entrée le 17/05/2017)
 Type d'événement A DOMICILE Sens Choisissez un sens

Personnel du service	Dateet	Entourée	Intervenants extérieurs
<input type="checkbox"/> Tout sélectionner <input type="checkbox"/> Mme FARS Nathalie (IDE coordinatrice/bsu) <input type="checkbox"/> M. NORTH Sylvie (Médecin coordonnateur)			<input type="checkbox"/> Tout sélectionner <input type="checkbox"/> Dr. MEDECIN TRAITANT Test Un <input type="checkbox"/> M. INFIRMIER Pds (Infirmière) <input checked="" type="checkbox"/> Mme CABINET DE SOINS INFIRMIERS Legi (Infirmière) <input type="checkbox"/> Mme LABO BIOLIANCE REZE (Laboratoire) <input type="checkbox"/> Mme MEDICUP (Soins médicaux) <input type="checkbox"/> Mme PHARMACIE JARROSSAY-LE BIHAN (Pharmacie) <input type="checkbox"/> Mme SSIAD CORCOUÉ SUR LOONE (Aide soignante) <input checked="" type="checkbox"/> MEDECIN TRAITANT Test Un

Evénement
 Aucune note de suivi disponible

Contenu
 Visite à domicile ce jour vu IDEL du cabinet. Plaies améliorées, renouvellement de prescription validé, résultat de labo, pas d'action spécifique nouvelle visite prévue dans 15 jours

Vos notes/remarques :

Annexe 6 : Questionnaire



Site internet : www.hadvendee.com

Hospitalisation à domicile
Boulevard Stéphane Moreau
85925 LA ROCHE SUR YON
Tél : 02 51 24 14 45
Fax : 02 51 24 14 57

Questionnaire Médecin

Type d'exercice :

- Seul
- En cabinet de groupe
- MSP

Environnement:

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

Durée d'Exercice :

- Moins de 5 ans
- Entre 6 et 10 ans
- Entre 11 et 15 ans
- Plus de 16 ans

1- Avez-vous régulièrement des patients pris en charge en HAD ? (Au moins 1 patient par an)

OUI / NON

Si oui,

- Que pensez-vous de la fréquence des échanges avec l'équipe HAD?
Insatisfaisant Moyennement satisfaisant Satisfaisant Très satisfaisant
- Avez-vous assez d'informations lors de la prise en charge de vos patients ?
Oui Variable Non
- Par quels moyens préférez-vous communiquer avec l'HAD ? (Plusieurs réponses possible)
Appel SMS Courrier Fax Mail

Si non, pourquoi ? (Passer à la question 3)

2-Globalement, comment jugez-vous votre collaboration avec l'HAD Vendée ?

Insatisfaisant Moyennement Satisfaisant Satisfaisant Très satisfaisant

Selon vous, comment peut-on améliorer la collaboration ?

3-Avez-vous reçu l'information de votre accès au dossier patient informatisé de l'HAD Vendée ?

OUI / NON

Si oui,

- Trouvez-vous cette initiative intéressante pour favoriser la collaboration avec l'équipe HAD Vendée ?

OUI / NON

- Pensez-vous utiliser le logiciel ?

OUI / NON

- o Si non, pourquoi ?

Annexe 7 : Réponses à la question : “Comment pouvons-nous améliorer la collaboration ?”



Amélioration collaboration
Appel et communication avec les médecins et infirmier plus Fréquentes souhaitable
je trouve que cette collaboration est bonne
IL FAUDRAIT PEUT ÊTRE DES CONTACTS DIRECTS PAR téléphone ;celà permettrait de meix échanger en direct
c'est déjà bonne
Ne pas être prévenu au dernier moment des prises en charges via l'hopi
faciliter les échanges mail *
S'aménager du temps dans notre journée de consultation pour appeler Les correspondants de nos patients
par plus de communication,
Contact direct avec médecin traitant et retour régulier sur l'état de santé du patient
j'apprécie beaucoup l'envoi récent de courrier d'entrée et de sortie, l'existence d'une trace écrite est bénéfique *
REunion sur l organisation et les critères d admission en HAD
il y a un manque de transparence et surtout nous ne sommes pas contacté à la mise en place ni convié à une concertation
Améliorer les échanges
on peut difficilement faire mieux
Plus d info reguliere
Peut-être davantage de courriers avec conduite à tenir anticipée si évolution défavorable (antalgiques, anxiolytiques...)
en ayant peut-être de temps en temps des compte-rendus de nos patients (comme un patient hospitalisé) *
réunion pluridisciplinaire avec HAD et les intervenants en ville (médicaux et paramédicaux)
je trouve que la collaboration fonctionne bien.Peut etre faudrait il echanger de vive voix au depart d'une prise en charge.
LA collaboratoin actuelle me convient
mise en place d'un logiciel avec tablette au domicile des patients
C'est déjà très bien
favoriser les réunions pluridisciplinaires au domicile du patient lors de l'admission laisser le médecin traitant effectuer les ordonnances
PLUS D'ANTICIPATION - L'HAD EST SOLLICITÉE PAR LE CHD ET NOUS NE SOMMES PAS AU COURANT ET MIS DEVANT LE FAIT ACCOMPLI
Il faudrait une meilleure communication avec le médecin traitant.parfois le médecin traitant est switché et les IDE appellent directement le médecin de l'HAD alors qu'avant elles nous appelaient directement et ça se passait bien . On n'est pas toujours au courant de certaines prescriptions.
Plus d'échanges afin de ne pas « perdre » le patient
Le moyen de com avec application est une très bonne évolution qui permet d'avoir des infos au jour le jour. Bonne initiative
Améliorer l'interactivité afin de définir la place du médecin traitant et définir en pré requis son désir d'investissement dans le suivi du patient
en soutenant plus les travailleurs sur place , problématique de la permanence des infirmières de ville qui doivent être joignables 24/24...
Plus de CR mail *
-
en continuant à nous rencontrer au lit du patient;
Être plus facilement joignable lors des situations complexes
Entretiens téléphoniques de 5 -10 mn



En utilisant un dossier médical partagé DMP Me concernant j'ai créé 70 dossiers DMP pour mes patients polyopathologues
Je trouve que la réaction de l'HAD est parfois lente, déjà ce n'est pas toujours facile de les avoir par téléphone, on ne vous rappelle pas tout de suite, lors de ma dernière demande pour un patient en fin de vie, il a fallu 4 jours pour qu'ils passent le voir et ensuite qu'ils décident d'intervenir, c'est long quand c'est dans la semi urgence
ON PEUT TOUJOURS FAIRE MIEUX
en ne la compliquant pas...
REUNION SUR LES PROTOCOLES UTILISES
mieux intégrer le médecin traitant dans l'équipe HAD et ne pas l'apprendre du patient lui-même; lors de l'HAD meilleure communication entre intervenants
defirir les "missions de chacun" medecin et infirmiere liberale, medecin coordonateur et infirmiere coordinatrices ? : a quoi sert le generaliste en dehors des validations administratives, et depannage phamaceutiues ?j
amenager une rencontre avec tous les intervenants des la mise en HAD ; pas de mail avec 4 ou 5 feuilles que nous ne lisons pas
Plus d'appel avec le médecin et l'infirmière, notamment quand le médecin passe voir un patient, j'aimerais être mise au courant et éventuellement passer avec lui.
pas d'idée formelle
amélioration de la communication, mais cela viens parfois aussi de moi même car charge de travail importante. je suis installé que depuis 2 ans, donc peu de prise en charge HAD au total, je pense que pour les prochaine prise en charge je solliciterais beaucoup plus l'HAD
Synthèse rapide par mail 1 fois par semaine
RAS
Je pense que l'approche dominante de la HAD est globalement administrative et pas suffisamment centrée sur le patient et ses soins. Mon expérience me laisse à penser que certains acteurs de la HAD n'ont que peu de considération et/ou de connaissances sur / pour le travail des professionnels du terrain.
Impossible comme elle est déjà très bonne
pourquoi nous demander de valider le ttt en cours, alors qu'il a pu être prescrit par le CHD, et que nous n'avons pas encore les courriers correspondants, et qu'entre temps on a pu nous même avoir eu à changer le tt. La tenue d'un classeur avec l'ordre chrono des prescriptions devrait suffire. Le retour à la feuille de soins et le paiement différé alourdit notre surveillance compta, alors que c'est si simple avec le 1/3 payant carte vitale.
difficultés à l'adressage des patients lorsque le premier contact ne se fait pas directement avec le medeci coordonateur sinon passage par IDE pour secrétaire qui retarde les choses
médecin plus facilement joignable pour adresser les patients et donner d'emblée une réponse si critères ou pas plus d'informations lors de la prise en charge, nous tenir au courant de ce qui est fait
nécessité d'avoir plus d'informations sur le suivi de nos patients et sur vos vistes parfois nous sommes appels juste en cas de problème pour des visites alors que nous avons été un peu délaissés du suivi
nécessité d'avoir plus d'informations et de communication directe entre médecins appeler ou avoir un mail du médecin coordonateur après ses visites pour être au courant de ce qui a été fait
Meilleure Connaissance des critères d'entrée En HAD Contact avec médecin référent à l'entrée du patient
appel du médecin coordonateur à l'entrée du patient pour soins palliatifs pour bien mettre en place et cadrer les visites de chacun
idéalement j'aimerais être mis au courant dès le début de la prise en charge de mon patient par le médecin coordonateur afin que l'on puisse parler de la prise en charge ensemble et de nos visites
manque d'information on nous appelle pour faire les visites alors qu'on est délaissé de la prise en charge



je ne vois pas comment faire mieux bon contact avec médecin co qui est un soutien dans la prise en charge sans nous en éloigner
peut être plus de contacts avec le médecin coordonnateur ? il m'est arrivé d'avoir uniquement les IDE au téléphone et j'ai peut être eu plus de mal du coup à " trouver ma place" : qui fait les visites? qui prescrit quoi ? mais cela reste anecdotique , j'avais tout de même toutes les informations sur mes patients
je n'adresse pas moi même les patients , j'ai du mal avec cette prise en charge , j'ai l'impression de ne pas faire partie du suivi de MON patient ou alors c'est quand il y a besoin d'une ordonnance pour quelque chose qui manque , ou besoin d'une visite en urgence alors que je n'ai pas vu le patient auparavant. J'aimerais bien qu'il y ait une mise au point au début de la prise en charge si je dois en faire partie
je ne vois pas trop , je trouve que c'est déjà satisfaisant comme ça
plus de lien direct avec le médecin coordonnateur pour définir nos places respectives je ne veux pas être appelée pour une visite " en urgence" alors que je ne suis plus le patient depuis la mise en place de l'HAD ...
visites conjointes avec l'HAD contact avec le médecin co au moins une fois au début de la prise en charge pour poser les choses : qui fait quoi , quelle fréquence de visites etc l'HAD est d'une grande aide sur certaines situations alors autant en profiter

Annexe 8 : Motifs expliquant l'absence de prise en charge en HAD

pas besoin de compléxifier ce qui peut être réalisé simplement
mauvaise expérience par le passé , visites imposées , peu de retour sur les prises en charge
trop de contraintes visites "imposées" manque de retour sur les patients et ce qui a été fait impression d'être mis à l'écart parfois de la prise en charge
habitude de travailler solo perte de la main sur le dossier
Je crois que je ne connais pas bien les critères d'admission A mon avis j'ai dû avoir des patients qui auraient pu être en HAD Les rares fois où j'en ai eu ils venaient de l'hôpital
pas d'HAD au départ de mon activité donc j'ai appris à faire sans , bientôt en retraite je ne pense pas que je vais changer maintenant
Je ne garde pas un bon souvenir de ma précédente prise en charge , pas de concertation avec médecin coordonnateur et on m'imposait les visites alors que je n'avais parfois pas de nouvelle depuis plusieurs semaines
pas d'HAD sur mon territoire d'exercice
très peu de patients concernés
Reg
Je ne pense pas avoir régulièrement des patients relevant de l'HAD. Peut-être méconnaissance de ma part des critères d'admission en HAD.
j'exerce depuis plus de 40 ans et il me semble dans l'ensemble qu'il faut que mon patient me pose des problèmes irrésolubles par moi même pour faire appel à l'HAD
J'essaie d'éviter au maximum l'had car en général je ne suis plus le pilier central de l'a prise en charge et je ne l'accepte pas
1 seul de mes patients a bénéficié de l'HAD (sortie d'hospit AVC); installation récente, patientèle globalement jeune
exercice moins d'un an 2 patients pris en charge par l'HAD (demande réalisée par le CHD)
J'en ai eu deux récemment, mais cela faisait plusieurs années que je n'en avais pas eu . c'est très irrégulier
besoins rares
Seulement un patient en HAD
pas régulièrement 1 patient tous les 2 ans ou plus , mais je suis ouverte à cette structure
Très rares occasions, crainte lourdeur administrative et réunions chronophages
patientèle jeune deux post op chir ortho
Je ne connais pas bien les critères pour rentrer en had
j'en ai eu que très peu, pourquoi je ne sais pas ? et le dernier a été réhospitalisé 24 ou 48h après sa sortie d'hôpital
Population jeune ? Je ne connais peut être pas bien les critères d'admission
HAD peu développée au début de mon activité donc habitude prise de travailler sans ? Mes patients HAD viennent de l'hôpital , je connais pas les critères je pense
Je ne sais pas , nouvellement installée patientèle plus jeune ? Je ne connais pas bien l'HAD
J'ai l'impression que l'HAD serait une charge supplémentaire pour des choses que je sais déjà gérer seul La fin de vie à domicile par exemple ça se gère même sans HAD
installation très récente , patientèle probablement plus jeune, et est ce que je saurais dire si mon patient est dans les critères HAD ?

Annexe 9 : Motifs de non utilisation du logiciel Anthadine



Autres Motifs, à préciser :
pas d'HAD sur mon territoire d'exercice
Je n'en avais pas connaissance
Je n'ai pas eu le temps de me connecter
prise en charge HAD se font au domicile du patient : pas ordinateur
je ne connais pas le logiciel, il faudrait le présenter aux médecins généralistes
pas encore eu l'occasion (trop récent)
Pas encore eu le temps
La routine
encore un site supplémentaire
Pas besoin
Pas pris le temps de m'y coller
je ne connais pas ce logiciel. Je consulte le dossier HAD papier chez les patients
encore jamais utilisé. La multiplication des outils informatique est compliquée : Site CPAM + Via Trajectoire + ... : On ne passe beaucoup de temps en outils informatiques. J'essaierai de me connecter une première fois pour voir l'ergonomie... En général mon propre logiciel est beaucoup plus performant pour la gestion du dossier patient
pas le temps en ce moment
je n'ai pas pris le temps
JE N'EN AI PAS CONNAISSANCE - J'IMAGINE QUE CELA DOIT ÊTRE BLINDÉ DE MOTS DE PASSE ET D'UTILISATION DE LA CPS CE QUI N'EST PAS FACILE DANS LE CADRE DE MON EXERCICE EN DUO
Pas eu l'occ
je n'étais pas au courant
Échanges vrais et non virtuels
encore un logiciel à aller chercher pour communiquer, chaque organisme à le sien.....le mail est peut-être plus simple ?
Inconnu
Le dossier informatique est intéressant mais nécessite qu'il soit facilement accessible.
Pas informé
2018 est l'année de lancement du DMPL'HAD pour accéder aux dossiers de mes patients par la carte vitale ou par l'identifiant et mot de passe remis au patient
pas de patient en HAD actuellement
La fin de carrière approche et je ne suis pas sûr d'avoir le temps de l'utiliser
question précédente mal posée, NON je ne l'ai pas utilisé, OUI j'aimerais l'utiliser la prochaine fois qu'un de mes patients sera pris en charge par l'HAD
je ne serai pas l'opérateur de saisie bénévole de toutes les structures qui s'équipent d'informatiques non cohérentes.
multiplication des supports informatiques incompatibles, dossier hospitalier. HAD / médecin traitant etc,, par définition doit être consultable au domicile du patient. information certes numérisée mais dispersée
je ne le connais pas
un coup de fil pour information beaucoup plus rapide allant à l'essentiel de la surveillance ; multiples informations dans le dossier ; temps pour faire le tri !!!
manque d'info sur l'existence d'Anthadine
Peu utile dans nos cas
je préfère collaborer de vive voix téléphone ou autre pour avoir une réponse rapide
pas connaissance
ça multiplie les logiciels, ça devient ingérable, de plus l'HAD est un intervenant ponctuel, pourquoi ce n'est pas l'HAD qui vient s'intégrer à notre logiciel ? je sais que cela est trop compliqué mais si on multiplie les supports on perd de l'information pour notre patient



pas au courant
Pas de prise en charge HAD depuis qu'elle est fonctionnelle
trop d'outils, tue l'outil ! autrement dit, raz le bol de la multiplication des connexions informatiques tous azimuts, perte de temps pour nous !
temps de formation et d'adaptation au nouveau logiciel
je préfère le lien direct par téléphone
je préfère les contacts téléphoniques, plus rapides, plus pratiques
Il faudrait que ce soit rapide et facile pour que je l'utilise. Le téléphone c'est bien aussi !
pas l'occasion à mon avis
pourquoi pas si j'ai des patients
pas de patient
si cela pouvait se faire au domicile du patient pourquoi pas
pas de patient
pas de patient ; mais pourquoi pas sinon
ça va quand même plus vite de noter dans le dossier directement au chevet du malade plutôt que de devoir le faire en rentrant au cabinet en plus de notre propre logiciel
en fait il faudrait qu'il soit au domicile du patient ce serait plus rapide et plus simple pour nous, à remplir au lieu du dossier papier. sinon ça fait trop de redondances (papier, notre logiciel + votre logiciel)

Annexe 10 : Triptyque “Votre patient est-il éligible à l’HAD ?”

DE L'ÉVALUATION À L'ADMISSION

- 1 Demande ViaTrajectoire® / Contact téléphonique
- 2 Évaluation initiale par l'infirmier de liaison ou coordinateur HAD
- 3 Accord du patient et de l'aidant
- 4 Validation par le médecin coordonnateur HAD
- 5 Accord du médecin traitant
- 6 Élaboration du projet thérapeutique par les médecins hospitalier, traitant et coordonnateur HAD
- 7 Élaboration du plan de soins en concertation avec les professionnels du domicile
- 8 Entrée en HAD

L'HAD peut également être envisagée si le patient vit en établissement social ou médico-social (EHPAD, FAM, MAS, IME, CHRS...)

OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION

Pour plus de renseignements :

HAD VENDEE
 Boulevard Stéphane Moreau
 85925 La Roche-sur-Yon
 Tél : 02 51 24 14 45
www.hadvendee.com
contact@hadvendee.com

7j/7
24h/24

VOTRE PATIENT EST-IL ÉLIGIBLE À UNE HAD ?

SOINS PALLIATIFS

- Pathologie grave évolutive mettant en jeu le pronostic vital, phase avancée ou terminale
- Pluridisciplinarité des intervenants (≥3) et soins de support (≥2) :
Équipe Soins palliatifs HAD : gestion de la douleur, des symptômes d'inconfort, prescriptions anticipées, réflexion éthique, accompagnement du patient et de l'entourage, suivi psychologique...
- IDE, aides-soignants, kinésithérapie de confort, socio-esthéticienne, sophrologue, service social (plan d'aide, temps de répit)

PANSEMENTS (escarres, plaies chroniques... avec possibilité de MEOPA ou de Jetax®) : ≥ 30 min par jour en moyenne, comprennent le temps de coordination, les échanges avec le prescripteur, photos... Ou Trachéo Ou Soins pluriquotidiens Ou Stomie complexe, bilan entrée/sortie Ou Thérapie à Pression Négative

TRAITEMENT POST-CHIRURGICAL

surveillance de sutures et pansements

TRAITEMENT INTRAVEINEUX HOSPITALIER

antibiotiques, antiviraux...

DOULEUR

PCA, cathéter périmerveux et intrathécal

DRAIN PLEURAL OU PÉRITONÉAL

CHIMIOTHÉRAPIE INJECTABLE

SUIVI POST-CHIMIOTHÉRAPIE OU D'APLASIE

SURVEILLANCE DE GROSSESSE À RISQUE

SORTIE PRÉCOCE DE CHIRURGIE

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

ANTICIPER L'HAD DANS LE PARCOURS DE SOIN

PROFESSIONNELS DU DOMICILE (infirmiers, SSIAD, médecins traitants...) :
 Nous contacter pour solliciter une évaluation au domicile du patient par nos équipes

PROFESSIONNELS HOSPITALIERS (Médecins, internes, cadres...) :
 Contacter l'infirmier de liaison de votre établissement ou nous transmettre une demande ViaTrajectoire®

PRATIQUE :
 découvrez l'outil en ligne de l'HAS pour vous aider, en quelques clics, à évaluer l'éligibilité de votre patient à l'HAD :
adophad.has-sante.fr

OU

1 CRITÈRE BLEU
2 CRITÈRES VERTS

ADMISSIBILITÉ DU PATIENT EN HAD

(sous réserve de l'évaluation par l'infirmier HAD)

- ASSISTANCE RESPIRATOIRE
 Oxygénothérapie
 Ou Kinésithérapie respiratoire 7j/7
 Ou 2 soins parmi : aérosol, kiné respiratoire, VNI, thérapeutique à visée respiratoire par voie inhalée, sous cutanée ou orale
- NUTRITION ENTÉRALE
- NUTRITION PARENTÉRALE
- CHIMIOTHÉRAPIE ORALE
- RÉÉDUCATION ORTHO/ NEURO
 3 séances par semaine minimum (kinésithérapeute et/ou orthophoniste...)
- NURSING
 toilette, transferts, aspirations, aérosols... ≥ 1h
- PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE
 suivi social complexe

Vu, le Président du Jury,
Professeur Nizard Julien

Vu, le Directeur de Thèse,
Docteur Bontemps Frédéric

Vu, le Doyen de la Faculté,

RONDEAU

LOUISE

RÉSUMÉ

INTRODUCTION : Le souhait des patients d'être soignés à domicile, l'augmentation des pathologies chroniques ainsi que le vieillissement démographique sont autant de raisons justifiant le développement de l'Hôpital à domicile. Le médecin généraliste reste le pivot de la prise en charge des patients en HAD et une bonne communication entre l'HAD et le médecin traitant est donc indispensable. Le développement par l'HAD Vendée du dossier 100 % informatisé devrait permettre de donner une nouvelle perspective de communication entre les différents intervenants. Ce travail était un état des lieux de la collaboration entre l'HAD Vendée et les médecins généralistes dont l'objectif principal était de mettre en évidence les points à améliorer pour améliorer ce partenariat. Les autres objectifs étaient d'identifier les freins au recours à l'HAD des médecins traitants et de connaître leur avis sur le développement du dossier patient informatisé. **MÉTHODES :** Il s'agit d'une étude descriptive observationnelle quantitative réalisée par l'envoi de questionnaires électroniques aux médecins généralistes installés référencés par l'HAD et exerçant sur le territoire d'action de l'HAD Vendée. **RÉSULTATS :** Parmi les médecins interrogés (n=127), 75,60 % travaillent avec l'HAD (n=96) et parmi ceux-ci, 14,30 % sont très satisfaits de la collaboration (n=18) et 42,50 % satisfaits (n=54). Pour 43,30 % d'entre eux (n=42), les informations reçues par l'HAD sur la prise en charge ne sont pas toujours suffisantes voire toujours insuffisantes pour 10,30 % d'entre eux (n=10). Les moyens de communications privilégiés sont le contact téléphonique et l'envoi de méls. Les principaux points à améliorer sont la nécessité d'avoir davantage de contact et d'informations au cours de la prise en charge, de mieux définir le rôle du médecin traitant et d'organiser des visites conjointes plus régulièrement. Au contraire, le frein principal à l'utilisation de l'HAD semble être le manque de connaissance de l'HAD et des critères d'admission. Les médecins interrogés estiment que le dossier informatisé est un bon moyen d'améliorer la collaboration mais peu pensent l'utiliser, mettant en avant un manque et/ou une perte de temps et souhaitant privilégier les contacts directs.

DISCUSSION : Les médecins généralistes vendéens utilisent l'HAD régulièrement mais ne se sentent pas toujours au centre de la relation avec leur patient. Il semble important, avant toute prise en charge, de connaître les attentes du médecin traitant et de définir la place de chaque intervenant afin de favoriser une meilleure collaboration. L'arrivée d'une application permettant l'accès au dossier patient informatisé directement à domicile sera une nouvelle étape dans la communication avec le médecin traitant. Mais à l'heure du numérique, il semble que les contacts directs restent indispensables à une bonne collaboration.

MOTS-CLÉS

Hospitalisation à domicile - Collaboration - Médecins généralistes - Dossier patient informatisé